

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

ВАЛИЕВ Р. Ш., ВАЛИЕВ Н. Р., ЗАКИРОВА Н. Р.

PROSPECTIVE OF TUBERCULOSIS EPIDEMICS DEVELOPMENT IN TATARSTAN REPUBLIC

VALIEV R. SH., VALIEV N. R., ZAKIROVA N. R.

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Казань

Kazan State Medical Academy, Kazan, RF

Цель: провести оценку вероятности распространения туберкулеза с множественной/широкой лекарственной устойчивостью (МЛУ/ШЛУ) в Республике Татарстан (РТ) на основе оценки показателей распространенности хронически текущего деструктивного туберкулеза и смертности при нем.

Материалы и методы. Проведен анализ статистических данных по туберкулезу за 2010-2014 гг., и на их основе определено течение эпидемического процесса в РТ.

Результаты. Общеизвестно, что заболеваемость вторичным туберкулезом связана с инфицированностью микобактерией туберкулеза (МБТ) населения, наличием факторов риска заболевания. Вероятность инфицирования МБТ обусловлена «резервуаром» туберкулезной инфекции, в первую очередь числом больных хроническим туберкулезом с бактериовыделением, в большинстве с МЛУ возбудителя. Это, в свою очередь, зависит от своевременности выявления больных и организации контролируемой химиотерапии туберкулеза.

В РТ показатели заболеваемости, распространенности и смертности от туберкулеза ежегодно снижаются быстрее, чем в России в целом. В то же время анализ показал, что при формально высоком охвате плановыми флюорографическими осмотрами доля не осматриваемых 2 года и более составляет 0,58-1,9%. Ежегодно среди впервые выявленных больных 25% не проходили флюорографию более 2 лет. Это приводит к тому, что у 40-42% пациентов при обращении в общую лечебную сеть выявляются распространенные формы туберкулеза. Вполне понятно, что необходимая длительность контролируемой химиотерапии при таких вариантах значительно возрастает. Подтверждением позднего выявления туберкулеза является то, что из 711 больных, умерших от туберкулеза легких в 2012-2014 гг., 105 (14,7%) погибли от казеозной пневмонии, т. е. практически в год выявления. Еще 77 (10,8%) человек умерли от диссеминированного туберкулеза, что также связано с несвоевременностью обнаружения процесса. На формирование контингента больных с хроническими деструктивными формами туберкулеза, кроме

позднего и несвоевременного процесса выявления болезни, оказывает влияние и качество проводимой химиотерапии. Обращает на себя внимание тот факт, что причиной смерти у 32,2% умерших за этот период причиной смерти был инфильтративный туберкулез, который при правильной химиотерапии редко является причиной смерти. Анализ показал, что ежегодное абациллирование среди впервые выявленных больных составляет менее 70%. У больных с продолжающимся бактериовыделением формируется хроническое течение туберкулеза с МЛУ МБТ, лечение которых в большинстве случаев без операции невозможно. Хирургическая активность при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких в РТ низкая, поэтому контингент больных с этой формой постоянно сохраняется на уровне 9,2-10,1% среди пациентов с активным туберкулезом. О качестве химиотерапии свидетельствует и частота формирования вторичной МЛУ у больных с бактериовыделением, которая выросла с 304 (18,7%) в 2011 г. до 406 (26,4%) в 2014 г., т. е. на 102 (74,9%) человека. При этом число впервые выявленных с МЛУ МБТ составило в 2011 г. 22 (3,4%), а в 2014 г. – 40 (6,2%), т. е. на 18 человек. Доля эффективно леченных больных при туберкулезе с МЛУ возбудителя составила в РТ 12,5%. У остальных больных с МЛУ МБТ произошло дальнейшее нарастание лекарственной устойчивости возбудителя с формированием уже ШЛУ. При такой низкой эффективности лечения использование резервных АБП при лечении по V режиму химиотерапии больных с ШЛУ возбудителя изначально представляется бессмысленным. Финансовые затраты, которые будут использованы для лечения этих пациентов, не принесут желаемого результата. Население, в первую очередь дети, будут инфицироваться ШЛУ МБТ, и могут при наличии факторов риска заболеть туберкулезом. Для эффективной химиотерапии таких пациентов потребуются разработка принципиально новых АБП, что за короткое время невозможно.

Выводы.

1. Эпидемическая ситуация по туберкулезу с МЛУ МБТ в РТ ухудшается.
2. Недостаточная эффективность противотуберкулезных мероприятий в республике требует

изменения существующей системы ее организации.

3. Выделение финансовых средств из федерального бюджета на закупку резервных препаратов

регионам с низким уровнем контроля за приемом АБП приводит к формированию эпидемически опасного лекарственно-устойчивого туберкулеза и экономически нецелесообразно.

РЕЦИДИВЫ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕГОЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА БЕЗ БАКТЕРИОВЫДЕЛЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВАРИАНТОВ ХИМИОТЕРАПИИ

ВАЛИЕВ Р. Ш., ВАЛИЕВ Н. Р., ИКСАНОВ И. Я., ЗАКИРОВА Н. Р.

RELAPSES AFTER TREATMENT OF PULMONARY TUBERCULOSIS WITHOUT BACILLARY EXCRETION DEPENDING ON THE CHEMOTHERAPY OPTIONS

VALIEV R. SH., VALIEV N. R., IKSANOV I. YA., ZAKIROVA N. R.

БОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Казань
ГБУЗ «Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер» МЗ РТ, г. Казань

Kazan State Medical Academy, Kazan, RF
Republican Clinical Anti-tuberculosis Dispensary, Kazan, RF

Одной из главных причин недостаточной эффективности химиотерапии туберкулеза является наличие лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза (МБТ). Однако если назначить адекватное лечение с учетом данных об устойчивости возбудителя туберкулеза достаточно легко при обнаружении бактериовыделения, то при отсутствии бактериовыделения химиотерапия проводится практически вслепую. В соответствии с приказом № 109 МЗ РФ от 2003 г. лечение таких больных проводится 4 антибактериальными препаратами (АБП) в течение 2 мес. и еще 4 мес. 2 АБП, как правило, изониазидом и рифампицином. В части случаев рифампицин заменяют этамбутолом или пипразинамидом. В то же время при таком подходе при наличии первичной лекарственной устойчивости к этим препаратам на фоне продолжения химиотерапии у большинства больных динамика процесса прекращается или даже может наступить обострение процесса с появлением бактериовыделения. В большинстве случаев через 6 мес. химиотерапии эти пациенты переводятся в III группу диспансерного учета. Длительное наблюдение за этими пациентами показало, что в последующем у этих больных возникают ранние или поздние рецидивы даже чаще, чем у эффективно леченных бактериовыделителей, терапия которых проводилась с учетом данных об устойчивости возбудителя. При рецидиве, после лечения больных туберкулезом с неизвестной лекарственной устойчивостью возбудителя, проведение химиотерапии оказывается более финансово-затратным, чем если бы они в течение всего периода первоначальной химиотерапии получали 4 АБП.

Цель: оценить частоту рецидивов после лечения у больных очаговым туберкулезом легких при различных вариантах химиотерапии.

Материалы и методы. Проведен анализ частоты рецидивов при различных вариантах химиотерапии у 382 впервые выявленных больных в 2003-2005 гг. с очаговым туберкулезом легких без бактериовыделения. Мужчин было 344, остальные – женщины. Возраст пациентов от 18 до 57 лет. У всех пациентов заболевание обнаружено при прохождении планового флюорографического обследования. Ретроспективный анализ флюорограмм у всех больных показал отсутствие рентгенологических изменений при предыдущем обследовании с давностью 1-2 года, что подтверждало активность процесса, несмотря на отсутствие бактериовыделения, как методом микроскопии, так и посева патологического материала. Все больные методом свободной выборки разделены на 2 группы. 1-я группа больных (основная) в количестве 206 (53,9%) человек получала химиотерапию 4 АБП (изониазид 0,45-0,6 г в зависимости от степени инаktivации ГИНК, рифампицин 0,6 г, этамбутол 15-20 мг/кг, пипразинамид 1,5 г в сутки) не менее 6 мес. в соответствии с приказом МЗ Республики Татарстан. В случае продолжения рентгенологической динамики процесса к концу 6-го мес. лечения, т. е. сохранения активности процесса, химиотерапия продолжалась еще 2-3 мес. до ее прекращения. После этого больным устанавливалось клиническое излечение туберкулеза, они переводились в 3-ю группу диспансерного учета. 2-я группа (сравнения) – 176 человек – получала химиотерапию по III режиму в соответствии с приказом № 109 МЗ РФ. В этой группе в фазе продолжения 98 больных