

СПЕКТР ПЕРВИЧНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ МИКОБАКТЕРИИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВНОВЬ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В РАЙОНАХ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

КРИЧЕВСКАЯ Н. А.

PATTERN OF PRIMARY DRUG RESISTANCE OF TUBERCULOSIS MYCOBACTERIA IN NEW CASES OF DESTRUCTIVE PULMONARY TUBERCULOSIS OF THE YOUNG AGE IN DISTRICTS OF SARATOV REGION

KRICHEVSKAYA N. A.

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского Минздрава России», г. Саратов

V. I. Razumovsky Saratov State Medical University, Saratov, RF

Цель: определить спектр первичной лекарственной устойчивости (ПЛУ) циркулирующих штаммов микобактерий туберкулеза (МБТ) среди впервые выявленных больных молодого возраста с деструктивными формами туберкулеза легких в районах Саратовской области.

Материалы и методы. Период исследования спектра лекарственной устойчивости (ЛУ) в районах Саратовской области – 3 года (2011, 2012, 2013). В ходе исследований ЛУ определяли методом абсолютных концентраций. Всего больных в возрасте от 18 до 44 лет с деструктивными формами туберкулеза выявлено 844, из них ПЛУ зарегистрирована у 24,5% ($n = 207$) человек. Вторичная лекарственная устойчивость составила 48,1% ($n = 406$) случаев, и чувствительность была сохранена у 27,4% ($n = 231$) пациентов. Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием компьютерных программ Microsoft® Excel для Windows XP® и Statistica 6.0.

Результаты. Выявлено, что среди больных молодого возраста с ПЛУ доминируют мужчины, которые составили 67,7% ($n = 134$) против 35,3% ($n = 73$) женщин ($p < 0,05$). Большую часть больных составляют городские жители, на их долю приходится 81,2% ($n = 168$), а сельские жители составили 18,8% ($n = 39$) ($p < 0,05$). Среди пациентов с деструктивными формами туберкулеза легких в районах Саратовской области чаще регистрируются штаммы МБТ, устойчивые к препаратам первого ряда (в комбинации с другими ХП). Лидирующее место занимают больные, у которых выявлена ПЛУ к стрептомицину – 78,7% ($n = 163$), на втором месте ЛУ к изониазиду – 72,9% ($n = 151$), третье место к рифампицину – 52,7% ($n = 109$) и четвертое место к этамбутолу – 39,6% ($n = 82$). В течение 3 лет (сравнивая 2011 и 2013 г.) наметилась тенденция к снижению ПЛУ МБТ к ПТП первого ряда: к изониазиду – на 39,5% ($n = 17$; $p = 0,411$), к рифампицину – на 13,5% ($n = 5$;

$p = 0,187$), к этамбутолу и стрептомицину соответственно на 11,1% ($n = 20$; $p = 0,131$) и на 46,7% ($n = 21$; $p = 0,187$). В структуре монорезистентности преобладает ПЛУ к стрептомицину – 10,6% ($n = 22$), которая практически не изменялась в течение 3 лет.

Среди ПТП второго ряда у больных деструктивным туберкулезом легких чаще выявляется ЛУ к канамицину – 22,7% ($n = 47$), на втором месте – офлоксацин 18,4% ($n = 38$), на третьем – ПАСК и этионамид по 5,8% ($n = 12$), на четвертом – капуреомидин 5,3% ($n = 11$), на пятом – протионамид 4,3% ($n = 9$), на шестом – амикацин 3,9% ($n = 8$). Лекарственная чувствительность к циклосерину в течение 3 лет была сохранена. ЛУ к ПТП второго ряда в течение 3 лет ведет себя неоднозначно: тенденция к снижению наблюдается только к офлоксацину на 15,4% ($n = 2$; $p = 0,423$), к канамицину – на 26,3% ($n = 5$; $p = 0,474$) и к амикацину на 80,0% ($n = 4$; $p = 0,331$), а ЛУ к капуреомидину остается на прежних цифрах 8,3% ($n = 5$), так же как и протионамиду – 5,0% ($n = 3$). Наибольший рост ЛУ к 2013 г. происходит к этионамиду – на 88,9% ($n = 8$; $p = 0,209$) и к ПАСК – на 25,0% ($n = 1$; $p = 0,436$). В структуре первичной полирезистентности наиболее типичным было сочетание изониазида и стрептомицина – 11,6% ($n = 24$). За три года ПЛУ МБТ к 2 ХП составила 63,3% ($n = 45$), к 3 ХП – 19,7% ($n = 14$), к 4 ХП – 9,9% ($n = 7$), к 5 ХП – 2,8% ($n = 2$), к 6 ХП – 1,4% ($n = 1$), к 7 ХП – 2,8% ($n = 2$) случая. Множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) МБТ за 3 года зарегистрирована у 37,2% ($n = 77$) больных, а широкая лекарственная устойчивость – у 9,7% ($n = 20$) пациентов ($p = 0,01$).

Выводы.

1. ПЛУ МБТ преобладает среди лиц мужского пола и жителей города.
2. Использование стрептомицина в схеме стартового режима ХТ среди пациентов молодого

возраста нецелесообразно, учитывая высокий процент устойчивых штаммов МБТ, циркулирующих на территории Саратовской области.

3. Высокий процент ПЛУ к изониазиду и/или рифампицину может привести к росту МЛУ, так как рифампицин является маркером МЛУ.

4. Целесообразно более широкое использование ускоренных методов определения ЛУ возбудителя во фтизиатрии в связи с распространенностью штаммов МБТ с МЛУ среди пациентов молодого возраста, что поможет своевременно назначить адекватную химиотерапию.

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРНОГО РЕГИОНА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

КУЗЬМИНА Н. В., НЕЛИДОВА Н. В., КАРПИН В. А.

TUBERCULOSIS EPIDEMIOLOGICAL SITUATION IN THE NORTHERN REGION AT THE MODERN STAGE

KUZMINA N. V., NELIDOVA N. V., KARPIN V. A.

БУВО Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский государственный университет», г. Сургут

Surgut State University, Surgut, Khanty-Mansiysky Autonomous District, RF

Цель: анализ эпидемической ситуации по туберкулезу в условиях Северного региона на примере г. Сургута.

Материалы и методы. С целью изучения эпидемиологических показателей по туберкулезу в условиях Северного региона на современном этапе проведен анализ данных, полученных из годовых отчетов Сургутского клинического противотуберкулезного диспансера за период с 2012 по 2014 г.

Результаты. В Сургутском регионе имеется целый ряд неблагоприятных факторов, влияющих на эпидемическую ситуацию по туберкулезу. К ним можно отнести климатический фактор (холодовые травмы воздухоносных путей за счет низких температур на протяжении длительного периода, изменение длительности светового дня и угловой скорости вращения Земли), интенсивную миграцию населения как из других регионов РФ, так и из ближнего зарубежья, наличие в городе двух учреждений Федеральной службы исполнения наказаний, рост числа больных с ВИЧ-инфекцией. Сочетанное воздействие экстремальных климатических факторов холодных широт и антропогенного химического загрязнения окружающей среды на общественное здоровье способствует снижению неспецифической и специфической устойчивости организма, срыву процессов адаптации.

Одним из наиболее значимых показателей эпидемической ситуации по туберкулезу является показатель заболеваемости. Во внимание взяты все впервые выявленные больные туберкулезом, постоянно проживающие на территории города и района, лица БОМЖ, иностранные граждане и данные о посмертном выявлении туберкулеза в ЛПУ. В течение последних трех лет заболеваемость относительно стабильна с незначительными

колебаниями: в 2012 г. она составляла 61 на 100 тыс. населения, в 2013 г. – 58,6 на 100 тыс. населения, в 2014 г. – 67,9 на 100 тыс. населения. В целом по России отмечается снижение этого показателя. За 2012-2014 гг. среди впервые выявленных было 3,6% лиц без определенного места жительства (тогда как в целом по РФ этот показатель за данный период был ниже 2%) и 7,5% лиц без российского гражданства, тогда как в целом по РФ этот показатель составляет 1,9%. Таким образом, этот контингент составил 11,1%, ухудшая показатель заболеваемости и снижая возможности излечения туберкулеза. Посмертно за 3 года был выставлен диагноз 12 (1,6%) больным. Сохраняется на высоком уровне охват населения плановыми осмотрами (80,7-81,3%), что позволяет выявлять более благополучные варианты течения туберкулеза.

Показатель распространенности туберкулеза в г. Сургуте снизился со 144 на 100 тыс. в 2012 г. до 115,1 на 100 тыс. в 2014 г. Тенденция к снижению показателя распространенности отмечается и в целом по Российской Федерации (149,3 на 100 тыс. в 2012 г., 139,7 на 100 тыс. в 2013 г.). Больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) возбудителя среди всех больных туберкулезом в 2011 г. – 131 человек (25,8% среди всех больных, что ниже, чем в РФ, и 52,8% среди больных с бактериовыделением). Число больных туберкулезом с МЛУ возбудителя неуклонно растет, что связано с увеличением «резервуара» лекарственно-устойчивого туберкулеза, недостаточной эффективностью препаратов резерва, увеличением числа больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции, снижающей возможности излечения туберкулеза и поэтому увеличивающей риск развития лекарственной устойчивости возбудителя.