

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

ЧУМАКОВА Е. С.¹, ОДИНЕЦ В. С.¹, КОМИССАРОВА О. Г.²

SPECIFIC OF THE DISEASE COURSE AND TREATMENT EFFICIENCY OF NEW PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS WITH MULTIPLE DRUG RESISTANCE IN STAVROPOL REGION

CHUMAKOVA E. S.¹, ODINETSV. S.¹, KOMMISAROVA O. G.²

¹ГУЗ «Краевой клинический противотуберкулезный диспансер», г. Ставрополь

²ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза», г. Москва

¹Regional Clinical Anti-tuberculosis Dispensary, Stavropol, RF

²Central Research Institute of Tuberculosis, Moscow, RF

В последнее время отмечается рост заболеваемости впервые выявленным туберкулезом легких (ТЛ) с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) возбудителя. Доля МЛУ среди впервые выявленных больных ТЛ, прошедших тест лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза (МБТ), в 2013 г. по сравнению с 2008 г. увеличилась с 14,0 до 21,1% в РФ и с 3,6 до 15,7% в Ставропольском крае (СК).

Эффективность лечения пациентов этой категории во многом зависит от своевременного определения спектра лекарственной устойчивости МБТ с использованием быстрых методов диагностики.

Цель: повышение эффективности лечения больных впервые выявленным МЛУ-туберкулезом легких в СК на основе применения быстрых методов определения лекарственной устойчивости МБТ и своевременного назначения адекватных режимов химиотерапии (ХТ).

Материалы и методы. Под наблюдением находились 196 больных, проходивших стационарный этап лечения в головном учреждении ГУЗ «Краевой клинический противотуберкулезный диспансер» г. Ставрополя в 2011-2014 гг. Больные были разделены на 2 группы. В первую группу (основная группа) включены 130 больных впервые выявленным МЛУ-туберкулезом легких, находящихся в стационаре в 2013-2014 гг., у которых методом GeneXpert определяли устойчивость МБТ к рифампицину. Лечение больных этой группы исходно проводили по 4-му режиму ХТ (амикацин или капреомицин, левофлоксацин, пиразинамид, цикloserин или теризидон, протионамид или ПАСК). Во вторую группу (группа сравнения) вошли 66 больных впервые выявленным туберкулезом легких, получавших лечение в стационаре в 2011-2012 гг., у которых МЛУ МБТ диагностировали методом абсолютных концентраций на плотных питательных средах. На начальном этапе больных этой группы лечили по 1-му

стандартному режиму. После установления МЛУ МБТ (спустя 2-3 мес. лечения) проводили коррекцию с переходом на 4-й режим ХТ.

Результаты исследования. Соотношение мужчин и женщин в обеих группах было примерно одинаковым (в основной группе мужчин было 75 – 57,7%, женщин 55 – 42,3%, а в сравниваемой группе – 36 – 54,5% и 30 – 45,5% соответственно). Возраст обследуемых больных колебался от 18 до 67 лет. Подавляющее большинство больных в обеих группах составляли лица от 24 до 37 лет. В обеих группах преобладали больные инфильтративным туберкулезом легких (в основной группе – 70,7%, в сравниваемой – 66,7%). Диссеминированный туберкулез легких встречался приблизительно с одинаковой частотой (7,0 и 7,6% соответственно), кавернозный – 18,5 и 15,1%, фиброзно-кавернозный туберкулез – 2,3 и 4,5% и казеозная пневмония – 5,4 и 6,1%. При рентгенологическом исследовании установлено, что у большинства больных обеих групп специфический процесс локализовался в пределах 1-2 сегментов (66,9 и 69,7% соответственно). У 18 (13,8%) больных основной и у 8 (12,1%) сравниваемой группы протяженность процесса составила 1-2 доли. Распространенность процесса более 2 долей наблюдалась у 25 (19,3%) и 12 (18,2%) пациентов соответственно. Деструктивные изменения в легких обнаружены у всех больных. В обеих группах чаще наблюдались каверны диаметром до 2 см (соответственно 70 – 53,8% и 32 – 48,5%). Полости распада диаметром 2-4 см выявлялись у 43 (33,1%) больных основной группы и у 26 (39,4%) пациентов сравниваемой группы. Каверны диаметром более 4 см наблюдались у 17 (13,1%) и 8 (12,1%) больных соответственно. Анализ результатов бактериологического исследования показал, что в обеих группах преобладали больные с умеренным бактериовыделением (84 – 64,6%

и 45 – 68,2% соответственно). Обильное бактериовыделение наблюдалось у 32 (24,6%) и 15 (22,7%) больных соответственно. Как видно из приведенных данных, в целом больные сравниваемых групп по клинико-рентгенологическим и лабораторным показателям были сопоставимы.

Анализ эффективности лечения больных сравниваемых групп показал, что через 2 мес. ХТ прекращение бактериовыделения наблюдалось у 61 (46,9%) больного основной группы. В группе сравнения у всех больных продолжалось бактериовыделение. Через 4 мес. ХТ эти показатели составили 92 (70,7%) и 22 (33,3%) соответственно, а через 6 мес. – 115 (88,5%) и 38 (57,6%) соответственно. Закры-

тие полостей распада через 4 мес. ХТ в основной группе наблюдалось у 49 (37,7%), в сравниваемой группе – только у 7 (10,6%) больных. Через 6 мес. ХТ эти показатели составили 99 (76,2%) и 35 (53%) соответственно.

Заключение. Определение быстрыми методами (GeneXpert) множественной лекарственной устойчивости МБТ позволяет на начальном этапе назначать больным с впервые выявленным МЛУ-туберкулезом режим ХТ, состоящий из резервных противотуберкулезных препаратов, и повысить эффективность лечения пациентов этой категории как по показателю прекращения бактериовыделения, так и по закрытию полостей распада.

ДИНАМИКА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АЛЛЕРГЕНУ ТУБЕРКУЛЕЗНОМУ РЕКОМБИНАНТНОМУ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

ШИЛОВА Е. П.¹, ПОДДУБАЯ Л. В.¹, СТЕПЧЕНКО И. М.²

CHANGES IN SUSCEPTIBILITY TO RECOMBINANT TUBERCULOUS ALLERGEN IN CHILDREN WITH VARIOUS MANIFESTATIONS OF TUBERCULOUS INFECTION

SHILOVA E. P.¹, PODDUBAYA L. V.¹, STEPCHENKO I. M.²

¹ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Новосибирск

²ГБУЗ НСО «Обская центральная городская больница», детская поликлиника, г. Новосибирск

¹Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, RF

²Obsk Central Municipal Hospital, Children Polyclinic, Novosibirsk, RF

Цель: изучить степень чувствительности к аллергену туберкулезному рекомбинантному и ее динамику у детей с различными проявлениями туберкулезной инфекции.

Материалы и методы. Проанализированы результаты чувствительности к аллергену туберкулезному рекомбинантному у 556 детей в возрасте от 0 до 14 лет, состоящих на диспансерном учете у фтизиатра, из них у 500 диагностирована латентная туберкулезная инфекция (ЛТИ), у 56 – локальные формы первичного туберкулеза. В исследование включены дети, которым проводили пробу с диаскинтестом (ДСТ) в динамике не менее 3 раз (при взятии на учет, через 6 и 12 мес.). Все пациенты разделены на 4 группы в зависимости от проявления туберкулезной инфекции и эпидемиологического окружения: 1-я группа ($n = 207$) – из контакта с больными с МБТ(+); 2-я группа ($n = 62$) – из контакта с больными с МБТ(-); 3-я группа ($n = 231$) – инфицированные МБТ из здорового окружения; 4-я группа ($n = 56$) – с клиническим излечением локального туберкулеза.

Результаты. При анализе чувствительности к аллергену туберкулезному рекомбинантному при взя-

тии на учет установлено, что у $92,9 \pm 3,4\%$ пациентов с локальными формами туберкулеза и $75,3 \pm 2,9\%$ детей из контакта с бактериовыделением проба с ДСТ была положительная либо сомнительная, а у детей 2-й и 3-й групп [т. е. при отсутствии установленного контакта с МБТ(+)] положительные и сомнительные результаты регистрировали реже ($35,5 \pm 6,1$ и $40,3 \pm 3,2\%$ соответственно), $p < 0,05$. При отсутствии контакта с МБТ(+) результаты пробы в 60% случаев были отрицательными.

Изучена степень чувствительности к ДСТ в группах сравнения. Так, при взятии на учет гиперергическая чувствительность регистрировалась у большинства детей с локальным туберкулезом ($76,8 \pm 5,6\%$), у детей из контакта МБТ(+) – в $28 \pm 3,1\%$, из контакта без бактериовыделения – в единичных случаях ($4,8 \pm 2,7\%$) и у каждого 10-го из здорового окружения ($9,5 \pm 1,9\%$). Установлена взаимосвязь гиперергической чувствительности к аллергену туберкулезному рекомбинантному с активным туберкулезным процессом ($\chi^2 = 36,137$, $p < 0,01$) и экзогенной реинфекцией [контактом с МБТ(+)] ($\chi^2 = 14,334$, $p < 0,01$). Это доказывает, что экзогенная реинфекция активными МБТ является причи-