
МЕТОДЫ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ С МНОЖЕСТВЕННОЙ И ШИРОКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ

БЕЙНАРОВИЧА А. Е., НЕСТЕРЕНКО А. В.

WAYS OF TREATMENT EFFICIENCY ENHANCEMENT OF RESPIRATORY TUBERCULOSIS PATIENTS WITH MULTIPLE AND EXTENSIVE DRUG RESISTANCE

BEYNAROVICH A. E., NESTERENKO A. V.

КГБУЗ «Красноярский краевой противотуберкулезный диспансер № 1» г. Красноярск

Krasnoyarsk Clinical TB Dispensary no. 1, Krasnoyarsk, RF

Цель: определить основные способы и методы повышения эффективности лечения больных туберкулезом органов дыхания с лекарственной устойчивостью возбудителя.

Материалы и методы. Проведен анализ эффективности методов и способов лечения туберкулеза органов дыхания с множественной и широкой лекарственной устойчивостью (МЛУ и ШЛУ) возбудителя у 794 пациентов, получавших курс терапии на базе специализированного туберкулезного легочно-терапевтического отделения КГБУЗ «ККПТД № 1» с 2012 по 2014 г. Описательные статистики представлены абсолютными значениями, процентными долями.

Результаты. Неэффективное лечение пациентов вследствие развития лекарственной устойчивости возбудителя часто связано: с назначением недостаточного числа препаратов (менее 4 в интенсивную фазу), короткими курсами химиотерапии, назначением недостаточных доз противотуберкулезных препаратов без учета массы тела, возраста, сопутствующих заболеваний, введением только одного препарата резервного ряда в случае неэффективности предыдущей схемы лечения, отсутствием контроля за приемом противотуберкулезных препаратов, перерывами в лечении из-за низкой приверженности пациентов к лечению.

По данным бактериологической лаборатории КГБУЗ «ККПТД № 1», ежегодно регистрируется рост лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам.

В специализированном туберкулезном легочно-терапевтическом отделении КГБУЗ «ККПТД № 1» получают лечение больные туберкулезом с впервые выявленной МЛУ и ШЛУ возбудителя, жители Красноярского края.

Лечение пациентам назначали сразу после утверждения диагноза на ЦВКК и определения тактики ведения. Все пациенты ($n = 794$; 100%) получали интенсивную фазу IV режима химиотерапии. Схемы

лечения составляли с учетом спектра лекарственной устойчивости возбудителя туберкулеза, включали противотуберкулезные препараты резервного ряда (аминогликозиды, полипептиды, фторхинолоны, ПАСК, циклосерин). Длительность интенсивной фазы составляла 6 мес. и более.

Химиотерапию проводили в сочетании с методами дезинтоксикационной, патогенетической терапии (антиоксиданты, десенсибилизирующая терапия, гепатопротекторы, иммунная коррекция с применением глутоксима), коллапсотерапией, физиолечением, по показаниям – хирургическим лечением (табл.).

У пациентов, завершивших курс лечения, с впервые выявленным туберкулезом органов дыхания удалось добиться повышения эффективности терапии: увеличилось число пациентов, прекративших бактериовыделение (2012 г. – 75,4%, 2014 г. – 91,5%), достигших закрытия полости распада (2012 г. – 40,0%, 2014 г. – 44,5%).

Среди пациентов, страдающих хронически активным туберкулезом с МЛУ и ШЛУ МБТ, сохранивших приверженность к лечению, регистрировалось повышение эффективности лечения: увеличение частоты прекращения бактериовыделения (2012 г. – 56,3%, 2014 г. – 73,6%), закрытия полостей распада (2012 г. – 22,2%, 2014 г. – 29,5%).

Заключение. Благодаря использованию комплекса мер по лечению больных туберкулезом с МЛУ и ШЛУ возбудителя – назначению адекватных схем химиотерапии по IV режиму с учетом ЛУ возбудителя в возможно ранние сроки, достаточно частому использованию парентерального введения противотуберкулезных препаратов резервного ряда, применению патогенетического, симптоматического, дезинтоксикационного, иммунокорригирующего, хирургического методов лечения, формированию приверженности к лечению у пациентов – удалось добиться значительного повышения эффективности лечения в период с 2012 по 2014 г.

Методы лечения пациентов

Параметры	2012 г.		2013 г.		2014 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Всего пациентов	246	100	275	100	273	100
Парентеральное введение противотуберкулезных препаратов в течение 1-2 мес. (фторхинолоны, ПАСК, аминогликозиды)	142	57,7	167	60,7	192	70,3
Патогенетическая медикаментозная терапия (витамин Е, тиосульфат натрия)	213	86,5	247	89,8	267	97,8
Дезинтоксикационная терапия	149	60,5	207	75,2	235	86,0
Иммунокорригирующая терапия (глутоксим по схеме № 80)	24	9,7	38	13,8	55	20,1
Физиолечение	172	69,9	188	68,3	197	72,3
Коллапсотерапия (пневмоторакс, пневмоперитонеум)	28	11,3	33	12,0	42	15,4
Клапанная бронхоблокация	–		4	1,4	21	7,6
Хирургические методы лечения (радикальные и паллиативные операции)	23	9,4	24	8,7	21	7,6

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ВЕРИФИКАЦИЯ ЛЕГОЧНЫХ ГРАНУЛЕМАТОЗОВ ВО ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

БЕРЕЗОВСКИЙ Ю. С.¹, СЕМЕНОВА Л. А.², РАДЕНСКА-ЛОПОВОК С. Г.², ЗАЙЦЕВА А. С.¹, ЛАРИОНОВА Е. Е.², ЛЕПЕХА Л. Н.¹

MORPHOLOGICAL VERIFICATION OF PULMONARY GRANULOMATOSIS IN TB CONTROL PRACTICE

BEREZOVSKIY YU. S.¹, SEMENOVA L. A.², RADENSKA-LOPOVOK S. G.², ZAYTSEVA A. S.¹, LARIONOVA E. E.², LEPEKHA L. N.¹

¹ФГБНУ «Центральный НИИ туберкулеза», г. Москва

²ФГБНУ «НИИ ревматологии им. В. А. Наосоновой», г. Москва

¹Central Tuberculosis Research Institute, Moscow, RF

²V.A. Nanosova Rheumatology Research Institute, Moscow, RF

Среди больных, направляемых в ФГБНУ «ЦНИИТ» с диагнозом диссеминированного туберкулеза легких и саркоидоза, заметно возросло число больных с поражениями неинфекционной природы, имеющими особые морфологические черты. В большинстве этих заболеваний лежит гранулематозное воспаление различной этиологии. Неправильная трактовка диагноза в сторону туберкулезного процесса с последующей специфической терапией приводит к отрицательной клинической динамике и развитию осложнений.

Цель: провести сравнительную характеристику легочных гранулематозов, встречающихся в практике морфолога, для разработки алгоритма дифференциальной диагностики.

Материалы и методы. Всего за 2013-2014 гг. обратилось 122 пациента. По результатам лучевой диагностики, больные имели либо диссеминированный процесс в легком, либо солитарные образования, соответствующие туберкулемам. Проведены гистологическое, гистохимическое исследование

парафиновых срезов, полимеразно-цепная реакция (ПЦР), выявление ANCA.

Результаты. У 36 (33%) больных диагностированы легочные васкулиты (неуточненного генеза, некротизирующий саркоидный гранулематоз (НСГ), гранулематоз с полиангиитом (Вегенера), эозинофильный гранулематоз с полиангиитом Черджа – Стросса); у 28 (25%) – диссеминированный туберкулез легких; у 17 (15%) – гиперчувствительный пневмонит (экзогенный аллергический, лекарственный, токсический); у 9 (8%) – саркоидоз; у 6 (5%) – ревматоидные узелки; у 6 (5%) – сифилитические гуммы; у 5 (по 4,5%) – микозы и у 5 (4,5%) – паразитарные поражения. Для туберкулезных поражений были характерны разной степени зрелости эпителиоидно-клеточные гранулемы с некрозом, лимфоидные инфильтраты, а также наличие кислотоустойчивых бактерий при окраске по Цилю – Нельсену. Наличие ДНК микобактерий туберкулезного комплекса подтверждено ПЦР на парафиновых блоках.