

(61,5%) случаях. Распространенный характер туберкулезного процесса с локализацией более доли или двух долей одного или обоих легких установлен у 60 (65,9%) больных, преимущественно с полостями распада до 4 см – в 59,3% (54 человека), обсеменение в прилегающие сегменты/долю или во второе легкое выявлено в 73,6% случаев (67 человек).

Все больные получали химиотерапию по IV режиму (Приказ МЗ РФ № 109). Инъекционные препараты резервного ряда – канамицин, капреомицин и амикацин – в период интенсивной фазы вводили методом регионарного лимфотропного введения в подкожную клетчатку. Непосредственно после инъекции на место введения проводили фотофорез полупроводниковым терапевтическим лазерным аппаратом «Узор-2К». Лимфотропно вводили изониазид в случаях, если устойчивость к нему не превышала 1%. Лимфотропное введение препаратов с фотофорезом проводилось курсами 25-30 сеансов, по показаниям назначали повторные курсы в течение интенсивной фазы химиотерапии.

Результаты. У наблюдаемых больных значительное уменьшение симптомов туберкулезной интоксикации отмечалось в среднем в течение первого месяца, в течение 2-2,5 мес. данные симптомы полностью исчезали. Ликвидация респираторных симптомов происходила в течение 2-3 мес.

Анализ динамики бактериовыделения по результатам посевов мокроты показал, что через 6 мес. лечения данной методикой прекращение бактериовыделения отмечалось в 86,8% (79 человек) случаев, по истечении 12 мес. лечения – в 100% случаев.

Заккрытие полостей распада через 6 мес. лечения отмечено у 74,7% (68 человек) пациентов, за 12 мес. достигнуто в 97,8% (89 человек) случаев.

Заключение. Оптимизация методов введения ПТП с применением фотофореза повышает эффективность лечения впервые выявленного деструктивного туберкулеза как по показателям прекращения бактериовыделения, так и по темпам заживления полостей распада в легких и способствует сокращению сроков стационарного этапа лечения пациентов с туберкулезом с МЛУ МБТ.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

ДОГОРОВА О. Е., ВИНОКУРОВА М. К.

MEDICAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF NEW INFILTRATIVE TUBERCULOSIS PATIENTS WITH MULTIPLE DRUG RESISTANCE IN SAKHA REPUBLIC (YAKUTIA)

DOGOROVA O. E., VINOKUROVA M. K.

ГБУ РС (Я) «НПЦ "Фтизиатрия"», г. Якутск

Scientific Practical Phthisiology Center, Yakutsk, RF

Цель: изучить особенности медико-социальной характеристики больных с впервые выявленным инфильтративным туберкулезом легких с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) микобактерий туберкулеза (МБТ) в современных социально-эпидемических условиях Якутии.

Материалы и методы. Под наблюдением находился 91 больной впервые выявленным инфильтративным туберкулезом легких с МЛУ МБТ, получивший химиотерапию по IV режиму в НПЦ «Фтизиатрия».

Результаты. В группе наблюдения преобладали мужчины – 50 (54,9%) человек, женщин – 41 (45,1%). Возраст больных варьировал от 18 до 65 лет, 80,2% составили лица трудоспособного возраста.

Преобладали городские жители – 59,3% (54 человека). Среди пациентов, имеющих постоянное место работы, наибольшую долю составили представители рабочих профессий – 27 (87,1%) человек, 4 (12,9%) – относились к категории служащих. Высшее и незаконченное высшее образование имели 13 (14,3%) человек, среднее специальное и общеобразовательное – 71 (78%), незаконченное среднее и начальное – 7 (7,7%) пациентов.

Алкогольной зависимостью страдали 22 (31%) больных, из них в 45,5% – женщины; никотиновая зависимость – у 40 (56,3%), наркотическая зависимость выявлена у одного пациента. Больных, ранее находившихся в пенитенциарных учреждениях, – 6 (6,6%). Все больные – ВИЧ-негативные.

Анализ соблюдения кратности и сроков прохождения планового ФЛГ-обследования показал, что в установленные сроки прошли обследование 20 (21,9%) человек, более 2 лет ФЛГ-обследование не проходили 18 (19,8%), более 3 лет – 39 (42,9%), более 5 лет – 14 (15,4%) человек.

Специфический процесс чаще выявлялся по обращаемости – в 52 (57,1%) случаях, предъявлялись жалобы, характерные для симптомов туберкулезной интоксикации: длительный кашель (свыше 2 мес.), повышение температуры тела, утомляемость, похудание и кровохарканье. При прохождении очередных плановых осмотров или при трудоустройстве 30 (33%) человек были выявлены при флюорографическом обследовании; 9 (9,9%) человек выявлены как привлеченные к обследованию ПТД из очагов по контакту с больным туберкулезом.

При сборе эпиданамнеза у 39 (42,9%) пациентов установлен контакт с больным туберкулезом с МЛУ МБТ, из них 21 (53,8%) имел тесный семейный контакт, 18 (46,2%) – бытовой (т. е. с друзьями, родственниками, страдающими туберкулезом или ранее находившимися в пенитенциарных учреждениях).

Анализ анамнеза болезни показал, что до обращения за медицинской помощью считали себя больными от 2 нед. до 2 мес. 54 (59,3%) человека, от 3 до 4 мес. – 16 (17,6%), от 5 до 6 мес. – 3 (3,3%), больными себя не считали 18 (19,8%) человек.

При поступлении симптомы туберкулезной интоксикации чаще всего проявлялись слабостью, повышением температуры, ночной потливостью, похуданием. Выраженные симптомы интоксикации были у 17 (18,3%) пациентов, умеренно выраженные – у 59 (64,8%), симптомы отсутствовали у 15 (16,9%) пациентов. Респираторный синдром выявлен у 77 (84,5%) больных, при этом беспокоил кашель – сухой или с выделением мокроты. У 58 (63,8%) человек появлялась одышка при физической нагрузке, на боли в грудной клетке при дыхании обратили внимание 33 (36,3%) больных. Кровохарканье отметили 14 (15,4%) человек, в связи с чем обратились за медицинской помощью. Половина (52%) отмечали похудание, при этом индекс массы тела составлял менее 18 при дефиците массы тела от 5 до 10 кг.

При рентгенологическом обследовании наиболее часто выявлялось поражение одного легкого – в 36,6% случаев, одной доли – в 29,6%, двух сегментов – в 18,3%, двустороннее – в 15,5%, преимущественно с полостями распада до 4 см – в 71,8%

случаев, до 2 см – в 28,2%, в том числе множественные полости распада – в 41,8% наблюдений, очаги обсеменений отмечались у большинства пациентов – 73,6%.

При исследовании функции внешнего дыхания (ФВД) значительное снижение вентиляции легких и ЖЕЛ (ниже 60%) в основном по рестриктивному типу отмечалось у 20 (27,8%) человек, у 40 (55,6%) – умеренное снижение, у 12 (16,6%) пациентов ФВД не нарушена. Дренажный гнойный эндобронхит установлен у 21 (23,3%) пациента, диффузный катаральный эндобронхит I и II степени – у 49 (54,5%), атрофический эндобронхит – у 10 (11,1%).

Бактериологическое обследование проводили на Bactec MGIT-960 и на плотных питательных средах Левенштейна – Йенсена. Исследование мокроты методом посева проводили всем больным до назначения химиотерапии. МЛУ МБТ в срок до 1,5 мес. определена у 73 (80,2%) пациентов, до 3 мес. – у 18 (19,8%). В половине случаев бактериовыделение было массивным, что подтверждает высокую эпидемиологическую опасность больных данной категории. По спектру лекарственной устойчивости МБТ отмечается высокая частота сочетания лекарственной устойчивости к стрептомицину (88%), канамицину (37,4%) и этамбутолу (29,7%). Назначение IV РХТ и перевод в профильное отделение осуществляли в течение 5-7 дней по решению ЦВКК.

Заключение. В Республике Саха (Якутия) среди заболевших инфильтративным туберкулезом легких с МЛУ МБТ преобладают городские жители мужского пола и трудоспособного возраста, не имеющие работы, страдающие никотиновой и алкогольной зависимостью. Часто отмечаемое нарушение установленных сроков прохождения профилактических ФЛГ-исследований, наряду с поздним обращением за медицинской помощью, связано с низкой санитарной культурой населения.

В условиях напряженной эпидемической ситуации по туберкулезу необходимо проводить санитарно-просветительскую работу среди населения, усилить профилактические медосмотры, особенно среди неработающих лиц, также проводить обучение первичного звена медицинской помощи о настороженности к туберкулезу. В диагностике туберкулеза с лекарственной устойчивостью МБТ необходимо использование современных ускоренных методов бактериологической диагностики для назначения адекватного режима химиотерапии в условиях специализированного профильного отделения.