

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

¹Е. В. ГЛОТОВА, ¹Т. В. ЧЕБОТАРЕВА, ¹Л. И. ОБЛОГИНА, ²Р. Ю. АБДУЛЛАЕВ

EFFICIENCY OF COMBINATION TREATMENT IN OUTPATIENTS WITH NEW-ONSET PULMONARY TUBERCULOSIS

¹E. V. GLOTOVA, ¹T. V. CHEBOTAREVA, ¹L. I. OBLOGINA, ²R.YU. ABDULLAEV

¹Ивановская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России,

²Областной противотуберкулезный диспансер им. М. Б. Стоюнина, г. Иваново,

³ФГБУ «Центральный НИИ туберкулеза» РАМН, г. Москва

Проанализированы результаты клинико-рентгенологического и лабораторного обследования 126 больных впервые выявленным туберкулезом органов дыхания, преимущественно малой распространенности. Изучена сравнительная эффективность лечения больных в амбулаторных и стационарных условиях. Определены показания для лечения больных в амбулаторных условиях для региона с низким уровнем заболеваемости, а также для лечения на дому.

Ключевые слова: туберкулез, амбулаторное лечение, эффективность лечения.

The results of clinical, radiological, and laboratory examinations were analyzed in 126 patients with new-onset pulmonary tuberculosis of small extent were analyzed. The comparative efficiency of treatment in out- and inpatient settings was investigated. Indications for outpatient treatment in a low-incidence region and for in-home treatment were defined.

Key words: tuberculosis, outpatient treatment, efficiency of treatment.

В последнее время в комплексной терапии туберкулеза важное место занимает выбор организационной формы лечения: при сформированном десятилетиями предпочтении к стационарному лечению даются рекомендации по проведению лечения в амбулаторных условиях и дневном стационаре. Целесообразность амбулаторного обследования и лечения больных впервые выявленным туберкулезом органов дыхания представляется особенно явной с точки зрения рационального распределения финансовых потоков, опасности внутрибольничного распространения возбудителя туберкулеза и дополнительного инфицирования госпитализированных больных [1].

В 2007 г. доля негоспитализированных впервые выявленных больных туберкулезом по Российской Федерации составила 15,3% [5], в 2010 г. – 14,6% [4]. Однако в результате ряда исследований, проведенных на протяжении последних лет, определено, что в стационарном лечении нуждаются в среднем 25% выявленных больных, в связи с чем амбулаторную терапию все чаще рассматривают как приоритетную организационную форму лечения туберкулеза легких [1].

Исследования, проведенные Р. Ш. Валиевым [2] в 2008 г. с использованием экспериментально-психологических методик, показали, что 27,1% больных активным туберкулезом органов дыхания стре-

мались обследоваться и лечиться в таком режиме, который сохранял бы возможность продолжать работу. При организации лечения важно учитывать желание пациента, но вместе с тем целесообразно убедить его в необходимости придерживаться определенной формы лечения, которую рекомендуется определять с учетом тяжести течения заболевания, эпидемической опасности больного, материально-бытовых условий, психологических особенностей, степени социальной адаптации [1, 2].

Также целесообразно учитывать показатели территориальной заболеваемости в регионе проживания пациента. Ивановская область относится к числу 13 регионов Российской Федерации с наименьшими показателями заболеваемости (менее 50,0 на 100 тыс. населения) [4]. Вместе с тем полный курс химиотерапии в амбулаторных условиях в последнее десятилетие получали только 3-8% впервые выявленных больных активным туберкулезом, что ниже общероссийских показателей в 3-4 раза.

Таким образом, в проблеме организации лечения больных впервые выявленным туберкулезом и выборе места лечения имеется ряд нерешенных вопросов. В связи с этим целью работы является изучение эффективности комплексного лечения больных впервые выявленных активным туберкулезом органов дыхания в амбулаторных условиях.

Материалы и методы

Исследование проведено на базе ОБУЗ «Областной противотуберкулезный диспансер им. М. Б. Стоюнина» (ОПТД) г. Иваново в 2000-2010 гг.

Проанализированы материалы годовых статистических отчетов (форма 33) ОПТД за указанный период; проведены наблюдения и детальный ретроспективный анализ медицинской документации 126 больных. В результате проведенной работы были сформированы 2 группы наблюдаемых:

I группа (основная – 72 пациента) включала всех впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания, которые получали противотуберкулезную терапию в амбулаторных условиях ОПТД;

II группу (сравнения – 54 пациента) составили впервые выявленные больные туберкулезом органов дыхания, получавшие лечение в стационаре на протяжении не менее 3 мес.

Всем наблюдаемым провели клинический минимум обследования и необходимые для верификации диагноза туберкулеза органов дыхания дополнительные методы обследования. Оценивали клинические проявления заболевания и проведенные лечебно-диагностические мероприятия.

С каждым впервые выявленным пациентом проводили разъяснительную беседу о необходимости госпитализации. Объясняли пути передачи туберкулезной инфекции, степень эпидемической опасности заболевания, особенно для совместно проживающих с больным детей и других родственников, необходимость врачебного наблюдения во время лечения. Большое внимание уделяли работе в очагах туберкулезной инфекции. Важным являлось незамедлительное решение вопроса об изоляции больного, а также об обязательном разобщении контакта с детьми.

Лечение больных основной группы проводили в условиях поликлиники ОПТД. Ежедневно пациент приходил в процедурный кабинет и принимал в присутствии медицинской сестры назначенные врачом препараты в полном объеме.

Если пациент не мог посещать процедурный кабинет поликлиники и отказывался от госпитализации, ему организовывали лечение на дому. Таких больных оказалось 12: 9 пациентов, злоупотребляющих алкоголем и злостно уклоняющихся от лечения и в стационаре, и в поликлинике; 3 пациента, заинтересованных в излечении, но нуждающихся в постоянном уходе со стороны родственников в связи с сопутствующей патологией (хроническая обструктивная болезнь легких, ревматоидный артрит, олигофрения). Кроме того, в период лечения в поликлинике у 15 больных возникали сопутствующие заболевания: у 4 – гипертоническая болезнь с гипертоническим кризом, у 11 – острые респираторные заболевания верхних дыхательных путей, что затрудняло посещение диспан-

сера. Этим больным во избежание перерыва в лечении также назначали лечение на дому до выздоровления по сопутствующей патологии.

При организации лечения на дому участковый фтизиатр и медицинская сестра ежедневно, кроме выходных, посещали больного на специально выделенном автотранспорте, что позволяло не нарушать графика их работы в поликлинике. При посещении больного осматривал врач, после чего пациент принимал препараты в присутствии медицинских работников.

Среди наблюдаемых обеих групп преобладали мужчины [46 (63,9%) – в I группе; 37 (68,5%) – во II] в возрасте от 18 до 49 лет [соответственно 39 (54,2%) и 29 (53,7%)].

По социальному составу среди пациентов обеих групп преобладали рабочие и служащие [44 (61,1%) и 30 (55,6%) соответственно]. В группе больных, получавших лечение амбулаторно, было 2 (2,8%) частных предпринимателя и 4 (5,6%) студента. Существенное место среди наблюдаемых составили безработные: в основной группе – 16 (22,2%) пациентов, в группе сравнения – 15 (27,8%). Пенсионеров больше оказалось во II группе [1 (1,4%) – в I и 5 (9,3%) – во II]. Инвалидов было 5 (6,9%) в I и 4 (7,3%) – во II группе.

Результаты и обсуждение

Анализ клинических форм туберкулеза показал, что у больных основной группы достоверно чаще выявляли очаговый туберкулез [35 (48,6%) и 14 (25,9%) в I и II группах соответственно], $p < 0,05$. Что же касается инфильтративного туберкулеза, то он чаще был диагностирован у больных группы сравнения – у 36 (66,7%), в то время как в основной группе он наблюдался значительно реже – у 34 (47,2%) больных, $p < 0,05$. С диссеминированным туберкулезом легких было по одному пациенту в обеих группах. Туберкулезный плеврит был выявлен у 2 больных в каждой группе (2,8 и 3,6%).

При анализе клинических проявлений заболевания оказалось, что у 42 (58,3%) больных I и 47 (87,0%) II группы отмечался респираторный синдром. Жалобы на плохое самочувствие предъявляли 39 (54,2%) пациентов основной и 30 (55,6%) – группы сравнения. У больных, проходивших курс лечения в амбулаторных условиях, жалобы носили более благоприятный характер (большинство из них не имели жалоб или отмечали только малопродуктивный кашель), тогда как у больных, проходивших лечение в стационаре, жалобы были более разнообразны (с преимущественным сочетанием грудного и интоксикационного синдромов). Одышку отмечали 17 (23,6%) пациентов основной и 17 (31,5%) – группы сравнения. Длительная субфебрильная температура была у 7 (9,7%) пациентов I группы и значительно чаще [у 10 (18,5%)] – II группы.

При аускультации легких существенных отклонений в обеих группах наблюдаемых не отмечали, однако влажные хрипы несколько чаще прослушивали у больных группы сравнения [у 15 (20,8%) – I группы и 18 (33,3%) – II], преимущественно у лиц с инфильтративным туберкулезом.

Рентгенологическое обследование показало, что у преимущественного числа наблюдаемых [64 (88,9%) пациентов I и 44 (81,5%) – II группы] отмечалось одностороннее поражение легких. У 56 (77,8%) больных I и у 44 (81,5%) пациентов II группы туберкулезный процесс ограничивался 1-2 сегментами. Полости распада при инфильтративном туберкулезе легких были выявлены у 14 (19,4%) больных основной и 14 (25,9%) – группы сравнения. У всех наблюдаемых размеры деструкции не превышали 2 см.

Бактериовыделение с помощью метода микроскопии обнаружили у 7 (9,7%) пациентов I группы, несколько чаще [у 8 (14,8%)] – группы сравнения. Культуральным методом бактериовыделение выявили у 16 (22,2%) пациентов I группы и вдвое чаще – во II [у 13 (42,1%)]. У 19 (26,4%) пациентов основной и у 17 (31,5%) группы сравнения бактериовыделение было скудным; у 4 (5,6%) больных I и у 4 (7,4%) II группы – умеренным. Пациентов с обильным бактериовыделением не было.

В связи с преимущественно скудным бактериовыделением у большинства пациентов лекарственную чувствительность удалось определить только у 13 (25,5%) из них. Чувствительность микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам была сохранена у 5 больных, а у 8 имелась лекарственная устойчивость возбудителя: у 3 – к изониазиду и рифампицину (множественная лекарственная устойчивость), у 2 – к изониазиду и стрептомицину, у 2 – к стрептомицину и рифампицину, у одного – только к стрептомицину. Широкий спектр лекарственной устойчивости не выявлен ни у одного наблюдаемого.

В клиническом анализе крови у преимущественного числа пациентов существенных отклонений не отмечали, но у отдельных лиц имелись: умеренный лейкоцитоз – у 12 (16,7%) пациентов I группы и у 10 (10,6%) II, сдвиг нейтрофилов влево – у 3 (4,2%) и 4 (7,4%) больных соответственно, лимфоцитопения – у 5 (6,9%) и 4 (7,4%), увеличение СОЭ – у 28 (38,9%) и 30 (55,6%) больных. Вместе с тем сильных нарушений в клиническом анализе крови у больных не обнаружено.

У большинства пациентов обеих групп реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л была положительной [64 (88,9%) – I и 43 (79,6%) – II], значительно реже – гиперергической – по 6 больных в каждой группе (8,3 и 11,1%).

Анализ причин отказа от госпитализации у пациентов основной группы позволил выделить основные из них: заинтересованность в продолжении работы [30 пациентов (41,7%)]; нежелание на-

ходиться в стационаре противотуберкулезного диспансера из-за риска повторного заражения [14 (19,4%)]; необходимость ухода за малолетними детьми [10 женщин (13,9%)]; социальная дезадаптация больных, некритичное отношение к своему заболеванию [9 пациентов (12,5%)]; учеба в высших учебных заведениях [5 студентов (6,9%)]; необходимость в постоянном уходе за больным со стороны близких родственников в связи с наличием сопутствующих заболеваний [3 пациента (4,2%)].

Лечение больных туберкулезом как в амбулаторных условиях, так и в стационаре было комплексным. Содержание лечения определялось стандартами, утвержденными приказом Минздрава РФ от 21 марта 2003 г. № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации». В пределах стандартов проводили индивидуализацию лечебной тактики с учетом особенностей динамики заболевания, лекарственной чувствительности возбудителя, фармакокинетики применяемых препаратов и их взаимодействия, переносимости препаратов и наличия фоновых и сопутствующих заболеваний. Такой принцип позволял сочетать стандарт лечения болезни и индивидуальную тактику лечения больного.

Первый (I) режим химиотерапии, который предусматривал лечение больных с распространенными формами туберкулеза или бактериовыделением, назначали 14 (19,4%) пациентам I группы и 10 (18,5%) – II, третий (III) – лицам с малыми ограниченными формами туберкулеза без бактериовыделения [соответственно у 58 (80,6%) и у 44 (81,5%)]. Интенсивная фаза химиотерапии продолжалась не менее 2 мес. За этот период больной принимал 60 доз комбинации из 4 основных препаратов.

Пропуски в приеме препаратов от одной недели до месяца были выявлены у 9 (12,5%) пациентов основной и 11 (20,4%) – группы сравнения. Длительность фазы интенсивной терапии, соответственно, увеличивалась в таких случаях до приема 60 доз. У 7 (9,7%) пациентов основной и 12 (22,2%) больных группы сравнения длительность интенсивной фазы лечения составила 90 доз ввиду замедленной клинко-рентгенологической динамики. У 6 (8,3%) пациентов I и у 5 (9,3%) больных II группы интенсивная фаза составила 120 доз в связи с сохраняющимся бактериовыделением и вялой рентгенологической динамикой.

На фазе продолжения лечения назначали 2 основных препарата – изониазид и рифампицин – в течение 4 мес. ежедневно или в интермиттирующем режиме (3 раза в неделю). При выявлении лекарственной устойчивости проводили необходимую коррекцию.

Жалобы на неудовлетворительную переносимость противотуберкулезных препаратов предъявляли 3 (4,2%) пациента I группы и 1 (1,9%) – II. Однако после кратковременной отмены препаратов и подбора дезинтоксикационных и антигистаминных средств жалобы купировались у всех больных.

Проведено сравнительное изучение эффективности лечения впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания, получавших лечение амбулаторно (I группа) и в стационаре (II группа).

При оценке эффективности лечения принимали во внимание: исчезновение клинических и лабораторных признаков туберкулезного воспаления; стойкое прекращение бактериовыделения; подтвержденное микроскопическим и культуральным исследованиями; инволюцию рентгенологических проявлений туберкулеза; восстановление функциональных возможностей и трудоспособности.

При сопоставлении результатов лечения 126 впервые выявленных больных с ограниченными формами туберкулеза органов дыхания, из которых 72 получали лечение в амбулаторных условиях, а 54 – в стационаре, у всех лечение завершено с эффектом.

Однако в ходе дальнейшего диспансерного наблюдения выявили по 2 случая рецидива туберкулезного процесса из III группы диспансерного учета в обеих группах.

При сопоставлении вышеизложенных данных разработаны показания для контролируемого амбулаторного лечения больных с впервые выявленным туберкулезом органов дыхания для территории с низким уровнем заболеваемости туберкулезом:

- ограниченные формы туберкулеза органов дыхания без бактериовыделения и деструкции;
- удовлетворительное самочувствие больного, отсутствие тяжелых сопутствующих заболеваний, отягочающих течение туберкулеза и нарушающих общее состояние больного;
- удовлетворительные материально-бытовые условия, разобщенный контакт с детьми;
- удовлетворительная переносимость противотуберкулезной химиотерапии;
- заинтересованность в добросовестном лечении и выздоровлении.

Лечение на дому показано при решении ряда организационных вопросов: наличие персонала (патронажная или участковая медицинская сестра), сопоставление графика работы на участке с возможностью обслуживания больного на дому, наличие автотранспорта при большом числе пациентов.

Группы пациентов для лечения на дому:

- недисциплинированные больные, самовольно покинувшие стационар и пренебрегающие амбулаторным лечением;
- пациенты, страдающие не угрожающей жизни сопутствующей патологией, но нуждающиеся в постоянном уходе со стороны родственников.

Также лечение на дому может назначаться на непродолжительное время лицам, находящимся на амбулаторном режиме, при появлении недомогания, препятствующего явке в поликлинику (острое респираторное заболевание, гипертоническая болезнь).

Выводы

1. У 126 обследованных больных, 72 из которых получали лечение амбулаторно и 54 – в стационаре, туберкулез органов дыхания был выявлен своевременно, о чем свидетельствовали малая выраженность бронхолегочных симптомов и интоксикации, ограниченность поражения легочной ткани, отсутствие бактериовыделения более чем у половины наблюдаемых, выявление полостей распада диаметром не более 2 см лишь у ¼ пациентов.

2. По результатам лечения впервые выявленных больных с ограниченными формами туберкулеза, получавших лечение амбулаторно и в условиях стационара, оказалось, что у всех наблюдаемых оно было завершено с эффектом.

3. Анализ анамнеза, клинико-рентгенологических, бактериологических и эпидемиологических данных позволил разработать показания для амбулаторного лечения лиц с впервые выявленным туберкулезом органов дыхания, проживающих в регионе с низким уровнем заболеваемости, а также определить группы пациентов, которым было показано лечение на дому.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богадельникова И. В. Лечебная тактика при впервые выявленном туберкулезе легких: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1999.
2. Валиев Р. Ш. Принципы организации стационарного лечения больных туберкулезом // Организация лечения больных туберкулезом. – М., 2008. – С. 19-25.
3. Нечаева О. Б. Стационарзамещающие технологии в лечении и реабилитации больных туберкулезом легких // Пробл. туб. – 2007. – № 6. – С. 34-37.
4. Туберкулез в Российской Федерации, 2010 г. Аналитический обзор статистических показателей, используемых в РФ. – М., 2011. – 280 с.
5. Шилова М. В. Противотуберкулезные стационары России (потребность, перспективы развития) // Организация лечения больных туберкулезом: материалы Всерос. сов. глав. врачей и руков. орг.-метод. отделов противотуб. учреждений РФ. – М., 2008. – С. 9-18.

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Глотова Екатерина Владимировна

Областной противотуберкулезный диспансер

им. М. Б. Сталякина,

заместитель главного врача по медицинской части.

153000, г. Иваново, ул. Крутицкая, д. 27.

Тел./факс: (4932) 32-76-88.

E-mail: glotova_k@mail.ru

Поступила 23.10.2013