

2. На комбинацию ПТП НПР возникают в 51,9% случаев, на один препарат из схемы лечения – в 48,1% ($r = 0,6$).

3. НПР на ПТП существенно удлиняют сроки пребывания пациентов на этапе стационарного лечения (в среднем на 34 ± 13 койко-дней; $r = 0,7, p < 0,05$).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

СТЕРЛИКОВ С. А.¹, ВАСИЛЬЕВА И. А.², ТЕСТОВ В. В.²

TREATMENT EFFICIENCY OF TUBERCULOSIS PATIENTS: PROBLEMS AND WAYS OF SOLUTION

STERLIKOV S. A.¹, VASILEVA I. A.², TESTOV V. V.²

¹ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» МЗ РФ, г. Москва

²ФГБНУ «Центральный НИИ туберкулеза», г. Москва

¹Central Research Institute for Public Health Organization and Informatization, Moscow, RF

²Central Tuberculosis Research Institute, Moscow, RF

Недостаточная эффективность лечения больных туберкулезом приводит к замедлению положительной динамики эпидемической ситуации по туберкулезу, сохранению высокой летальности. По отчетным данным 2014 г. (ф. № 33), показатель абациллирования составил 45,5 при целевом его значении 46,2 на 100 среднегодовых бактериовыделителей. Это является следствием невысокой эффективности лечения пациентов с туберкулезом, прежде всего – самой многочисленной группы – впервые выявленных больных (ВВ) туберкулезом легких (ТЛ) и наиболее опасной в эпидемическом отношении группы – больных туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ, ШЛУ-ТБ) возбудителя.

Материалы и методы. Анализировали динамику показателей качества микробиологической диагностики туберкулеза для ВВ ТЛ и долей исходов курсов химиотерапии (КХТ) для ВВ ТЛ без МЛУ-ТБ с положительным результатом микроскопии мокроты (М+), зарегистрированных в 2009-2013 г. При расчете показателей из когорты удаляли случаи лечения, завершившиеся выявлением МЛУ-ТБ и перерегистрацией их для лечения по IV режиму химиотерапии. Для оценки предварительных исходов случаев лечения больных МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ использовали сведения формы единовременного статистического наблюдения ВР-5МЛУ для случаев лечения по IV режиму химиотерапии, зарегистрированных в 2012 г. (по состоянию на официальный срок подачи отчета – 10.04.15) – из 45 субъектов Федерации, подавших и согласовавших отчет по форме своевременно; размер когорты составил 9 761 пациент с МЛУ-ТБ, в том числе – 794 с ШЛУ-ТБ).

Результаты. Этиологическая диагностика туберкулеза в 2013 г. находилась на пике своего развития в постсоветском периоде. Подтверждение диагноза туберкулеза с использованием культурального метода было получено у 46,9% ВВ ТЛ (2012 г. – 45,9%; 2010 и 2011 г. – 45,8%). Отношение числа ВВ ТЛ с бактериовыделением, выявленным любым методом, к числу аналогичных больных с деструкцией легочной ткани составило 1,14 (2012 г. – 1,12; 2011 г. – 1,12; 2010 г. – 1,07; 2009 г. – 1,09). Охват ВВ ТЛ тестами на лекарственную чувствительность (ТЛЧ) микобактерий туберкулеза (МБТ) к противотуберкулезным препаратам (ПТП) в 2013 г. составил 95,0% (2012 г. – 93,6%; 2011 г. – 93,4%; 2010 г. – 93,3%; 2009 г. – 91,6%). Теоретически это должно было привести к повышению эффективности лечения больных туберкулезом, прежде всего с сохраненной лекарственной чувствительностью МБТ к ПТП. Тем не менее этого не произошло. Доля впервые выявленных больных с эффективным КХТ М+, зарегистрированных в 2013 г., составила 60,1% (для больных, зарегистрированных в 2012 г., она составила также 60,1%, в 2011 г. – 60,0%, в 2010 г. – 60,3%, а в 2009 г. – 61,4%). Эффект от повышения эффективности культуральной диагностики туберкулеза, по-видимому, проявился в виде снижения доли ВВ ТЛ М+ с неэффективным КХТ с 13,2 до 11,8%, зарегистрированных в 2010 и 2013 г. соответственно ($p < 0,01$). Эффект от снижения доли ВВ ТЛ М+ с неэффективным КХТ был полностью нивелирован ростом их летальности с 13,1 и 13,7% до 15,1%, зарегистрированных в 2009, 2010 и 2013 г. соответственно. При этом летальность от туберкулеза, начиная с когорты ВВ ТЛ М+, зарегистриро-

ванных в 2011 г. снижается, а летальность от других причин, начиная с 2009 г., растет. Соотношение летальности от туберкулеза и от других причин изменилось с 1,7 до 0,9. Существенное снижение доли ВВ ТЛ М+, прервавших КХТ, произошло в 2009-2010 гг. и связано с улучшением механизма перерегистрации пациентов для лечения по IV режиму химиотерапии; дальнейшее изменение этого показателя было статистически не значимым ($p > 0,1$). Доля ВВ ТЛ М+, выбывших в неизвестном направлении, на протяжении 5 лет разнонаправленно изменялась в пределах 4,0-5,0%. Среди причин генеза неблагоприятных исходов КХТ у ВВ ТЛ М+ ведущее место принадлежит причинам, приводящим к недостаточной приверженности пациентов к лечению (32,5% среди всех неблагоприятных исходов). На втором месте находятся дефекты контролируемого лечения, составляющие 29,6% неблагоприятных исходов, на третьем месте – наличие сопутствующей патологии, приводящее к летальному исходу (19,6%).

Эффективность лечения пациентов с МЛУ-ТБ составила 38,1% (95%-ный ДИ 37,1-39,1%); это ниже результатов, которые удавалось достичь в доантибактериальную эпоху. Ведущую роль в ее снижении также играют причины, приводящие к недостаточной приверженности пациентов к лечению: исходы «прервал КХТ» и «выбыл» составили суммарно 18,8% (95%-ный ДИ 18,0-19,5%) всех исходов (30,3% в структуре неблагоприятных исходов). Дефекты проведения химиотерапии, завершающиеся исходом «неэффективный КХТ» составили 16,7% (95%-ный ДИ 16,0-17,4%) исходов (27,0% в структуре неблагоприятных исходов). Ле-

тальность от туберкулеза составила 11,9% (95%-ный ДИ 11,2-12,5%) всех исходов (19,2% в структуре неблагоприятных исходов).

Среди пациентов с ШЛУ-ТБ эффективный КХТ был зарегистрирован всего лишь у 25,2%; (95%-ный ДИ 22,2-28,2%) пациентов. Большая часть исходов расценена как неэффективная (26,4%; 95%-ный ДИ 23,4-29,4%). Умерло от туберкулеза 18,9% (95%-ный ДИ 16,2-21,6%). Досрочно прекратило лечение 13,7% (95%-ный ДИ 11,3-16,1%). К высокой доле неэффективного лечения и высокой летальности, помимо ограниченного набора ПТП, приводят также дефекты лабораторной диагностики ШЛУ-ТБ; в большинстве субъектов до сих пор не могут проводить ТЛЧ МБТ к существенной части ПТП резервного ряда, в том числе к фторхинолонам последних поколений.

Выводы.

1. Эффективность лечения эпидемически опасных больных недостаточна и не имеет тенденции к росту. Повышение качества этиологической диагностики туберкулеза не может привести к существенной позитивной динамике исходов лечения ВВ ТЛ М+ без реализации остальных механизмов предотвращения неблагоприятных исходов КХТ.

2. Наиболее перспективные направления повышения результативности лечения связаны с повышением приверженности пациентов к лечению и усилением контроля химиотерапии.

3. Для повышения эффективности лечения и снижения летальности пациентов с ШЛУ-ТБ, помимо внедрения новых ПТП, необходимо обеспечить широкое внедрение ТЛЧ МБТ к ПТП резервного ряда.

АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ ПЛЕВРИТОМ В СОЧЕТАНИИ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

СТОГОВА Н. А.

AUTONOMOUS FUNCTIONAL LIVER CHANGES IN TUBERCULOSIS PLEURISY PATIENTS WITH CONCURRENT ALCOHOL ADDICTION

STOGOVA N. A.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко, г. Воронеж

Voronezh State Medical Academy named after N. N. Burdenko, Voronezh, RF

Цель: анализ влияния алкогольной зависимости на анатомо-функциональное состояние печени у больных туберкулезным экссудативным плевритом (ТЭП).

Материалы и методы. Проанализированы данные историй болезни 102 больных ТЭП, нахо-

дившихся на стационарном лечении в отделении плевральной патологии Воронежского областного клинического противотуберкулезного диспансера им. Н. С. Похвисневой в течение 2008-2014 гг. Среди них было 55 больных ТЭП в сочетании с алкогольной зависимостью (основная группа) и 47 боль-