

изменения существующей системы ее организации.

3. Выделение финансовых средств из федерального бюджета на закупку резервных препаратов

регионам с низким уровнем контроля за приемом АБП приводит к формированию эпидемически опасного лекарственно-устойчивого туберкулеза и экономически нецелесообразно.

РЕЦИДИВЫ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕГОЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА БЕЗ БАКТЕРИОВЫДЕЛЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВАРИАНТОВ ХИМИОТЕРАПИИ

ВАЛИЕВ Р. Ш., ВАЛИЕВ Н. Р., ИКСАНОВ И. Я., ЗАКИРОВА Н. Р.

RELAPSES AFTER TREATMENT OF PULMONARY TUBERCULOSIS WITHOUT BACILLARY EXCRETION DEPENDING ON THE CHEMOTHERAPY OPTIONS

VALIEV R. SH., VALIEV N. R., IKSANOV I. YA., ZAKIROVA N. R.

БОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Казань
ГАУЗ «Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер» МЗ РТ, г. Казань

Kazan State Medical Academy, Kazan, RF
Republican Clinical Anti-tuberculosis Dispensary, Kazan, RF

Одной из главных причин недостаточной эффективности химиотерапии туберкулеза является наличие лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза (МБТ). Однако если назначить адекватное лечение с учетом данных об устойчивости возбудителя туберкулеза достаточно легко при обнаружении бактериовыделения, то при отсутствии бактериовыделения химиотерапия проводится практически вслепую. В соответствии с приказом № 109 МЗ РФ от 2003 г. лечение таких больных проводится 4 антибактериальными препаратами (АБП) в течение 2 мес. и еще 4 мес. 2 АБП, как правило, изониазидом и рифампицином. В части случаев рифампицин заменяют этамбутолом или пипразинамидом. В то же время при таком подходе при наличии первичной лекарственной устойчивости к этим препаратам на фоне продолжения химиотерапии у большинства больных динамика процесса прекращается или даже может наступить обострение процесса с появлением бактериовыделения. В большинстве случаев через 6 мес. химиотерапии эти пациенты переводятся в III группу диспансерного учета. Длительное наблюдение за этими пациентами показало, что в последующем у этих больных возникают ранние или поздние рецидивы даже чаще, чем у эффективно леченных бактериовыделителей, терапия которых проводилась с учетом данных об устойчивости возбудителя. При рецидиве, после лечения больных туберкулезом с неизвестной лекарственной устойчивостью возбудителя, проведение химиотерапии оказывается более финансово-затратным, чем если бы они в течение всего периода первоначальной химиотерапии получали 4 АБП.

Цель: оценить частоту рецидивов после лечения у больных очаговым туберкулезом легких при различных вариантах химиотерапии.

Материалы и методы. Проведен анализ частоты рецидивов при различных вариантах химиотерапии у 382 впервые выявленных больных в 2003-2005 гг. с очаговым туберкулезом легких без бактериовыделения. Мужчин было 344, остальные – женщины. Возраст пациентов от 18 до 57 лет. У всех пациентов заболевание обнаружено при прохождении планового флюорографического обследования. Ретроспективный анализ флюорограмм у всех больных показал отсутствие рентгенологических изменений при предыдущем обследовании с давностью 1-2 года, что подтверждало активность процесса, несмотря на отсутствие бактериовыделения, как методом микроскопии, так и посева патологического материала. Все больные методом свободной выборки разделены на 2 группы. 1-я группа больных (основная) в количестве 206 (53,9%) человек получала химиотерапию 4 АБП (изониазид 0,45-0,6 г в зависимости от степени инактивации ГИНК, рифампицин 0,6 г, этамбутол 15-20 мг/кг, пипразинамид 1,5 г в сутки) не менее 6 мес. в соответствии с приказом МЗ Республики Татарстан. В случае продолжения рентгенологической динамики процесса к концу 6-го мес. лечения, т. е. сохранения активности процесса, химиотерапия продолжалась еще 2-3 мес. до ее прекращения. После этого больным устанавливалось клиническое излечение туберкулеза, они переводились в 3-ю группу диспансерного учета. 2-я группа (сравнения) – 176 человек – получала химиотерапию по III режиму в соответствии с приказом № 109 МЗ РФ. В этой группе в фазе продолжения 98 больных

принимали изониазид в сочетании с рифампицином, 37 – изониазид и пиразинамид, остальные – изониазид и этамбутол в зависимости от переносимости. Доза изониазида в этой группе весь период лечения в течение 6 мес. составляла 0,3 г в сутки.

Результаты. В Республике Татарстан при очаговых формах туберкулеза частота обнаружения бактериовыделения в период 2000-2005 гг. составляла 10-12%, в подавляющем большинстве случаев методом посева. В этот период практически по всей России посева проводились на твердые питательные среды, результаты которых получали через 3 мес. Имеющиеся в литературе данные о гораздо более высоком выявлении МБТ при очаговом туберкулезе вызывают сомнения, так как для наличия бактериовыделения необходима деструкция легочной ткани, которая при максимальном размере очага в 1,0 см при обычном рентгеномографическом исследовании выявляется не более чем в 3% случаев. Учитывая малую вероятность генетических мутаций с формированием лекарственной устойчивости МБТ при малых формах туберкулеза, можно предположить первичную лекарственную устойчивость при таких вариантах туберкулеза. В связи с изложенным выбор тактики лечения больных основной группы определялся отсутствием данных об устойчивости МБТ в связи с невозможностью определить их при малых процессах на основании ранее полученной информации о первичной ле-

карственной устойчивости МБТ при туберкулезе с бактериовыделением. При оценке отдаленных результатов лечения в 2013-2014 г. у данных пациентов установлено, что больные обеих групп после окончания переведены в III группу диспансерного учета и через 2-3 года сняты с него. В последующем в основной группе рецидив возник у 2 (0,97%) больных, в группе сравнения – у 11 (6,25%) пациентов, т. е. в 6,44 чаще, чем в основной группе. У всех пациентов с рецидивом установлено бактериовыделение, при этом в основной группе у 1 больного выявлена устойчивость возбудителя к изониазиду, у другого – к изониазиду и этамбутолу. В группе сравнения у всех больных выявлена лекарственная устойчивость возбудителя к изониазиду, из них у 8 в сочетании с рифампицином (МЛУ), у остальных – с этамбутолом.

Заключение. Несмотря на то что стоимость лечения в основной группе незначительно выше, чем в группе сравнения, затраты на лечение при возникновении рецидивов, особенно при МЛУ МБТ, с длительным использованием дорогостоящих, не всегда хорошо переносимых резервных препаратов, оказываются многократно больше. Это подтверждается и тем, что если в РФ частота рецидивов составляет 10,3 на 100 тыс., в Республике Татарстан – 7,7. В связи с изложенным полагаем, что необходимо пересмотреть принципы химиотерапии туберкулеза при неизвестной лекарственной устойчивости.

АНАЛИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ ИЗ ГРУППЫ РИСКА ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ

ВАЛИЕВ Р. Ш., ФАТЫХОВА Р. Х., ТЕПЛОВА Т. П., ИГНАТЬЕВА Е. В.

ANALYSIS OF CAUSES OF TUBERCULOSIS DEVELOPMENT IN CHILDREN FROM RISK GROUPS

VALIEV R. SH., FATYKHOVA R. KH., TEPLONA T. P., IGNATIEVA E. V.

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Казань
ГБУЗ «Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер», г. Казань

Kazan State Medical Academy, Kazan, RF
Republican Clinical Anti-tuberculosis Dispensary, Kazan, RF

Цель: изучить причины развития активной туберкулезной инфекции у детей и подростков в раннем периоде первичной туберкулезной инфекции (РПТИ) с нарастанием чувствительности и гиперергическими реакциями на туберкулин.

Материалы и методы. Проведен анализ причин развития туберкулеза у детей, наблюдающихся в VIA, VIB и VIB группах диспансерного учета.

Эпидемическая ситуация по туберкулезу в Республике Татарстан, несмотря на стабилизацию в последние годы, остается напряженной. Из об-

щего числа заболевших лица в возрасте 0-17 лет составляют 4,1-5,0%.

В 2014 г. заболеваемость детей и подростков от 0 до 17 лет в Республике Татарстан снизилась на 18,5% и составила 8,8 на 100 тыс. населения соответственной возрастной группы.

Профилактически выявляется 96,2% детей (данные 2014 г.), в том числе при массовом скрининге по пробе Манту с 2 ТЕ и пробе с диаскинтестом выявлено 42,3% заболевших детей и 40,0% подростков; 53,9% заболевших детей выявлено при ин-