

кие реакции выражены слабо, а туберкулиновые пробы, как правило, положительные. Тяжелые распространенные формы туберкулеза исключаются, вероятность внелегочного туберкулеза уменьшается.

При вторичном туберкулезе экссудативная реакция в зоне поражения обрывается достаточно быстро, но появление казеозно-некротических центров, микродеструкций, туберкулезных гранулем и склероза являются частыми атрибутами туберкулезного воспаления, хотя и выраженными в разной степени. Отсюда нередко наблюдаемое неопределенное начало заболевания, неоднородная структура инфильтративных туберкулезных изменений (частый распад), присутствие каверн при диссеминированных формах (почти специфичный симптом), осумкование туберкулем (фиброзная капсула) и т. д. Аэрогенный характер туберкулезной инфекции, особенности заполнения и опорожнения легких в ходе дыхательных движений (парабола) проясняют верхнедолевую локализацию туберкулезных изменений при экзогенной инфекции (недавний контакт) и нижнедолевую – при эндогенной реактивации (массивный контакт в детстве), а пути распространения МБТ по лимфатическим путям от периферии к центру позволяют понять преимущественную периферическую локализацию вторичного туберкулеза.

Представление о современном патогенезе туберкулеза позволяет сформулировать дифференциально-диагностические алгоритмы разных форм, расположив симптомы по рангу значимости.

Очаговый туберкулез: типичная локализация (1-2 сегменты), полиморфизм очагов, скудная клиническая симптоматика, редкое бактериовыделение, положительная проба Манту.

Инфильтративный туберкулез: неоднородная структура тени (казеозно-некротические центры, распад), воспалительная «дорожка» к корню легкого, очаги отсевов (бронхогенных), несоответствие нечетких клинических симптомов четко выраженным рентгенологическим изменениям в легких, частое бактериовыделение, положительная проба Манту.

Хронический диссеминированный туберкулез легких: частый распад ткани (деструкция), участки инфильтрации (экссудативная реакция), деформация бронхососудистого рисунка (облигатный склероз), скудные клинические проявления, бактериовыделение, сниженная проба Манту (вторичный иммунодефицит).

Деструктивный туберкулез: типичная для туберкулеза локализация, небольшие размеры свежей каверны (2-4 см), отсутствие в ней уровня жидкости, воспалительная «дорожка» к корню, скудная симптоматика, бактериовыделение, положительная проба Манту.

Подобные алгоритмы обычно формируются на базе собственного врачебного опыта, однако современные представления о патогенезе туберкулеза могут помочь в их формировании с целью совершенствования дифференциальной диагностики туберкулеза и сходных заболеваний легких.

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ В БРЕСТСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2012-2014 ГГ.

ЛЕВЧУК Л. И., ПУХОВСКИЙ А. Г., ПАДУТА С. И.

ANALYSIS OF MORTALITY IN PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS WITH MULTIPLE DRUG RESISTANCE IN BREST REGION ON 2012-2014.

LEVCHUK L. I., PUKHOVSKY A. G., PADUTA S. I.

УЗ «Брестский областной противотуберкулезный диспансер», г. Брест, Республика Беларусь

Regional Tuberculosis Dispensary, Brest, Republic of Belarus

В Республике Беларусь отмечается неблагоприятная ситуация по туберкулезу с множественной/широкой лекарственной устойчивостью (МЛУ/ШЛУ) возбудителя. По данным исследования по надзору за лекарственной устойчивостью (ЛУ) микобактерий туберкулеза (МБТ) (2010-2011), показатель МЛУ МБТ среди вновь выявленных пациентов составил 32,7%, среди ранее леченных пациентов – 76,6%. В Брестской области

доля туберкулеза с МЛУ МБТ среди вновь выявленных возросла с 9,7% в 2010 г. до 13% в 2014 г., а среди состоящих на учете контингентов – с 13,7 до 20,6% соответственно.

Цель: проанализировать причины летальности больных туберкулезом с МЛУ МБТ.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни умерших пациентов с туберкулезом с МЛУ МБТ за 2012-2014 гг. в Брестской области. Всего

умерло за эти годы 112 пациентов с МЛУ/ШЛУ МБТ. В их числе мужчин было 94 (84%), женщин – 18 (16%). Городских жителей крупных городов (Брест, Барановичи, Пинск, Кобрин) – 44 (39,3%), проживавших в районах области – 68 (60,7%).

Работающих лиц среди этого контингента не было. Наибольшую долю составили инвалиды – 57 (50,9%), неработающие – 47 (42%), пенсионеры по возрасту – 8 (7,1%). Среди мужчин инвалиды – 48 (51,1%), неработающие – 41 (43,6%), пенсионеры по возрасту – 5 (5,3%). Среди женщин инвалиды – 9 (50%), неработающие – 6 (33,3%), пенсионеры по возрасту – 3 (16,7%). Вернувшихся из ИТУ – 11 (9,8%). Мужчин среди них было 10 человек и одна женщина.

Результаты исследования. Доля пациентов, умерших от туберкулеза с МЛУ МБТ ежегодно возрастала по годам как в сельской местности, так и среди городских жителей на фоне снижения общей смертности. Этот показатель за три года среди городских жителей составил 59,5%, среди сельских – 51,1%.

Не дожили до 60 лет 100 (90,2%) умерших в трудоспособном возрасте, в их числе в молодом возрасте (21-35 лет) – 11 (9,8%), 36-45 лет – 29 (25,9%), 46-59 лет – 60 (53,6%). Значимых различий в числе умерших от туберкулеза с МЛУ МБТ между городскими и сельскими жителями не наблюдается. Среди мужчин не дожили до 60-летнего возраста 85 (90,4%), среди женщин – 15 (83,3%). В возрасте 21-35 лет умерло 7 (7,4%) мужчин, женщин – 4 (22,2%), в возрасте 36-45 лет мужчин – 24 (25,5%), женщин – 5 (27,8%), в возрасте 46-59 лет мужчин – 54 (57,4%) и женщин – 6 (33,3%). Согласно представленным данным, женщины умирали в более молодом возрасте.

Более чем в половине случаев умершие пациенты вели асоциальный образ жизни: 54 (48,2%) страдали хроническим алкоголизмом; 28 (25%) бытовым пьянством. В том числе 48 (51,1%) мужчин страдали хроническим алкоголизмом, 26 (27,7%) – бытовым пьянством. Среди женщин хроническим алкоголизмом страдали 6 (33,3%), бытовым пьянством – 2 (11,1%).

Проживали с семьями лишь 40 (35,7%) пациентов; 23 (20,5%) – расторгли браки; 49 (43,8%) были холостыми или одинокими. Среди мужчин только 31 (33%) пациент проживал с семьей. Разведенными были 19 (20,2%), холостыми или одинокими – 44 (46,8%). Среди женщин с семьями проживали 9 (50%) человек, разведенных – 4 (22,2%), одиноких – 5 (27,8%). В сельской местности доля семейных превышала, а аналогичный показатель среди городских жителей – соответственно 27 (39,7%) и 13 (29,5%). Разведенных лиц было больше среди городских жителей – 13 (29,5%) и 10 (14,7%) соответственно.

Среди контингентов умерших от туберкулеза с МЛУ МБТ преобладали лица с поздними рециди-

вами, больные хронически активным туберкулезом и неэффективно леченные – 47 (42%), а также лица с рецидивами из III группы диспансерного учета – 37 (33%), лишь 28 (25%) из числа впервые выявленных. Принципиальных различий в формировании контингентов больных туберкулезом с МЛУ МБТ между городскими и сельскими жителями не выявлено, за исключением пациентов из числа впервые выявленных – 19 (27,9%) сельских и 9 (20,4%) городских соответственно.

Контингенты умерших пациентов формировались следующим образом: выделявшие МБТ с лекарственной чувствительностью (ЛЧ) – 60 (53,6%), с ЛУ – 52 (46,4%). Наблюдалась значительная разница в этих контингентах среди городских и сельских жителей. С туберкулезом с ЛЧ МБТ городских жителей было 14 (31,8%), сельских – 46 (67,7%), соответственно с ЛУ 30 (68,2%) и 22 (32,4%).

Приверженность к лечению наблюдалась лишь у 19 (17%) пациентов. У 93 (83%) пациентов она отсутствовала. Среди мужчин приверженность к лечению отсутствовала у 79 (84%), среди женщин – у 14 (77,8%). Жители села оказались более приверженными к лечению – их было 13 (19,1%). Среди городских приверженность к лечению – 6 (13,6%). Женщины и мужчины регулярно принимали лекарственные средства – 4 (22,2%) и 15 (16%) соответственно.

По клиническим диагнозам на первом месте оказался фиброзно-кавернозный туберкулез – 73 (65,2%), инфильтративный туберкулез легких в фазе распада – 25 (22,3%), диссеминированный туберкулез легких в фазе распада – 12 (10,7%). Зарегистрировано два случая смерти от ВИЧ-ассоциированного туберкулеза. Среди городских жителей от фиброзно-кавернозного туберкулеза умерло 30 (68,2%) пациентов, от прочих форм – 1 (2,3%). Среди сельского населения – 43 (63,2%) пациента умерли от фиброзно-кавернозного туберкулеза.

МЛУ МБТ установлена у 44 (39,3%) пациентов, пре-ШЛУ МБТ – у 19 (17%), ШЛУ МБТ – у 49 (43,7%). В том числе проживавших в городах МЛУ МБТ – у 19 (43,2%) человек, пре-ШЛУ МБТ – у 8 (18,2%), ШЛУ МБТ – у 17 (38,6%). В сельской местности ЛУ к препаратам первого ряда – у 25 (36,8%), пре-ШЛУ МБТ – у 11 (16,2%), ШЛУ МБТ – у 32 (47,1%).

У больных имелись сопутствующие заболевания: сочетание множественных заболеваний – у 30 (26,8%). Желудочно-кишечные заболевания (ЖКЗ) – у 6 (5,4%), сахарный диабет (СД) – у 3 (2,3%), в том числе у 2 городских и 1 сельского жителя. Прочие заболевания – у 11 (9,8%), в том числе жителей города – у 3 (6,8%), села – у 8 (11,8%).

Среди клинических форм туберкулеза перед началом лечения по IV режиму на первом месте был инфильтративный туберкулез легких в фазе распада в 47 (42%) случаях, в том числе среди городских жителей – у 13 (29,5%), среди сельских – у 34 (50%).

На втором месте – фиброзно-кавернозный туберкулез у 24 (21,4%), в том числе среди горожан – у 13 (29,5%), среди сельских жителей – у 11 (16,2%). Инфильтративный туберкулез легких без распада был у 22 (19,7%). Диссеминированный туберкулез легких в фазе распада – у 13 (11,6%), без распада – у 5 (4,5%).

Заключение. Среди умерших больных преобладали мужчины (84%), лица трудоспособного

возраста – 89,3%, больные фиброзно-кавернозным туберкулезом – 65,2%. Все умершие являлись бактериовыделителями: 39,3% – с ЛУ МБТ к препаратам первого ряда, 17% – с пре-ШЛУ МБТ и 43,7% – с ШЛУ МБТ. Хронический алкоголизм был у 48,2%, бытовое пьянство – у 25%. Неприверженность к лечению – у 83% больных.

Непосредственной причиной смерти явилась легочно-сердечная недостаточность.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОЕКТА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ «СОПРОВОЖДЕНИЕ» В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

ЛЕЛИКОВА В. Д.¹, КОРНИЕНКО С. В.¹, ВЕЛИКАЯ О. В.², ЛУШНИКОВА А. В.², ХОРОШИЛОВА Н. Е.²

IMPLEMENTATION OF ACCOMPANIMENT PROJECT FOR TUBERCULOSIS PATIENTS TREATMENT IN VORONEZH REGION

LELIKOVA V. D.¹, KORNIENKO S. V.¹, VELIKAYA O. V.², LUSHNIKOVA A. V.², KHOROSHILOVA N. E.²

¹КУЗ ВО «Воронежский областной противотуберкулезный диспансер им. Н. С. Похвисневой», г. Воронеж
²ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко» МЗ РФ, г. Воронеж

¹Regional Clinical Anti-tuberculosis Dispensary named after N. S. Pokhvisneva, Voronezh, RF
²Voronezh State Medical Academy named after N. N. Burdenko, Voronezh, RF

Многолетняя практика показывает, что около 10-15% больных, которым показана химиотерапия, не лечатся. Причинами этого являются непереносимость препаратов, недисциплинированность и отказ некоторых больных от лечения. Уклонение от лечения – одна из причин низкой эффективности лечения больных туберкулезом, которая приобрела в XXI в. массовое распространение. Обеспечение контролируемого приема противотуберкулезных препаратов на амбулаторном этапе является сложной организационной задачей. Для пациентов с низкой приверженностью и мотивацией к лечению, больных из групп социального риска (из мест лишения свободы (МЛС), страдающих алкоголизмом, наркоманией) лечение на дому силами противотуберкулезной службы является способом лечения туберкулеза и контролируемого приема противотуберкулезных препаратов.

С 2011 г. в Воронежском областном клиническом противотуберкулезном диспансере им. Н. С. Похвисневой реализуется проект «Пациент-ориентированное сопровождение».

Цель: оценить эффективность лечения больных туберкулезом, включенных в проект «Пациент-ориентированное сопровождение».

Материалы и методы. Проведена оценка эффективности лечения 184 больных туберкулезом легких, включенных в проект «Сопровождение», с 2011 по 2014 г.

Цель проекта – мотивировать к лечению пациентов с низкой приверженностью независимо

от результатов и сроков предыдущего лечения. Под руководством координатора в проекте участвуют врач проекта, медсестра, водитель, которые обеспечивают контролируемый прием противотуберкулезных препаратов в удобном для больного месте (преимущественно на дому) и в удобное время; за прием противотуберкулезных препаратов пациенты получают продуктовый паек. При необходимости больным оказывается наркологическая, психологическая и социальная помощь.

В проекте «Сопровождение» с 2011 по 2014 г. участвовали 184 больных туберкулезом органов дыхания, из них 75,54% мужчин и 24,46% женщин. Пациенты были включены в данный проект на основании следующих факторов, определяющих низкую приверженность к лечению: 169 (91,85%) неработающих больных, 83 (45,11%) – из МЛС. У 148 (80,43%) больных наблюдался хронический алкоголизм, у 52 (28,26%) – наркомания, у 6 (4,05%) – различные психиатрические заболевания; отрыв в анамнезе имели 37 (20,11%) больных, курсы химиотерапии более одного в анамнезе были у 71 (38,59%) больного.

Микобактерии туберкулеза в мокроте методом микроскопии или посева до включения в проект обнаружены у 153 (83,15%) больных.

Более половины больных получали лечение по IV режиму химиотерапии – 110 (59,78%).

Результаты. С 2011 по 2014 г. из 184 пациентов, участвующих в проекте, завершили основной курс лечения (ОКЛ) 127 (69,02%) больных. При этом