

Спектр лекарственной устойчивости и эффективность лечения впервые выявленных больных туберкулезом легких

С.А. Рустамова, К.С. Мухамедов, М.Х. Джурабаева, М.И. Ходжаева

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Цель. Повышение эффективности лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза легких на основе изучения особенностей его течения в современных социально-экономических условиях.

Материалы. 89 больных туберкулезом легких, которым проведено изучение чувствительности микобактерии в референс-лаборатории в РСНПМЦ ФигП.

Результаты. Среди обследованных преобладали мужчины — 61 человек (68,5%), женщины составили 29 человек (31,5%). Среди мужчин преобладали лица 31–40 лет, среди женщин — более молодые — 21–30 лет. Среди больных активным туберкулезом преобладали пациенты с инфильтративными формами процесса — 58%. Фиброзно-кавернозный туберкулез (ФКТ) был диагностирован у 10,1% больных, диссеминированный — у 13,5%, туберкулезный плеврит — у 6,7%. Остальные формы туберкулеза (очаговый, кавернозный, цирротический) встречались реже — в 8,9% случаев. По социальным группам больные были распределены следующим образом: работающие — 21 человек (23,6%), в том числе служащие — 15, рабочие — 4, работники частных предприятий — 2. Неработающие составили 76,4% (68 человек), в том числе пенсионеры — 15, студенты — 12. Лекарственная устойчивость МБТ к одному препарату у впервые выявленных больных туберкулезом легких обнаружена в 32,6% случаев, в том числе устойчивость к двум и более препаратам — в 47,2%, МЛУ — в 20,2%. Среди монорезистентных форм преобладала резис-

тентность к стрептомицину (15,7%) и рифампицину (10,2%). Среди полирезистентных форм преобладала резистентность к комбинации стрептомицина и этамбутола (19,1%). Наиболее часто выявлялась резистентность к основным препаратам, устойчивость к резервным препаратам встречалась реже. Частота МЛУ МБТ среди молодых людей от 18 до 30 лет определялась в 62% случаев, что в 2,5 раза выше по сравнению с лицами в возрасте от 31 лет и старше (24,4%), однако взаимосвязь пола пациента и частоты устойчивости как к основным, так и к резервным препаратам отсутствует. Частота абациллирования впервые выявленных больных при наличии устойчивости МБТ при условии лечения не менее чем четырьмя препаратами: к концу 3-го месяца химиотерапии абациллированы 86% больных по результатам бактериоскопии и посева.

Выводы. Проведение исследования лекарственной чувствительности МБТ к основным и резервным противотуберкулезным препаратам является необходимым в каждом случае выделения культуры МБТ. В связи с высокой частотой первичной лекарственной устойчивости МБТ к этамбутолу и стрептомицину вместо них в интенсивной фазе химиотерапии впервые выявленных больных туберкулезом легких рекомендуется использовать рифампицин. С целью раннего выявления возможной начальной полирезистентности МБТ в фазе интенсивной терапии показано проведение бактериоскопии мокроты двукратно, каждые 2 недели, до двух серий отрицательных анализов.

Результаты применения линезолида, бедаквилина и имепенема в лечении больных лекарственно-устойчивым туберкулезом

М.Д. Сафарян, Л.Т. Николаян, Л.М. Егиазарян

Ереванский государственный медицинский университет им. М. Гераци, Армения

Введение. Лекарственная устойчивость МБТ снижает эффективность лечения больных и способствует накоплению в популяции источников инфекции. Поиск новых противотуберкулезных препаратов выявил высокую активность оксазолидинонов. Первый из

препаратов этого класса — линезолид — с 2013 г. используют в клинической практике лечения больных с лекарственной устойчивостью МБТ в Армении.

Цель. Определить возможности повышения эффективности лечения больных с широкой лекарст-

венной устойчивостью (ШЛУ) МБТ при включении линезолида, бедаквилина и имепенема в комбинацию химиопрепаратов в рамках туберкулезной программы.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 38 больных ТБ легких, госпитализированных в Республиканский противотуберкулезный диспансер. Больные были разделены на 2 группы: I — основная и II — контрольная. Группы были сопоставимы по клиническим формам, распространенности ТБ-процесса в легких, характеру деструкций, полу и возрасту, спектру лекарственной устойчивости МБТ. I группу составили 20 больных туберкулезом с ШЛУ возбудителя, получивших комплексное противотуберкулезное лечение включая ежедневный прием линезолида, бедаквилина и имепенема, во II группе было 18 пациентов, которые получали тот же комплекс лечения, за исключением линезолида, бедаквилина и имепенема. Результаты терапии по двум сравниваемым группам были оценены по частоте негативации мокроты культуральным методом, а также по результатам клинической и рентгенологической динамики процесса через 3, 6 и 12 мес. наблюдения.

Результаты. По клиническим формам в обеих группах преобладали больные с фиброзно-кавернозным и инфильтративным туберкулезом легких, которые были диагностированы в 23 (60,5%) и 12 (31,6%) случаев. В группах чаще встречались больные, получавшие ранее 2 курса химиотерапии и более, в том числе препаратами резервного ряда — в 95,0 и 88,9% случаев. Перед началом лечения у всех пациентов имелись симптомы интоксикации, причем у 23 (60,5%) человек интоксикационный синдром был резко выражен в виде подъема температуры тела, снижения аппетита, кахексии и слабости. Жалобы на кашель с мокротой предъявлял 31 больной, жалобы на одышку — 8 человек. У всех пациентов отмечали

бактериовыделение на момент начала лечения. Чаще у больных был выявлен двусторонний процесс (76,3% пациентов).

Анализ полученных результатов показал, что введение в режим лечения линезолида, бедаквилина и имепенема существенно повышает частоту и темпы абациллирования мокроты. Так, в основной группе прекращение бактериовыделения, подтвержденное культуральным методом, через 3 мес. составило 80,0%, через 6 мес. — 90,0%; у одного больного посев оставался положительным на 10-м мес. лечения при отрицательном мазке. Наблюдался один летальный исход на 5-м мес. лечения после операции по поводу острой кишечной непроходимости. В группе сравнения ни у одного пациента не наблюдалось прекращения бактериовыделения через 3 мес. лечения, лишь у 7 человек (38,9%) отмечали отрицательные результаты посева спустя 12 мес. лечения. В основной группе у 14 (70,0%) пациентов через 12 мес. лечения наблюдалась положительная клинико-рентгенологическая динамика с рассасыванием инфильтративных изменений и уменьшением или заживлением полостей распада. В группе больных, не получавших линезолид, бедаквилин и имепенем, результаты лечения спустя 12 мес. были значительно хуже: положительную рентгенологическую динамику и заживление деструкций отмечали всего в 7 (38,9%) случаях.

Выводы. Применение комплексного противотуберкулезного лечения с назначением линезолида, бедаквилина и имепенема позволяет значительно повысить эффективность лечения больных туберкулезом с ШЛУ возбудителя. При наличии показаний линезолид, бедаквилин и имепенем могут быть рекомендованы для длительного применения в режимах химиотерапии больных туберкулезом в комбинации с препаратами резервного ряда.

Влияние лекарственного средства циклоферон на уровень туберкулинсвязывающих моноцитов у пациентов с туберкулезом легких

В.А. Серегина, А.М. Будрицкий

Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет,
Республика Беларусь

Введение. Опыт лечения пациентов с туберкулезом легких показывает, что использование только этиотропной терапии не всегда приводит к желаемому результату. Иммуный дисбаланс встречается примерно

в 98% случаев туберкулеза легких, что во многом определяет течение и исход заболевания. Применение индукторов интерферона в комплексном лечении туберкулеза значительно повышает эффективность терапии.