УДК 616.24-002.5:579.252.55

**эффективность лечения больных**

**с ЛЕКАРСТВЕННОустойчивыми формами туберкулеза**

Сыздыкова Н.С.

Кафедра фтизиопульмонологии

КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова

**туберкулездің дәріге төзімді түрлеріне шалдыққаннауқастарды емдеудің тиімділігі**

Дәріге төзімділік түрлерімен ауыратын науқастардың емдеу нәтижесі қарастырылған. Қарқынды емдеу фазасының соңында бактерия бөлінудің тоқтауы 76 % науқаста анықталды. Науқастарды өкпе туберкулезінің клиникалық түрлеріне жіктегенде 73,7% фиброзды-кавернозды туберкулезі болып шықты. Дәріге төзімділік түрлерімен ауыратын науқастардың 42,4% қосымша ауруларымен ауыратыны анықталды.

**EFFECTIVENESS OF THE TREATMENT OF PATIENTS With drug-resistant TB**

**Syzdykova N.S.  
Phthisiopulmonology Department   
KazNMU**

We study the effectiveness of treatment for patients with drug-resistant forms of tuberculosis, by the end of intensive phase of treatment cessation bacterial achieved in 76% of patients. When the distribution of patients according to clinical forms of TB most often diagnosed with fibro-cavernous pulmonary tuberculosis (73.7%). Pulmonary tuberculosis in patients with drug-resistant forms is accompanied by a concomitant diseases in 42.4% of cases.

Изучены эффективность лечения у больных с лекарственноустойчивыми формами туберкулеза, к концу интенсивной фазы лечения прекращение бактериовыделения достигнуто у 76 % пациентов. При распределении больных по клиническим формам туберкулеза наиболее часто диагностировался фиброзно-кавернозный туберкулез легких (73,7%). Туберкулез легких у больных с лекарственноустойчивыми формами сопровождается сопутствующими заболеваниями в 42,4% случаев.

Актуальной проблемой современной фтизиатрии является лечение больных, выделяющих лекарственно-устойчивые микобактерии, которое с помощью стандартных режимов химиотерапии не всегда эффективно и является одним из факторов, влияющих на рост заболеваемости и смертности

У таких больных в течение длительного времени не наступает конверсия мокроты, что создает условия для инфицирования лекарственно-устойчивыми микобактериями окружающих их лиц.

Вышеизложенное диктует необходимость анализа структуры и тенденций развития лекарственной устойчивости возбудителя туберкулеза в каждом отдельно взятом случае.

Целью настоящего сообщения явился анализ результатов лечения и определения лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза.

В работе приводятся данные о 114 больных. Среди них мужчин – 62, женщин - 52 в возрасте от 18 до 60 лет. Среди заболевших деструктивным туберкулезом органов дыхания преобладают в основном лица молодого и зрелого возраста от 20 до 50 лет (84,3%), контингент безработных и инвалидов составил 73,8%.

При распределении больных по клиническим формам туберкулеза наиболее часто диагностировался фиброзно-кавернозный туберкулез легких (73,7%), инфильтративный туберкулез в фазе распада (21%), казеозная пневмония (4 %), диссеминированный (1,3%). Высокая частота наблюдения деструктивных форм туберкулеза связана с поздним обращением больных за медицинской помощью и недостаточно направленной профилактической работой общей лечебной сети по выявлению туберкулеза среди поликлинических групп риска. Только у 14,6% больных туберкулез выявлен при профилактическом осмотре. Больные поступали в стационар с жалобами на плохой аппетит, одышку, сердцебиение.

У большинства больных процесс был распространенный, преимущественно двусторонний, осложненный легочно-сердечной недостаточностью, кровохарканьем или легочным кровотечением, У ряда больных общее состояние усугублялось наличием сопутствующих туберкулезу заболеваний. Болезни желудочно-кишечного тракта были в 9,2% случаях, заболевания печени у 18,4%, сахарный диабет у 14,8% больных.

Бактериовыделение отмечалось у всех больных. Полирезистентность микобактерий туберкулеза выявлена в 78% случаев, чаще наблюдалась к комбинации антибактериальных препаратов HRSE (47,9%), к HRS – в 17,8%, RSE – в 12,3%. Мультирезистентность отмечена в 17,2% случаев.

Лечение больных в стационаре с наличием полирезистентного туберкулеза проводилось с включением в схему лечения резервных препаратов: циклосерина, офлоксацина, этионамида, капостата и пиразинамида с сохраненной чувствительностью к нему. Терапию антибактериальными средствами пациенты, в основном, переносили удовлетворительно. При возникновении побочных реакций в виде токсического гепатита назначали гепатопротекторы, дезинтоксикационные средства, плазмоферез по 2-3 сеанса. Использовались в качестве патогенетических средств (витаминотерапия, гепаринотерапия, тиосульфат натрия, гипербарическая оксигенация, коллапсотерапия).

К завершению интенсивной фазы лечения у больных хроническим деструктивным процессом прекращение бактериовыделения наблюдалось у 76% больных.

***Выводы***: на основании анализа данных исследований установлена высокая полирезистентность при деструктивных формах туберкулеза, что усугубляет и утяжеляет эпидемиологическую ситуацию. Туберкулез легких у больных с лекарственноустойчивыми формами сопровождается сопутствующими заболеваниями в 42,4% случаев. В связи с чем необходимо улучшить лечебно-профилактическую работу по раннему выявлению туберкулеза среди поликлинических групп населения микробиологическим методом исследования, этот метод в диагностике туберкулеза отвечает современным требованиям, соответствует принципам «доказательной медицины» с последующим бактериологическим исследованием мокроты с определением чувствительности к противотуберкулезным препаратам, с целью определения дальнейшей тактики лечения и эффективности проводимой химиотерапии.

Появление резистентных штаммов микобактерий туберкулеза не уменьшает достоинства внедрения «Stop TB», эффективность которого убедительно доказана. Появление полирезистентного туберкулеза диктует необходимость в получении новых противотуберкулезных препаратов и применение многокомпонентных препаратов в лечении туберкулеза легких и строгом контроле над использованием препаратов основного и резервного ряда.

Таким образом, одной из важных проблем современной фтизиатрии является лекарственная резистентность микобактерий туберкулеза.

Принцип непосредственно контролируемого лечения туберкулеза (НКЛ) должен быть строго обеспечен на всем протяжении химиотерапии, так как это лучший метод предупреждения перерывов в лечении и снижения распространения инфекции в обществе и один из важных элементов системы по борьбе с туберкулезом.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абилдаев Т.Ш., Берикова Э.А., Баймуханова К.Х. Меры контроля над туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью в Республике Казахстан /Ж.Фтизиопульмонология. – 2011 , № 2(19), с.93-97
2. Проблемы туберкулеза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью в Казахстане и пути их решения/Ж.Фтизиопульмонология. – 2011 , № 2(19), с.123-125
3. Cox H.S., Oronzo J.D., Male R. et al. Multidrug-resistant tuberculosis in Central Asia //Emerg. Infect. Dis. – 2004. Vol.10.-P.865-872