

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ХИМИОТЕРАПИИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Глотова Е.В., Чеботарева Т.В., Облогина Л.И., Митюнина Л.И., Андреева О.В.
ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава
ГУЗ «ОПТД им. М.Б. Стоюнина» г. Иваново

РЕЗЮМЕ Проанализированы результаты контролируемой химиотерапии 39 больных с впервые выявленным туберкулезом органов дыхания, которые получали лечение в амбулаторных условиях, по сравнению с идентичной группой больных (31 наблюдаемый), находившихся в стационаре. Все пациенты лечились согласно I или III режиму химиотерапии контролируемым методом. Результаты терапии оказались одинаковыми: у 100% наблюдаемых отмечены закрытие полостей распада и абациллирование мокроты. Разработаны показания для контролируемого лечения лиц с впервые установленным туберкулезом органов дыхания в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: туберкулез, амбулаторное лечение, химиотерапия.

Практическая работа противотуберкулезных учреждений показывает, что некоторые больные по ряду причин не могут находиться в стационаре длительный период времени для проведения лечения активного туберкулеза органов дыхания. В этих исключительных случаях появляется необходимость в амбулаторном лечении [2]. Тем не менее, вопрос о возможности проведения длительной контролируемой химиотерапии в условиях поликлиники до настоящего времени остается недостаточно изученным [1].

Целью настоящего исследования явилась разработка показаний для лечения впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания в амбулаторных условиях и оценка эффективности лечения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе ГУЗ «Областной противотуберкулезный диспансер им. М.Б. Стоюнина» г. Иванова. Под на-

блюдением находились 70 больных с впервые выявленным туберкулезом органов дыхания. Основную (I) группу составили 39 пациентов, которые получали полный курс противотуберкулезной терапии амбулаторно. В группу сравнения (II) входили лица с аналогичной патологией, но получавшие лечение в стационаре, — 31 человек.

Распределение больных по клиническим формам туберкулеза в группах было идентичным. Плеврит в каждой из групп отмечался в 1 наблюдении (по 3%); очаговый процесс — у 18 (46%) больных I группы и у 10 (32%) — контрольной; инфильтративный туберкулез — у 20 больных в каждой из групп (соответственно 51 и 64%). Распространенность инфильтративного туберкулеза чаще ограничивалась 1—2 сегментами. Фаза распада при инфильтративном туберкулезе была выявлена у 12 (31%) пациентов I группы и у 6 (30%) — II.

Glotova E.V., Chebotaryova T.V., Oblogina L.I., Mityunina L.I., Andreyeva O.V.

CHEMOTHERAPY OPTIMIZATION MEANS IN OUT-PATIENTS WITH INITIAL TUBERCULOSIS OF RESPIRATORY ORGANS

ABSTRACT The results of controlled chemotherapy in 39 out-patients with initial tuberculosis of respiratory organs in comparison with 31 in-patients with the same pathology were analysed. All patients were managed according to I or III chemotherapy regime by controlled method. The management results proved to be the same in both groups: closure of disintegration cavities and sputum abacillosis in 100% subjects. Indications for controlled treatment of out-patients with initial tuberculosis of respiratory organs were worked out.

Key words: tuberculosis, out-patients treatment, chemotherapy.

Осложнений туберкулезного процесса не было ни в одном наблюдении I группы. В контрольной группе осложнения выявлены у 3 больных (10%) — $p < 0,05$. Это плеврит и инфильтративный туберкулез среднедолевого бронха. Бактериовыделение преимущественно культуральным методом обнаружено у 12 больных (31%) I группы и у 13 пациентов (42%) контрольной при инфильтративном туберкулезе легких. Множественная лекарственная устойчивость была выявлена у 3 больных: у 1 из I и у 2 из II группы. Контакт с больными туберкулезом удалось выявить у 15 (38%) больных I группы и у 5 (16%) пациентов II группы.

Среди лиц основной группы преобладали молодые люди работоспособного возраста: от 20 до 30 лет — 51%, 31—40 лет — 26%, и менее четверти больных — старше 40 лет. Для сравнения: в стационарных условиях достоверно чаще преобладали лица старше 40 лет — 52% ($p < 0,05$).

В обеих группах преобладали работающие пациенты: 62% в основной и 74% в контрольной. Неработающие в основной и контрольной группах также распределились равномерно (31 и 25% соответственно); они были склонны к злоупотреблению алкоголем (33 и 42% соответственно).

Среди больных, получавших амбулаторное лечение, женщин было 46% (18 человек), в то время как в стационаре — 32% (10 больных). Причинами предпочтения амбулаторного лечения у женщин оказался уход за несовершеннолетними детьми — 33% (6 женщин) и работа или учеба — 28% (5). У мужчин в 48% случаев (10 больных) основной причиной лечения в поликлинике являлась работа, а в 29% — злоупотребление алкоголем. Беседы с больными показали, что выбор работающими пациентами амбулаторного лечения обусловлен желанием не потерять работу у частных предпринимателей или трудом без официального оформления, когда больничный лист не оплачивался.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Не предъявляли жалоб и считали себя клинически здоровыми 54% больных I группы (21 человек) и 48% контрольной (15 пациентов) ($p > 0,05$). Но во II группе оказалось больше пациентов, имеющих симптомы интоксикации: 16 (52%) больных, в то время как в основной их было всего 8 человек — 21% ($p < 0,05$).

Фоновые заболевания (анемия, хронический бронхит, хронический алкоголизм, гепатит)

достоверно чаще встречались у лиц контрольной группы — 68% (21 больной), по сравнению с I, где их было 46% (18 пациентов). Анемию мы рассматривали как следствие основного заболевания, и она наблюдалась у 7 и 12 пациентов в обеих группах.

Лечение осуществлялось по стандартным режимам химиотерапии (РХТ) согласно приказу № 109 МЗ РФ от 23.03.03: по I РХТ лечились 5 больных из основной группы и 6 из группы сравнения. Остальные получали лечение по III РХТ, которое включало два этапа: интенсивную фазу лечения (ИФЛ) и фазу продолжения лечения (ФПЛ). В течение ИФЛ (2—3 месяца) больной должен был получить не менее 60 доз, скомбинированных из 4 противотуберкулезных препаратов (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол). ФПЛ длилась 4 месяца, за которые пациент получал минимум 120 доз двух противотуберкулезных препаратов (изониазида и рифампицина). Обязательным условием противотуберкулезной терапии является контролируемость: ежедневно больной принимал лекарства в присутствии медицинской сестры, выдача препаратов на руки не допускалась. После приема препаратов ставилась соответствующая отметка в процедурном листе. Если пациент по каким-либо причинам не являлся в процедурный кабинет, патронажная медицинская сестра приносила ему лекарства на дом. Больным основной группы, получавшим лечение в поликлинике, оплачивался проезд в общественном транспорте к месту лечения и обратно. Кроме того, лицам, добросовестно относившимся к лечению, дважды в месяц выдавались продуктовые наборы на сумму 150 рублей. Безусловно, подобного рода социальная поддержка являлась стимулом к регулярному лечению [3—6].

При анализе эффективности лечения по окончании интенсивной фазы абациллирование было достигнуто у 100% лиц в обеих группах, закрытие полостей распада у 75% в основной и у 89% в группе сравнения ($p > 0,05$). По окончании ФПЛ показатель закрытия полостей распада также достиг 100%.

Следует отметить, что при отсутствии различий в эффективности противотуберкулезной терапии в I и II группах, лечение в условиях поликлиники является экономически более выгодным, поскольку не требуется затрат на содержание больных.

ВЫВОДЫ

1. Среди больных, находившихся на амбулаторном лечении, преобладали лица молодого трудоспособного возраста, не желающие терять работу, женщины, имеющие несовершеннолетних детей, а также лица, злоупотребляющие алкоголем, отказывающиеся от стационарного режима. Эта группа пациентов характеризовалась в основном ограниченными формами туберкулезного процесса и скудным бактериовыделением.
2. В результате проведения основного курса химиотерапии контролируемым методом в амбулаторных условиях, так же, как и в условиях стационара, у 100% больных

можно достичь абациллирования и закрытия полостей распада при отсутствии экономических затрат на содержание пациентов в стационаре.

3. Амбулаторное контролируемое лечение впервые выявленного туберкулеза органов дыхания показано лицам молодого возраста с ограниченными, неосложненными формами туберкулеза, со скудным бактериовыделением, при отсутствии симптомов интоксикации и сопутствующих заболеваний. При соблюдении данных рекомендаций эффективность контролируемой химиотерапии в амбулаторных условиях составляет 100%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильева И. А., Андреевская С.Н., Смирнова Т.Г., Черноусова Л.Н., Чуканов В.И. Эффективность химиотерапии туберкулеза у больных, выделяющих лекарственно-устойчивые штаммы *M. Tuberculosis* с различными генотипами // Пробл. туберкулеза и болезней легких. — 2004. — № 8. — С. 25—27.
2. Гурылева М.Э., Герасимова О.И. Характеристика качества жизни больных туберкулезом органов дыхания при амбулаторном режиме лечения // Пробл. туберкулеза. — 2002. — № 8. — С. 10—12.
3. Мельник В.М. Эпидемиологическое значение эффективности лечения больных туберкулезом // Пробл. туберкулеза. — 2002. — № 4.
4. Методика оценки эпидемиологических показателей по туберкулезу легких и эффективности противотуберкулезных мероприятий // Пробл. туберкулеза. — 2002. — № 4. — С. 5—9.
5. Мишин В.Ю., Чуканов В.И., Васильева И.А. Эффективность лечения туберкулеза легких, вызванного микобактериями с множественной лекарственной устойчивостью // Пробл. туберкулеза. — 2002. — № 12. — С. 18—23.
6. Мишин В.Ю. Актуальные вопросы туберкулеза органов дыхания. — М. : «Триада», 2003. — 88 с.

Поступила 23.06.2005 г.