

УДК 616.24-002.5-076:616.15

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВОМ ТУБЕРКУЛЕЗА В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Доц. П. И. Потейко, проф. В. С. Крутько, А. В. Рогожин, О. С. Константиновская,
доц. Л. В. Лебедь, доц. Т. В. Сокол, канд. мед. наук А. А. Ляшенко, Н. П. Сема*

**Харьковская медицинская академия последипломного образования,
*Харьковский областной противотуберкулезный диспансер № 7**

Проведен анализ эффективности лечения 40 больных с рецидивом туберкулеза легких, которым проводилась противотуберкулезная терапия (интенсивная фаза) в условиях дневного стационара. Установлено, что успешное лечение данных пациентов возможно при выявлении малых форм туберкулеза без бактериовыделения и распада, при отсутствии тяжелых сопутствующих заболеваний, а также при строгом контроле основного курса лечения.

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ РЕЦИДИВОМ ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УМОВАХ ДЕННОГО СТАЦІОНАРУ

Доц. П. І. Потейко, проф. В. С. Крутько, А. В. Рогожин,
О. С. Константиновська, доц. Л. В. Лебідь, доц. Т. В. Со-
кол, канд. мед. наук О. О. Ляшенко, Н. П. Сьома*

Проаналізовано ефективність лікування 40 хворих на рецидив туберкульозу легень, яким проводили протитуберкульозну терапію (інтенсивна фаза) в умовах денного стаціонару. Визначено, що успішне лікування цих пацієнтів можливе в разі виявлення малих форм туберкульозу без бактеріовиділення й розпаду, за відсутності тяжких супутніх захворювань, а також під суворим контролем основного курсу лікування.

TREATMENT OF PATIENTS WITH RELAPSE OF TUBERCULOSIS IN THE CONDITIONS OF A DAY HOSPITAL

P. I. Poteiko, V. S. Krutko, A. V. Rogozhin,
O. S. Konstantinovskaya, L. V. Lebid, T. V. Sokol,
A. A. Liashenko, N. P. Syoma

The analysis of efficiency of treatment of 40 patients with relapse of the pulmonary tuberculosis is carried out. Antitubercular therapy (an intensive phase) was spent in the conditions of a day hospital. It is defined, that successful treatment of these patients is possible at revealing of small forms of tuberculosis, without M. tuberculosis in sputum, without cavities, serious accompanying diseases, and also at strict controlling of a basic course of treatment.

Туберкулез в настоящее время является актуальной медико-социальной проблемой не только в Украине, но и во всем мире. Согласно мировой статистике, ежегодно во всем мире от туберкулеза умирает около 2 млн человек. Ситуация по туберкулезу в Украине остается сложной — начиная с 1995 г. зарегистрирована эпидемия туберкулеза [4]. По статистическим данным, заболеваемость в Украине в 2011 г. составила 67,2 на 100 тыс. населения, в Харькове и Харьковской области — 52,7 на 100 тыс. населения. Количество рецидивов туберкулеза в Харьковской области составило в 2011 г. 8,8 на 100 тыс. населения, в 2010 г. — 9,7 на 100 тыс. населения (в 2011 г. снизилось на 1,6% по сравнению с 2010 г.). Рецидив туберкулеза может быть зарегистрирован у больного, который успешно окончил полный курс антимикобактериальной терапии и считался излеченным или закончил

основной курс лечения с результатом «лечение завершено» и у него повторно определяется активный туберкулезный процесс. Рецидив туберкулеза может быть с выделением микобактерий туберкулеза (МБТ+), без выделения микобактерий туберкулеза (МБТ–), с деструкцией легочной ткани (дестр+) или без нее (дестр–) [3, 4].

Рецидивы туберкулеза органов дыхания протекают значительно тяжелее, чаще переходят в хроническое течение и приводят к более высокой смертности по сравнению с впервые выявленным процессом [2]. Лечение таких пациентов оказывается более длительным, дорогостоящим и менее эффективным [6]. Приверженность больных данной категории к лечению низкая, так как курс терапии в стационаре требует снова надолго покинуть семью, дом, работу. Поэтому многие пациенты, не выделяющие МБТ и не представляющие

эпидемиологической опасности для окружающих, предпочитают получать лечение в условиях дневного стационара.

Цель работы — анализ эффективности лечения больных с рецидивом туберкулеза в условиях дневного стационара.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С момента организации дневного стационара на базе ОКПТД № 7 г. Харькова (сентябрь 2009 г. по январь 2012 г.) мы наблюдали 40 пациентов с диагнозом «рецидив туберкулеза» (РТБ). Среди пациентов было 9 женщин и 31 мужчина. Средний возраст составил 45,6 лет: 9 (22,5%) человек в возрасте от 18 до 30 лет, 5 (12,5%) человек — от 30 до 40 лет, 8 (20%) человек — 40–50 лет и 18 (45%) человек — старше 50 лет. По социальному составу пациенты распределились следующим образом: неработающие — 23 человека (из них 4 пенсионера и 4 инвалида II–III группы), служащие — 11 человек, рабочие — 5 и учащийся — 1.

Самостоятельно за медицинской помощью обратились 7 человек, 33 были выявлены при очередном рентгенологическом обследовании в противотуберкулезном диспансере (ПТД) [1]. По клиническим формам преобладал рецидив в виде инфильтративного туберкулеза — у 37 (92,5%) пациентов, у 2 (5%) — очагового, у 1 (2,5%) — сочетание инфильтративного туберкулеза и экссудативного плеврита.

У 30% (12 чел.) пациентов изменения были обнаружены в верхней доле правого легкого, у 17,5% (7 чел.) — в правом легком, у 17,5% (7 чел.) — в обоих легких, у 12,5% (5 чел.) — в верхних долях легких, у 7,5% (3 чел.) — в верхней доле левого легкого, у 5% (2 чел.) — в нижней доле левого легкого, у 7,5% (3 чел.) — в левом легком, у 2,5% (1 чел.) — туберкулез бронхов [2, 5]. У 10 пациентов были диагностированы сопутствующие заболевания, у 2 — беременность (табл. 1).

У 7 (17,5%) пациентов из всей группы в прошлом применялось хирургическое лечение по поводу туберкулеза легких: у 4 человек была проведена резекция двух сегментов, у 3 — одного.

В среднем рецидив туберкулеза у данных пациентов наступил через 7 лет после впервые диагностированного туберкулеза (ВДТБ).

У 2 (5%) больных при поступлении определялась деструкция легочной ткани. У всех пациентов бактериоскопически микобактерии в мокроте перед началом лечения не были обнаружены.

Таблица 1
Сопутствующие болезни

Диагноз	Абс.	%
Сахарный диабет	2	16,6
Хронический вирусный гепатит	2	16,6
Ахалазия пищевода	1	8,3
ВИЧ-инфекция	2	16,6
Гипофизарный нанизм	1	8,3
Катаракта	2	16,6
Беременность	2	16,6
Всего	12	100

Из 40 пациентов 17 (42,5%) человек при поступлении предъявляли жалобы в различных сочетаниях, 7 (41,2%) из них — активно, 10 (58,8%) — при тщательном расспросе (табл. 2).

Таблица 2
Частота жалоб у больных с рецидивом туберкулеза легких в дневном стационаре

Жалобы	Абс.	%
Кашель	14	35
Слабость	10	25
Одышка	8	20
Отделение мокроты	8	20
Повышение температуры тела (субфебрилитет)	5	12,5
Боль на стороне поражения	1	2,5

У остальных пациентов жалоб при поступлении не было, проявлений интоксикационного синдрома не установлено.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Всем больным в условиях дневного стационара проводилось детальное обследование с помощью клиничко-рентгенологических и лабораторных методов. Применялись как обязательные (рентгенологическое исследование, многократное исследование мокроты на микобактерии туберкулеза (МБТ), общий анализ крови и мочи), так и дополнительные и факультативные методы (проба Манту с 2 ТЕ, расширенная бактериологическая диагностика, углубленное рентгенологическое исследование, бронхоскопия).

Все пациенты получали лечение согласно приказу МЗ Украины № 384 по категории 2 [4]. В интенсивную фазу 35 пациентов получали: изониазид (H), рифампицин (R), пипразинамид (Z), этамбутол (E) — по 90 доз и стрептомицин (S) — 60 доз. Пятерым больным проводилось лечение по индивидуализированной схеме в связи с наличием противопоказаний и/или появлением побочных действий — в схему был включен препарат фторхинолонового ряда [3, 4].

Во время лечения у троих пациентов (7,5%) наблюдались побочные проявления: у 2 (5%) — после инъекций стрептомицина появилась аллергическая реакция в виде кожных высыпаний, у 1 (2,5%) — неприятный привкус во рту после приема этамбутола. Данные препараты были отменены, к лечению был присоединен препарат фторхинолонового ряда (левофлоксацин). Двум больным (2,6%) с патологией органов зрения этамбутол не назначался.

В результате лечения в дневном стационаре у 36 (90%) пациентов наблюдалась положительная рентгенологическая динамика в виде частичного рассасывания, уменьшения размеров инфильтрации и уплотнения очаговых теней, у всех больных с деструкцией легочной ткани (2 чел.) полости распада закрылись. У пациентов с наличием жалоб при поступлении значительно уменьшился кашель, прекратилось отделение мокроты, нормализовалась температура тела. У одного больного с сочетанием инфильтративного туберкулеза и плеврита уменьшилась боль на стороне поражения.

По окончании интенсивной фазы лечения терапия была продолжена в условиях санатория, либо амбулаторно.

У трех пациентов (7,5%) результаты лечения не анализировались: двое больных выписаны за нарушение режима, одна больная — из-за беременности.

В связи с торпидным течением туберкулеза, наличием сопутствующей патологии (ахалазия пищевода, которая снижает эффективность лечения путем приема противотуберкулезных препаратов *per os*) одна больная (2,5%) была переведена в обычный стационар для продолжения лечения.

Лечение в условиях дневного стационара является одним из важных этапов длительной химиотерапии больных туберкулезом. Учитывая современные социально-экономические условия, госпитализация всех больных туберкулезом легких малоосуществима и нецелесообразна. Проведение успешного амбулаторного лечения больных с рецидивом туберкулеза легких в условиях дневного стационара возможно при выявлении малых форм туберкулеза без бактериовыделения и распада, при отсутствии тяжелых сопутствующих заболеваний, а также при строгом контроле основного курса лечения.

ВЫВОДЫ

1. Больные туберкулезом, не опасные эпидемиологически, не выделяющие МБТ в окружающую среду, могут получать лечение в условиях дневного стационара.

2. Большинство пациентов дневного стационара — социально благополучные, работающие, имеющие семью. Данный контингент пациентов более дисциплинирован в приеме противотуберкулезных препаратов.

3. Пребывание в условиях дневного стационара во время интенсивной фазы увеличивает приверженность больных к лечению.

4. Организация дневных стационаров на базе ОПТД для лечения больных малыми формами туберкулеза целесообразна, перспективна и обеспечивает эффективную химиотерапию больных с рецидивом туберкулеза легких без бактериовыделения, тяжелых сопутствующих заболеваний и устойчивости МБТ при строгом контроле основного курса лечения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Компьютерная томография легких в диагностике туберкулеза органов дыхания / П. И. Потейко, В. С. Крутько, О. С. Шевченко [и др.]. — Х.: Апостроф, 2011. — 162 с.
2. Клинические и микробиологические особенности рецидивов туберкулеза органов дыхания / О. В. Рукосуева, И. А. Васильева, В. А. Пузанов [и др.] // Проблемы туберкулеза — 2008. — № 10. — С. 28–31.
3. Про затвердження Протоколу надання медичної допомоги хворим на туберкульоз: Наказ МОЗ України № 384 від 09.06.2006 р.
4. Про затвердження Інструкцій надання медичної допомоги хворим на туберкульоз: Наказ МОЗ України № 385 від 09.06.2006 р.
5. Туберкулез. Руководство для врачей / под ред. А. Г. Хоменко — М.: Медицина, 1996. — 496 с.
6. Эффективность лечения больных с рецидивами туберкулеза легких / О. В. Рукосуева, И. А. Васильева, В. А. Пузанов, В. А. Козлов // Матер. науч.-практ. конф. молодых ученых, посвященной Всемирному дню борьбы с туберкулезом «Новые технологии в эпидемиологии, диагностике и лечении туберкулеза взрослых и детей». — М.: ЦНИИТ РАМН, 2009. — С. 77–78.