

А.Е. Скрягин², Е.С. Баушева², Т.С. Яцевич²,
О.Г. Атаманова¹, М.И. Дюсьмикеева¹

¹ ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии», г. Минск,

² УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск

Интенсивная терапия туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью

Введение. В настоящий момент весь мир охвачен проблемой распространения туберкулеза (ТБ), характеризующегося устойчивостью к лекарственным средствам. По данным ВОЗ, в 2010 г. Беларусь была на шестом месте среди восемнадцати европейских стран с самым высоким уровнем распространения туберкулеза. С каждым годом регистрируется все больше случаев заболевания туберкулезом, устойчивым к 2-м и более противотуберкулезным лекарственным средствам (ПТЛС), в том числе к изониазиду и рифампицину, т. е. туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ). Наиболее подвержены этой проблеме страны бывшего Советского Союза, включая Беларусь. Среди регионов с наибольшим распространением МЛУ-ТБ Беларусь уверенно занимает первое место, опережая такие страны, как Азербайджан, Узбекистан, Молдова, а также Китай и Африканские страны. За последние пять лет количество пациентов с МЛУ-ТБ увеличилось в четыре раза, количество пациентов с туберкулезом с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ – МЛУ-ТБ плюс дополнительная устойчивость к любому инъекционному ПТЛС второго ряда и фторхинолону) – в 10 раз. Уже более тысячи пациентов в стране не могут получать адекватное лечение в связи с устойчивостью микобактерий туберкулеза ко всем противотуберкулезным препаратам (полная лекарственная устойчивость, ПЛУ-ТБ). Среди вновь выявленных случаев туберкулеза МЛУ-ТБ составляет 32 %, а среди рецидивов – 76 %. Таким образом, каждый третий случай вновь выявленного ТБ имеет устойчивость к ПТЛС первой линии. Что касается ШЛУ, то среди вновь выявленных случаев ТБ 7,6 % пациентов имеют резистентность к препаратам второй линии.

При общем снижении заболеваемости ТБ в Беларуси, остро стоит проблема распространенности ВИЧ-ассоциированного ТБ (ВИЧ/ТБ). Более половины смертельных случаев при ВИЧ-инфекции обусловлено наличием ТБ. Среди ВИЧ-положительных пациентов уровень впервые выявленного МЛУ-ТБ достигает более 50 %. А при рецидивах ВИЧ/ТБ вероятность возникновения лекарственной устойчивости достигает 100 %, из которых 20 % составляет ШЛУ.

Наиболее важным фактором в развитии мультирезистентного туберкулеза является история предшествующего лечения. К другим факторам риска относятся: ВИЧ-инфекция, предыдущее пребывание в местах лишения свободы, инвалидность, алкоголизм и курение в анамнезе.

Случаи ТБ, требующие интенсивной терапии, составляют 1–3 % от общего количества пациентов с ТБ. В связи с распространением М/ШЛУ-ТБ и ВИЧ/ТБ, а также расширением показаний для оперативного лечения ТБ, возникает необходимость в увеличении числа коек в отделении интенсивной терапии и реанимации (ОИТР).

Цель исследования: изучить факторы риска развития состояний, требующих госпитализации в ОИТР и детерминанты внутрибольничной смертности пациентов с ТБ.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное изучение медицинской документации (журнал ОИТР, истории болезни, данные организационно-методического кабинета) пациентов, госпитализированных в ОИТР ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» за период с 1 января 2010 г. по 31 декабря 2012 г.

Количество обследованных пациентов составило 239 человек, из них с МЛУ-ТБ было 37 пациентов (15,5 %), с ШЛУ-ТБ – 25 пациентов (10,5 %), с ВИЧ/ТБ – 16 пациентов (6,7 %), в том числе у 10 пациентов с ВИЧ/ТБ (4,2 %) выявлена МЛУ микобактерий туберкулеза (МБТ).

У 42 пациентов (17,6 %) имелись внелегочные формы туберкулеза, в т. ч. у 14 (5,9 %) – туберкулезный менингит и менингоэнцефалит, у 13 (5,4 %) – туберкулез мочеполовых органов, у 10 (4,2 %) – туберкулезный спондилит и у 5 (2,1 %) – туберкулез внутригрудных лимфатических узлов.

Результаты исследования. Анализ результатов лечения 239 пациентов с туберкулезом легких с известной чувствительностью МБТ к ПТЛС, получавших лечение в ОИТР ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии», показал, что успешное лечение было зарегистрировано у 166 пациентов (69,5 %), в том числе у 17 пациентов (45,9 %) с МЛУ-ТБ, у 12 пациентов (48,0 %) с ШЛУ-ТБ и у 6 пациентов (37,5 %) с ВИЧ/ТБ, включая 2 пациентов (20,0 %) с ВИЧ/ТБ с МЛУ МБТ.

Из 239 пациентов, наблюдавшихся в ОИТР, 73 пациента (30,5 %) умерли, в том числе 20 пациентов (54,1 %) с МЛУ-ТБ, 13 пациентов (52,0 %) с ШЛУ-ТБ и 10 пациентов (62,5 %) с ВИЧ/ТБ, в том числе 8 пациентов (80,0 %) с ВИЧ/ТБ с МЛУ МБТ.

Среди 42 пациентов с внелегочными формами туберкулеза успешное лечение было зарегистрировано у 33 пациентов (78,6 %), умерло 9 пациентов (21,4 %), в том числе 7 пациентов (16,7 %) – от туберкулезного менингита и менингоэнцефалита.

В ходе настоящего исследования было установлено, что развитие М/ШЛУ-ТБ и сопутствующая ВИЧ-инфекция значительно увеличивают риск поступления в ОИТР (OR 2,56 и OR 4,76 соответственно). Так, если в общем по клинике из 5442 пациентов с ТБ 223 (4,1 %), т. е. каждый 24-й пациент, наблюдались в ОИТР, то при развитии М/ШЛУ-ТБ тер-

апию в ОИТР проходили 62 из 665 пациентов (9,3 %), т. е. каждый 11-й пациент, а при сопутствующей ВИЧ-инфекции терапию в ОИТР проходили 16 из 82 пациентов (19,5 %), т. е. каждый 5-й пациент.

Развитие лекарственной устойчивости и сопутствующая ВИЧ-инфекция увеличивают риск смерти при ТБ более чем в 2 раза. МЛУ МБТ при ВИЧ/ТБ увеличивает риск смерти практически в 3 раза по сравнению с пациентами с ТБ и в 1,5 раза по сравнению с пациентами с МЛУ-ТБ без сопутствующей ВИЧ-инфекции (OR 2,82 и OR 1,5 соответственно).

Также предметом исследования являлись сопутствующие патологии как факторы риска смерти. Наиболее распространенными явились такие патологии как ишемическая болезнь сердца и артериальная гипертензия (54,8 %), анемии различного генеза (34,2 %, OR 2,59, 95 %CI: 0,79–4,40), гепатиты, в том числе токсические (27,4 %, OR 3,54, 95 %CI: 1,59–5,50), синдром плеврального выпота (24,7 %, OR 3,07, 95 %CI: 1,09–5,06), сахарный диабет (21,9 %, OR 2,91, 95 %CI: 0,9–4,95), ХОБЛ (16,4 %, OR 2,28, 95 %CI: 0,1–4,45), острый и хронический панкреатиты (16,4 %, OR 3,42, 95 %CI: 1,12–5,72), а также такие факторы, как курение (52,1 %, OR 2,04, 95 %CI: 0,34–3,74) и алкогольная болезнь (41,1 %, OR 2,64, 95 %CI: 0,89–4,39).

Среди смертельных осложнений у пациентов с ТБ в ОИТР первое место занимает сердечно-легочная недостаточность (рис. 1).

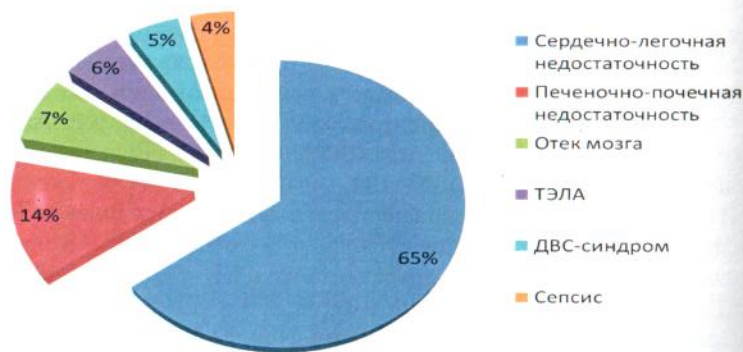


Рис. 1. Смертельные осложнения у пациентов с туберкулезом в ОИТР

Таким образом, лечение пациентов с МЛУ-ТБ и ВИЧ/ТБ отличается низкой эффективностью, что характеризуется более высокой летальностью.

Развитие М/ШЛУ-ТБ и сопутствующая ВИЧ-инфекция значительно увеличивают риск поступления пациентов в ОИТР.