

Мухтаров Д.З., Саидова Ш.М., Каландарова Л.Н.

**КДТ КУРГАК УЧУКТУ АМБУЛАТОРДУК ЖАНА СТАЦИОНАРДЫК БЕЙТАПКА
БАГЫТТАЛГАН ДАРЫЛОО ТЕРАПИЯСЫ**

Мухтаров Д.З., Саидова Ш.М., Каландарова Л.Н.

**ПАЦИЕНТ ОРИЕНТИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ МЛУ ТБ –
АМБУЛАТОРНОЕ, ИЛИ СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

D.Z. Muhtarov, Sh.M. Saidova, L.N. Kalandarova

**PATIENT ORIENTED THERAPY MDR TB – AMBULATION, OR HOSPITAL
TREATMENT**

УДК: 616.24-002.5-085

Жүргүзүлгөн изилдөөлөр, 111 (86%) ооруканага жаткырылган бейтаптарга караганда 45 (55%) амбулатордук дарыланган бейтаптарда дарыларга терс көрүнүштөр катталгандыгын көрсөттү. Дарылоонун интенсивдүү фазасын амбулатордуу алган бейтаптардын дарылануусунун жыйынтыктары ооруканада дарылангандарга окшош. КДТ КУ дарылоонун интенсивдүү фазасын амбулатордук түрдө баштаса болот, эгер кылдаттык менен мониторинг кылынып жана бааланса, өзгөчө дарыларга болгон терс көрүнүштөрдү каттап жана алып жүрүүдө. Амбулатордук дарылоо бейтап үчүн ыңгайлуу, ресурстарды керектөөнү азайтат, медициналык кызматкерлердин ооруканадан КДТ КУ штаммдарды жугуздуруп алуу коркунучун азайтат.

Негизги сөздөр: *Кургак учук, көп дарыга туруктуу кургак учук, экинчи катардагы дарылар менен дарылоо, ооруканада даарылоо, амбулатордук дарылоо, терс көрүнүштөр, Дарылоонун натыйжалуулугу*

Проведенные исследования показали, что побочные реакции на лекарства были зарегистрированы у 45 (55%) пациентов на амбулаторном лечении по сравнению с 111 (86%) госпитализированными пациентами. Исходы лечения пациентов с МЛУ ТБ, проходивших интенсивную фазу лечения амбулаторно, были схожи с исходами лечения госпитализированных пациентов. Интенсивную фазу лечения больных МЛУ ТБ можно начать в амбулаторных условиях, при условии с тщательным мониторингом и оценкой, особенно в отношении регистрации и ведения нежелательных побочных реакций на лекарства. Амбулаторное лечение является удобной для пациентов, снижает потребление ресурсов, сопровождается меньшей вероятностью нозокомиального заражения медицинского персонала штаммами МЛУ ТБ в стационаре.

Ключевые слова: *туберкулез, мультирезистентный туберкулез, лечение препаратами второго ряда, стационарное лечение, амбулаторное лечение, побочные реакции, эффективность лечения.*

Studies have shown that adverse drug reactions have been reported in 45 (55%) patients on outpatient treatment, compared with 111 (86%) in hospitalized patients. The outcomes of treatment for patients with MDR-TB who underwent an intensive phase of outpatient treatment were similar to the outcomes of treatment for hospitalized patients. An intensive phase of MDR-TB treatment can be started on an outpatient basis, with careful monitoring and evaluation, especially with regard to the registration and management of unwanted adverse drug reactions. Out-patient treatment is

convenient for patients, reduces consumption of resources, is accompanied by a lower probability of nosocomial infection of medical personnel with MDR-TB strains in the hospital.

Key words: *tuberculosis, multidrug-resistant tuberculosis, second-line treatment, inpatient treatment, outpatient treatment, adverse reactions, treatment effectiveness.*

Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью и широкой лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ) представляет собой растущую угрозу для глобальной борьбы против ТБ. Курс лечения, который длится обычно до 24 месяцев, и среди них лечение было успешным у менее чем 50% [1].

На глобальном уровне во многих странах лечение больных МЛУ ТБ в интенсивной фазе курса проводят в условиях стационара. Так как эта фаза лечения длится по крайней мере 6 месяцев, такая длительная госпитализация часто ведет к проблеме нехватки коек, сопряжена с риском нозокомиального повторного инфицирования больным другим штаммом *Mycobacterium tuberculosis*, а также не удобна для пациентов [2].

В связи с непрерывным улучшением методов выявления и определения лекарственной чувствительности и все более широким применением методов быстрой диагностики, таких как Xpert MBT/RIF, HAIN test МЛУ ТБ диагностируется у пациентов с ограниченными процессами, на ранних стадиях болезни. Одним из приоритетных глобальных целевых показателей в отношении МЛУ ТБ является обеспечение незамедлительного и непрерывного лечения пациентов с диагнозом МЛУ ТБ [1,3]. Но зачастую при установлении МЛУ ТБ в ранних стадиях болезни больные чувствуют себя удовлетворительно, и не считают себя больным, отрицательно реагируют на предложения госпитализировать.

Традиционно национальные программы по борьбе с ТБ предписывают стационарное лечение больных с МЛУ ТБ, поскольку считается, что это позволяет вести более эффективный мониторинг побочных реакций на принимаемые лекарства. Действующие руководства Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по лечению МЛУ ТБ условно рекомендуют амбулаторную, а не

стационарную модель оказания медицинской помощи [4,5,6].

Цель исследования: сравнить характеристики, переносимость химиопрепаратов и исходы лечения больных МЛУ ТБ, проходивших интенсивную фазу лечения ТБ в амбулаторных условиях и в условиях стационара.

Материалы и методы исследования. Данная работа выполнена в рамках пилотного проекта по изучению эффективности амбулаторного лечения МЛУ ТБ. Изучены результаты лечения 211 больных с МЛУ ТБ легких, из них 129 (61%) начали и завершили интенсивную фазу лечения в стационаре (контрольная группа), а 82 (39%), начали и завершили интенсивную фазу на амбулаторной основе (основная группа). У всех больных изучены социально-демографические характеристики, клинические особенности, сопутствующие заболевания. Исходные характеристики больных приведены в таблице 1.

Таблица 1 – Характеристики пациентов с туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью

Характеристики	Амбулаторное лечение, N (%)	Лечение в стационаре, N (%)	P значение
Всего	82	129	
Пол			
Мужской	50 (61)	89 (69)	0,231
Женский	32 (39)	40 (31)	
Возраст (среднее + SD) лет	45,1 (±1,3)	42,0 (±1,1)	0,07
Образование			
Начальное или Среднее	52 (64)	108 (83)	0,156
Высшее	10 (12)	9 (7)	
Без образования	6 (7)	7 (6)	
Нет данных	14 (17)	5 (4)	
Семейное положение			
Одинокий /ая	16 (20)	36 (28)	0,098
Состоит в браке	46 (56)	78 (60)	
Разведен/а	13 (16)	11 (9)	
Вдова/Вдовец	3 (4)	3 (2)	
Нет данных	4 (5)	1 (1)	
Занятость			
Работает	9 (11)	10 (8)	0,213
Безработный/ая	48 (58)	89 (70)	
На пенсии	7 (9)	4 (3)	
Инвалидность	18 (22)	24 (18)	
Иждивенец	0	2 (2)	
Вич-статус*			
Положительный	8 (10)	7 (5)	0,223
Отрицательный	73 (89)	122 (94)	
Нет данных	1 (1)		
Сахарный диабет*			
Да	6 (7)	1 (8)	0,779

Нет	74 (91)	117 (91)	
Нет данных	2 (2)	1 (1)	
Злоупотребление алкоголем*			
Да	14 (17)	14 (11)	0,135
Нет	61 (75)	112 (87)	
Нет данных	7 (8)	3 (2)	
Курение*			
Да	42 (51)	68 (53)	0,415
Нет	28 (34)	58 (45)	
Нет данных	12 (15)	3 (2)	
Тип МЛУ-ТБ			
Новые случаи	17 (21)	24 (19)	0,703
Ранее леченные случаи	65 (79)	105 (81)	

Результаты исследования. Между двумя группами не было статистически значимых различий в отношении социально-демографических характеристик, клинических особенностей или сопутствующих заболеваний. Исходы лечения двух групп пациентов приведены в таблице 2. По исходам лечения значимых различий не было, за исключением более высокой доли пациентов, завершивших лечение при отсутствии бактериологии, в амбулаторной группе по сравнению с группой госпитализированных больных ($P < 0,01$). Среди пациентов с неблагоприятными исходами лечения часто было неэффективным, что составило около 25% от всех исходов в обеих группах.

Таблица 2 – Исходы лечения пациентов с ТБ с множественной лекарственной устойчивостью

Характеристики	Амбулаторное лечение, N (%)	Лечение в стационаре, N (%)	P значение
Всего пациентов	82	129	
Успешное лечение	52 (63)	68 (53)	0,126
Излечение	38 (46)	63 (49)	0,72
Лечение завершено	14 (17)	5 (4)	<0,01*
Безуспешное лечение	30 (37)	61 (47)	0,126
Смерть	5 (8)	17 (16)	0,11
Неэффективное лечение	16 (25)	27 (26)	0,80
Потерян для последующего наблюдения	6 (9)	14 (13)	0,39
Выбыл	3 (5)	3 (3)	0,57

* Точный тест Фишера, так как число пациентов в одной ячейке равно 5.

Побочные реакции на лекарства были зарегистрированы у 45 (55%) пациентов на амбулаторном лечении по сравнению с 111 (86%) госпитализированными пациентами ($P < 0,001$), со стороны желудочно-кишечного тракта наблюдались у 30 (37%) и 105 (81%), гепатотоксичные у 10 (12%) и 32

(25%), нефротоксичные у 1 (1%) и 18 (14%), со стороны центральной нервной системы у 15 (18%) и 77 (60%), патология суставов у 3 (4) 23 (18), со стороны сердечно - сосудистой системы у 4 (5%) и 23 (18%), кожно-аллергические реакции у 3 (4%) и 6 (5%) пациентов на амбулаторном лечении по сравнению с госпитализированными пациентами соответственно. У некоторых пациентов наблюдались два или более разных типов реакций на лекарства.

Выводы. Таким образом, исходы лечения пациентов с МЛУ ТБ, проходивших интенсивную фазу лечения амбулаторно, были схожи с исходами лечения госпитализированных пациентов. Побочные реакции у госпитализированных пациентов отмечались чаще (86%), чем у лечившихся в амбулаторных условиях (55%). Интенсивную фазу лечения больных МЛУ ТБ можно начать в амбулаторных условиях, при условии с тщательным мониторингом и оценкой, особенно в отношении регистрации и ведения нежелательных побочных реакций на лекарства. Амбулаторное лечение является удобной для пациентов, снижает потребление ресурсов, сопровождается меньшей вероятностью нозокомиального заражения медицинского персонала штаммами МЛУ ТБ и ШЛУ ТБ в стационаре, а также с меньшим риском повторного заражения больных ТБ другими штаммами *Mycobacterium tuberculosis*.

Литература:

1. Global tuberculosis report 2015. 20th ed. Geneva: World Health Organization; 2015 [WHO/HTM/TB/2015.22; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/191102/9789241565059_eng.pdf?ua=1, по состоянию на 27 января 2016г.].
2. Bassili A, Fitzpatrick C, Gadeer E, Fatima R, Floyd K, Jaramillo E. A systematic review of the effectiveness of hospital and ambulatory-based management of multidrug-resistant tuberculosis. *Am J Trop Med Hyg.* 2013; 89:271-80. doi: 10.4269/ajtmh.13-0004.
3. Тилляшайхов М.Н., Тураев Л.Т. Обзор общенационального исследования устойчивости к противотуберкулезным препаратам // Республиканская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы фтизиатрии и пульмонологии». – Ташкент, 2012. – С.27-30.
4. План «Остановить ТБ» для 18 наиболее приоритетных стран Европейского региона ВОЗ, 2007 – 2015гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро, Всемирная организация здравоохранения; 2008
5. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/68181/E91049R/pdf, по состоянию на 8 февраля 2016г.].
6. Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis, 2011 update. Geneva: World Health Organization; 2011 [WHO/HTM/TB/2011.6; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44597/1/9789241501583_eng.pdf, по состоянию на 27 января 2016 г.].
7. Companion handbook to the WHO guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis. Geneva: World Health Organization; 2014[WHO /HTM/TB/2014.11; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/130918/1/9789241548809_eng.pdf?ua=1&ua=1, по состоянию на 27 января 2016 г.].

Рецензент: д.м.н. Ташкулова Ф.К.