

**УДК 616.24-002.5:579.873.21:615.281.873.21**

***Султонов Г.И. Махсумова Д.К., Хакимова Р.А.***

***Кафедра фтизиатрии и пульмонологии, микробиологии,  
иммунологии и вирусологии  
Андижанский государственный медицинский институт***

## **МОНИТОРИНГ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИМИОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ДИСПАНСЕРА**

**Резюме:** В последние годы в связи с некоторой стабилизацией экономической ситуации в стране эпидемиологическая ситуация по туберкулезу остается напряженной. В несколько изменившихся социально-экономических условиях, при некоторой стабилизации показателей заболеваемости туберкулезом, и при продолжающемся росте показателей смертности от него, необходимо сосредоточить внимание на инфильтративном туберкулезе легких, так как эта форма туберкулеза является ведущей в структуре заболеваемости туберкулезом органов дыхания и составляет 70-60% среди впервые выявленных больных.

Несмотря, на то, что инфильтративный процесс наиболее перспективен в плане излечения на этапе химиотерапии, результаты ее неудовлетворительные: прекращение бактериовыделения 72,5%; закрытие полостей 64,8%.

**Ключевые слова:** химиотерапия, туберкулез легких, противотуберкулезной диспансер.

***Sultonov G.I. Makhsumova D.K., Khakimova R.A.***

***Department of Phthisiology and Pulmonology, Microbiology,  
immunology and virology  
Andijan State Medical Institute***

## **MONITORING THE EFFICIENCY OF CHEMOTHERAPY EFFICIENCIES IN PATIENTS WITH LUNG TUBERCULOSIS**

**Resume:** In recent years, due to some stabilization of the economic situation in the country, the epidemiological situation of tuberculosis remains tense. In the slightly changed socio-economic conditions, with some stabilization of the incidence rate of tuberculosis, and with a continued increase in mortality rates from it, it is necessary to focus on infiltrative pulmonary tuberculosis, since this form of tuberculosis is the leading one in the structure of the incidence of respiratory tuberculosis and amounts to 70-60 % among newly diagnosed patients.

Despite the fact that the infiltrative process is the most promising in terms of cure at the chemotherapy stage, its results are unsatisfactory: the cessation of bacterial excretion is 72.5%; cavity closure 64.8%.

**Key words:** chemotherapy, pulmonary tuberculosis, TB dispensary.

**Актуальность.** Применение стандартных режимов химиотерапии не обеспечивает достаточного повышения эффективности лечения. Опыт проведения химиотерапии показывает, что эффективность применения того или иного противотуберкулезного препарата зависит от выбора правильных показаний, реально необходимых сроков применения и оценки вероятности нежелательных эффектов[4,6]. Учитывая отсутствие новых противотуберкулезных средств, в последние годы повышение эффективности химиотерапии добиваются только лишь поиском оптимальных сочетаний химиопрепаратов, или применением современных антибиотиков широкого спектра действия[1,3].

Многие предлагаемые в настоящее время схемы лечения носят эмпирический характер, и окончательная оценка эффективности может быть должна только в будущем. В современных эпидемических условиях все чаще врачи-фтизиатры используют возможность индивидуальной

коррекции стандартных режимов химиотерапии с целью достижения максимальной результативности лечебных мероприятий.

В связи с этим актуальным становится планирование и проведение рандомизированных контролируемых исследований, для того, чтобы режимы химиотерапии туберкулеза были научно обоснованы, что позволяет оценить потенциальный вклад определенного препарата, подготовить обоснование необходимости его включения в специально рекомендованные стандарты, протоколы и формуляры лекарственных средств[2,5]. При ограниченном выборе действенных противотуберкулезных средств роль каждого из них очень велика, поэтому особую актуальность приобретает создание методов контроля их использования.

**Цель исследования.** Повышение эффективности комплексного лечения больных туберкулезом легких на основе создания персонифицированного регистра пациентов и мониторинга результативности терапевтических мероприятий.

**Материалы и методы исследования.** Проведен мониторинг эффективности комплексной химиотерапии, в том числе использования резервного препарата «Рифабутин» в суточной дозе 300 мг у 224 пациентов, получавших его в составе комбинированной химиотерапии препаратов основного и резервного рядов, в том числе и рифампицина (основная группа). Контрольную группу составили 144 пациента, получавших основной курс химиотерапии препаратами основного и резервного рядов без применения «Рифабутина».

**Результаты исследования.** Создание персонифицированного регистра больных туберкулезом легких в условиях стационара областного уровня позволило провести мониторинг эффективности стационарного курса лечения, определить эффективность использования резервного противотуберкулезного препарата «Рифабутин», определить его место в

перечне лекарственных средств, выявить причины недостаточной эффективности лечения, что в свою очередь обеспечило контролируемость химиотерапии и повышение ее эффективности.

Комплексная химиотерапия с использованием «Рифабутина» у больных с различными клиническими формами туберкулеза на 15,1% увеличивает частоту закрытия полостей распада ( $p=0,004$ ) и на 15,3% ускоряет рассасывание инфильтративных изменений в ранние сроки лечения ( $p=0,00001$ ); при инфильтративном специфическом процессе повышает результативность рубцевания каверн в 1,6 раза ( $p=0,0005$ ).

При использовании «Рифабутина» в терапии больных туберкулезом легких наиболее эффективным является первый основной курс лечения, проведенный в условиях стационара: при первичном курсе суммарно прекращение бактериовыделения в разных группах пациентов составляет 77,0%, закрытие полостей распада - 49,0%, при повторном - 49,0% и 29,8% соответственно ( $p=0,0001$ ).

«Рифабутин» целесообразно назначать в интенсивную фазу лечения в качестве препарата основного ряда в составе комплексной терапии у вновь выявленных больных при деструктивном инфильтративном туберкулезе легких.

«Рифабутин» хорошо переносится больными туберкулезом легких, число побочных реакций схем лечения с включением «Рифабутина» составляет 2,3%.

Наиболее важными причинами, отрицательно влияющими на эффективность лечения больных туберкулезом легких являются социальные факторы - злоупотребление алкоголем ( $p=0,0001$ ) и пребывание в прошлом в местах лишения свободы ( $p=0,02$ ).

Результаты лечения пациентов при наличии данных социальных факторов по двум основным критериям лечения - абацилированию и закрытию полостей распада - в 2 раза ниже ( $p=0,02$ ), чем у пациентов с

клиническими причинами недостаточной эффективности терапии в виде побочных реакций на препараты и наличие множественной лекарственной устойчивости возбудителя.

Создан персонифицированный регистр больных туберкулезом, получавших курс лечения в стационаре областного уровня, и на его основе проведен мониторинг химиотерапии, в том числе для оценки эффективности использования резервного препарата «Рифабутин». Определены четкие показания для назначения «Рифабутина» в составе комплексной химиотерапии больных туберкулезом легких для обеспечения контролируемости лечения. Обоснована необходимость проведения мониторинга химиотерапии и использования противотуберкулезных средств (на примере «Рифабутина») для обеспечения своевременной корректировки схем лечения, расчета потребности и объемов закупок противотуберкулезных средств, анализа деятельности стационара для принятия административных решений и повышения качества оказания медицинской помощи больным туберкулезом. Это указывает на необходимость постоянного методического сопровождения поставок дорогостоящих лекарственных средств для контроля их клинического использования.

Определены основные причины, отрицательно влияющие на эффективность химиотерапии больных туберкулезом легких в стационарных условиях.

**Вывод.** Полученные результаты мониторинга возможно использовать при создании нормативных документов, регламентирующих стандарты лечения больных туберкулезом.

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

- 1.Абрамов А.В., Коломиец В.М., Кудинов С.М. Эффективность стандартных режимов химиотерапии и причины неудач лечения у социально-

- дезадаптированных лиц // Материалы 7 Российского съезда фтизиатров: сб. науч.тр.- Москва, 2003.- С. 251.
- 2.Борзенко А.С., Спасов А.А. Результаты исследования биодоступности феназида. СПб.: Нева, 2002.- 29 с.
- 3.Егоров А.М., Сазыкин Ю.О. Некоторые проблемы химиотерапии туберкулеза с учетом новых данных о его возбудителе // Антибиотики и химиотерапия. 2000. №5- С. 3-5.
- 4.Липский К.А. Лимфотропная региональная терапия путь к повышению эффективности лечения туберкулеза легких/ К.А. Липский, М.В. Федерова, Е.Ю. Стукалина// Материалы 7 Российского съезда фтизиатров: тез. докл. - М., 2003.- с. 255.
- 5.Avendano M, Goldstein RS. Multidrug-resistant tuberculosis: long term follow-up of 40 non-HIV-infected patients // Can.Respir.J.-2000.-V.7(5).-p.383-389.
- 6.Drobniewski F., Yates M., Ruddy M. Вспышка устойчивого к изониазиду туберкулеза в Лондоне // В кн.: Нозокомиальная туберкулезная инфекция: 1 Российская научно-практическая конференция с международным участием .-М.-2001.- с 50.