

Региональная динамика лекарственной устойчивости у больных туберкулезом в пенитенциарной системе в 2007–2011 гг. (на примере Кировской области)

Федеральное казенное учреждение "Лечебное исправительное учреждение № 12" Управления федеральной службы исполнения наказаний РФ по Кировской области: 613040, Кировская обл., г. Кирово-Чепецк

V.S.Borovitsky

Regional monitoring of drug resistance in patients with pulmonary tuberculosis in penitentiary system of Kirov region in 2007–2011

Summary

Results of this clinical study demonstrated a high level (up 37.0 %) of primary multidrug resistance of *Mycobacterium tuberculosis* in patients treated in medical facilities of the Federal Penitentiary Service. This fact confirms low efficiency of regimen I anti-TB chemotherapy in newly diagnosed patients. Treatment of these patients should certainly start with regimen IIB anti-TB chemotherapy.

Key words: multidrug resistance, *Mycobacterium tuberculosis*, penitentiary system.

Резюме

Результаты клинического исследования подтверждают высокий уровень первичной множественной лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза (до 37,0 %) у пациентов, поступающих на лечение в лечебное учреждение Федеральной службы исполнения наказаний. Данный факт доказывает низкую эффективность дальнейшего применения основных противотуберкулезных препаратов по I режиму химиотерапии у пациентов со впервые выявленным туберкулезом. Лечение данной группы больных должно в обязательном порядке начинаться со ПБ режима химиотерапии.

Ключевые слова: туберкулез, лекарственная устойчивость, Федеральная служба исполнения наказаний.

Заболеемость туберкулезом в учреждениях Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН) в 15,8 раза превышает заболеваемость всего населения России [1]. Поэтому различные аспекты проблем профилактики, диагностики и лечения пенитенциарного туберкулеза вызывают озабоченность фтизиатров в современной России [2–7].

Целью настоящего исследования стала оценка особенностей динамики лекарственной устойчивости у больных туберкулезом в пенитенциарной системе Кировской области за 5-летний период.

Дизайн исследования – одноцентровое сплошное обследование больных туберкулезом легких в 2007–2011 гг.

Материалы и методы

Объектом изучения стали результаты бактериологического исследования (методом посева) на наличие микобактерий туберкулеза (МБТ) в мокроте всех пациентов с туберкулезом (впервые выявленных, с рецидивами и ранее лечившихся), поступивших на лечение в ФКУ "Лечебное исправительное учреждение № 12" Управления ФСИН РФ по Кировской области с 2007 по 2011 г.

Лекарственно устойчивая (ЛУ) культура МБТ за 5 лет наблюдения в лечебном исправительном учреждении (ЛИУ) среди впервые выявленных больных туберкулезом определяется ежегодно более чем у 50 %

Таблица 1
Особенности структуры первичной ЛУ у больных туберкулезом

Структура ЛУ	Первичная ЛУ у впервые выявленных больных туберкулезом				
	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.
Всего больных, n (%)	33 (100)	48 (100)	44 (100)	75 (100)	54 (100)
ЛЧ МБТ	10 (30,3)	13 (27,1)	19 (43,2)	37 (49,3)	23 (42,6)
ЛУ МБТ	23 (69,7)	35 (72,9)	25 (56,8)	38 (50,7)	31 (57,4)
МЛУ МБТ	4 (12,1)	11 (22,9)	13 (29,5)	22 (29,3)	203 (7,0)
ШЛУ МБТ	2 (6,1)	4 (8,3)	5 (11,4)	1 (1,3)	–

Примечание: ЛЧ – лекарственно чувствительные.

Особенности структуры вторичной ЛУ у больных с рецидивами туберкулеза

Структура ЛУ	Вторичная ЛУ у больных с рецидивом туберкулеза				
	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.
Всего больных, n (%)	8 (100)	12 (100)	11 (100)	27 (100)	23 (100)
ЛЧ МБТ	1 (12,5)	–	5 (45,5)	4 (14,8)	3 (13,0)
ЛУ МБТ	7 (87,5)	12 (100)	6 (54,5)	23 (85,2)	20 (87,0)
МЛУ МБТ	4 (50,0)	5 (41,7)	6 (54,5)	20 (74,1)	16 (69,6)
ШЛУ МБТ	11 (2,5)	5 (41,7)	1 (9,1)	3 (11,1)	1 (4,3)

обследованных (табл. 1). Наблюдается ежегодный рост пациентов с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) МБТ с 12,1 до 37 % среди ЛУ МБТ. Напротив, динамика больных с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ) нестабильна: наибольший рост – в 2009 г., резкий спад – в 2011 г. (отсутствуют).

С 2007 г. в ЛИУ наблюдается рост числа больных с рецидивом туберкулеза и одновременным ростом ЛУ МБТ, обнаруживаемых у обследованных лиц (табл. 2). Причем в последние годы МЛУ МБТ в структуре занимает до $\frac{2}{3}$ со снижением доли ШЛУ МБТ, что связано с адекватностью применения противотуберкулезных препаратов.

Больные со вторичной ЛУ составляют наибольшую часть данной группы, в которой с 2007 г. наблюдается постепенный рост числа больных с МЛУ МБТ с наибольшей долей в 2011 г. – 76,8 % (табл. 3).

Заключение

В ЛИУ пенитенциарной системы Кировской области наблюдается стабильно высокий уровень первичной ЛУ МБТ (до 57,4 % в 2011 г.) с одновременным ростом МЛУ МБТ (до 37,0 % в 2011 г.). Данный факт доказывает низкую эффективность дальнейшего применения основных противотуберкулезных препаратов по I режиму химиотерапии у впервые выявленных пациентов. Лечение данной группы больных должно в обязательном порядке начинаться со ПБ-режима химиотерапии с последующим продолжением или переводом на лечение в соответствии с чувствительностью МБТ, или IV режим химиотерапии после получения результатов посева мокроты.

В ЛИУ пенитенциарной системы Кировской области отмечается рост рецидивов туберкулеза с вы-

соким уровнем ЛУ МБТ за 5 лет наблюдения, достигшим 87,0 % в 2011 г. В данной группе замечен также рост (за последние 4 года) МЛУ МБТ – до 69,6 % в 2011 г. с одновременным снижением ШЛУ МБТ.

Высокий уровень вторичной ЛУ МБТ (до 96,8 % в 2011 г.) с крайне высоким числом больных с МЛУ МБТ (до 76,8 % в 2011 г.) доказывает наличие "ядра" пациентов с хроническими деструктивными формами туберкулеза, которым наряду с консервативным противотуберкулезным лечением в обязательном порядке необходимо оперативное вмешательство и / или использование искусственного пневмоперитонеума и / или пневмоторакс.

Пациентов с хроническими деструктивными формами туберкулеза, которым не показано хирургическое вмешательство (наблюдаемые во ПБ-группе диспансерного наблюдения), необходимо содержать изолированно с проведением симптоматической терапии без использования противотуберкулезных препаратов с целью не допустить эпидемии ШЛУ МБТ в ЛИУ среди больных туберкулезом.

Литература

1. Шилова М.В. Туберкулез в России в 2009 году. М., 2010.
2. Алибаев А.С., Аминев Х.К., Ягафарова Р.К. Туберкулез у ВИЧ-инфицированных больных в пенитенциарных учреждениях Республики Башкортостан. Туб. и бол. легких 2011; 4 (IX Съезд фтизиатров России): 29.
3. Кононец А.С., Мишин В.Ю., Голубева Л.И. и др. Сравнительная эффективность ПБ и I режимов химиотерапии у впервые выявленных больных туберкулезом легких в пенитенциарных учреждениях с позиции медицины доказательств. Туб. и бол. легких 2011; 4 (IX Съезд фтизиатров России): 203–204.
4. Кононец А.С., Сафонова С.Г., Сидорова С.В. и др. Клинические проявления и эффективность лечения больных

Особенности структуры вторичной ЛУ у больных туберкулезом (кроме рецидивов)

Структура ЛУ	Вторичная ЛУ устойчивость у больных туберкулезом				
	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.
Всего больных, n (%)	85 (100)	193 (100)	159 (100)	188 (100)	190 (100)
ЛЧ МБТ	4 (4,7)	12 (6,2)	18 (11,3)	39 (20,7)	6 (3,2)
ЛУ МБТ	81 (95,3)	181 (93,8)	141 (88,7)	149 (79,3)	184 (96,8)
МЛУ МБТ	35 (41,2)	60 (31,1)	69 (43,4)	103 (54,8)	146 (76,8)
ШЛУ МБТ	33 (38,8)	73 (37,8)	52 (32,7)	11 (5,9)	20 (10,5)

- деструктивным туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий в противотуберкулезных учреждениях ФСИН России. Пульмонология 2008; 3: 67–72.
5. Старченкова Н.Н., Фомина О.Ю. Влияние профилактических флюороосмотров осуждённых на эпидемиологические показатели по туберкулезу в исправительных учреждениях Кемеровской области. Туб. и бол. легких 2011; 5 (IX Съезд фтизиатров России): 170.
 6. Хорошилова Н.Е. Клинические проявления и эффективность лечения туберкулеза легких с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя к основным и резервным препаратам контингента пенитенциарных учреждений: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2012.
 7. Ягафарова Р.К., Аминев Х.К., Алибаев А.С. Особенности туберкулеза у ВИЧ-инфицированных больных в пенитенциарной системе в Башкортостане. Туб. и бол. легких 2011; 5 (IX Съезд фтизиатров России): 249–250.

Информация об авторе

Боровицкий Владислав Семенович – врач-фтизиатр учреждения ФКУ ЛИУ-12 УФСИН РФ по Кировской области; тел.: (83361) 4-60-39 доп. 2-29; e-mail: qwertyuiop54@yandex.ru

Поступила 10.05.12

© Боровицкий В.С., 2013

УДК 616.24-002.5-085.281.015.8