

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА И ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ПИТАНИЯ (кумысотерапия)

Материалы Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 130-летию доклада Р. Коха о возбудителе туберкулеза

Тверь, 23 марта 2012 года



Тверская государственная медицинская академия
Министерство здравоохранения Тверской области
Тверской областной клинический противотуберкулезный диспансер

При участии

НИИ фтизиопульмонологии Первого МГМУ им. И. М. Сеченова
Фонда содействия развитию регионов
Министерства сельского хозяйства Тверской области
Племенного коневодческого предприятия ООО «СНАЙП»,
Тверская область

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТУБЕРКУЛЁЗА И ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ПИТАНИЯ (кумысотерапия)

*Материалы межрегиональной научно-практической конференции
с международным участием,
посвященной 130-летию доклада Р. Коха о возбудителе туберкулеза,
23 марта 2012 года*

Под общей редакцией заведующего кафедрой фтизиатрии
Тверской государственной медицинской академии
доктора медицинских наук А. В. Асеева

Тверь, 2012

УДК 616-002.5

ББК 55.4

А 901

А 901 Актуальные проблемы туберкулеза и оздоровительного питания (кумысотерапия) [текст]: материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 130-летию доклада Р. Коха о возбудителе туберкулеза / под общей редакцией А. В. Асева. — Тверь: ООО «Заповедник Времени», 2012. — 160 с. — ISBN 978-5-91576-012-6

В сборнике опубликованы доклады на межрегиональной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 130-летию доклада Р. Коха о возбудителе туберкулеза «Актуальные проблемы туберкулеза и оздоровительного питания (кумысотерапия)», проходившей в г. Тверь 23 марта 2012 года.

Главная идея всех выступлений — озабоченность напряженной эпидемиологической ситуацией по туберкулезу, увеличением числа случаев лекарственной резистентности туберкулеза, сочетания с ВИЧ-инфекцией; необходимость поиска новых подходов воздействия на микобактерии и на макроорганизм (хирургические и эндоскопические технологии, кумысотерапия); обоснованность организации принудительного лечения для бацилловыделителей, уклоняющихся от лечения.

Материалы конференции будут полезны врачам-фтизиатрам, хирургам, инфекционистам, педиатрам педагогическим работникам высших профессиональных учреждений, учащимся медицинских вузов.

УДК 616-002.5

ББК 55.4

© ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздравсоцразвития России

© Издательство «Заповедник Времени», оформление

ISBN 978-5-91576-012-6

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЁННЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ

С. Н. Демидик

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

E-mail: svdemidik@tut.by, тел. +37 529 327-73-43

Актуальность проблемы туберкулеза сегодня возрастает с формированием лекарственно-устойчивых штаммов микобактерий туберкулеза (МБТ), что сужает возможности антибактериальной терапии, снижая её эффективность. Для разработки новых эффективных методов лечения туберкулеза необходимо понимание клеточно-молекулярных механизмов иммунологического контроля туберкулезной инфекции. Биологические свойства МБТ влияют на параметры иммунного ответа, который во многом определяют исход туберкулезного процесса и возможности его лечения. При туберкулезе развитие иммунного ответа идет преимущественно в направлении образования лимфоцитов Th1, которые несут основную нагрузку в обеспечении протективного ответа, главным образом за счет продукции интерферона-гамма (IFN- γ) с последующей IFN- γ -зависимой активации макрофагов. Количественная и функциональная недостаточность лимфоцитов Th1 ведет к неконтролируемому росту МБТ и тяжелому течению туберкулезной инфекции.

В патогенетической терапии туберкулеза, с проявлениями иммунного дисбаланса, велико значение иммунотропных препаратов, к которым относятся индукторы интерферона. Обладая теми же свойствами, что и интерфероны, индукторы интерферона стимулируют пролиферацию, дифференцировку клеток костного мозга, используя механизмы естественного (врожденного) и адаптивного (приобретенного) иммунитета. Они способны включать систему интерферона, вызывая в клетках организма синтез собственных (эндогенных) интерферонов. Во фтизиатрической практике нашел свое применение тилорон (амикин), положительно влияющий на клинко-рентгенологическое течение инфекционного процесса. Однако при длительном использовании препарат способен к образованию стабильных комплексов с молекулами ДНК, что ограничивает его применение в ряде случаев.

Циклоферон [мегломина (метилглюкамина) акридонат] является низкомолекулярным индуктором интерферона в определенных популяциях клеток (Т- и В-лимфоциты, НК-клетки, макрофаги), органах и тканях, содержащих лимфоидные элементы (селезенка, печень, легкие), активи-

рует стволовые клетки костного мозга, стимулируя образование гранулоцитов. Циклоферон активирует Т-лимфоциты и естественные киллерные клетки, нормализует баланс между субпопуляциями Т-хелперов и Т-супрессоров. Характеризуясь низкой токсичностью, препарат обладает выраженным иммуномодулирующим действием.

Целью настоящей работы было изучить влияние циклоферона на эффективность комплексной терапии больных с распространенными формами туберкулеза легких.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе Гродненского Областного Клинического Центра «Фтизиатрия» с 2009 года по настоящее время. Всего обследовано 206 пациентов с распространенными (поражение 3-х и более сегментов) формами туберкулеза легких методом рандомизации разделены на основную группу (ОГ) и группу сравнения (ГС). 95 пациентов ГС получали только химиотерапию согласно протоколам лечения. 111 пациентов ОГ на фоне химиотерапии получали циклоферон. Препарат назначался в первые 2 недели после поступления в стационар в виде раствора 125 мг/мл по 2,0 мл 1 раз внутримышечно согласно инструкции по медицинскому применению.

Пациенты ОГ и ГС не отличались по возрастному и половому составу, характеристике туберкулезного процесса, режимам полихимиотерапии. Среди больных ОГ и ГС преобладали мужчины соответственно — 69% и 70,4%, $p > 0,05$. Средний возраст обследованных ОГ $43 \pm 11,3$, ГС — $46 \pm 12,5$ года, $p > 0,05$. При поступлении в клинику у обследованных преобладали следующие клинические формы туберкулеза легких: инфильтративный — 74,6% и 79,6%, диссеминированный — 21,1% и 18,5% соответственно в ОГ и ГС. Наличие полостей распада подтверждено томографически у 74,1% и 78,9% пациентов ОГ и ГС. Бактериовыделители в группах составляли 76% и 79,6% соответственно. Отмечена высокая частота наличия МЛУ МБТ обследованных пациентов — 46,3% и 41,9% в ОГ и ГС ($p > 0,05$).

У всех пациентов были проведены стандартные общеклинические, рентгенологические, лабораторные исследования. К концу стационарного этапа лечения проводилась комплексная оценка эффективности лечения больных по следующим критериям: «значительное улучшение», «улучшение», «относительная стабилизация», «клинический эффект» и «прогрессирование».

Для оценки результата основного курса терапии использовались стандартные определения исхода лечения больных туберкулезом в соответствии со стратегией DOTS: «излечен», «лечение завершено», «неудача в лечении», «лечение прервано», «смерть больного», «больной выбыл из-под наблюдения». Успешное лечение определяется как сумма числа пациентов с зарегистрированными исходами лечения «излечен» «лечение завершено».

Статистическая обработка проводилась с использованием пакета программ «Statistica 6.1». Статистически значимыми различия считались при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. При анализе эффективности стационарного лечения было установлено, что более быстрая (до одного месяца) ликвидация клинических проявлений интоксикационного синдрома наблюдалась в ОГ — у 79,4%, против 53,9% в ГС, ($p=0,0009$). Негативация мокроты бактериологическим к 2-м месяцам терапии подтверждена у 51,1% пациентов ОГ, а в ГС — у 39,5% ($p > 0,05$). Через 4 месяца лечения прекращение бактериовыделения бактериологическим методом было установлено в ОГ у 75,3% пациентов, в ГС — у 59,2% ($p=0,02$). При выписке из стационара негативация мокроты наблюдалась у 85,4% и 67,3% больных соответственно в ОГ и ГС ($p=0,005$). Закрытие полостей распада в легких к концу стационарного этапа лечения достигнуто у 64,1% пациентов ОГ и у 48,2% — ГС ($p=0,07$). При этом следует отметить, что в основной группе закрытие полостей происходило в более ранние сроки: до 4 месяцев — в 47,4% случаев, в группе сравнения лишь в 39,3% ($p > 0,05$). Положительная динамика очагово-инфильтративных изменений к 4-м месяцам терапии наблюдалась у 80,1% пациентов ОГ и 44,2% больных ГС, ($p=0,001$). При оценке клинической эффективности стационарного лечения больных с распространенными формами туберкулеза легких по комплексным показателям были получены следующие результаты: «значительное улучшение» и «улучшение» достигнуто у 99,2% пациентов ОГ и у 64,2% — ГС ($p=0,0001$); «относительная стабилизация», отмечалась у 7,2% пациентов ОГ и у 20% — ГС, ($p=0,007$); «клинический эффект» подтвержден у 3,6% больных ОГ и у 11,6% — ГС ($p=0,03$); «прогрессирование» отмечено лишь у 4,2% пациентов ОГ.

При оценки исхода основного курса лечения успешное лечение (сумма числа пациентов с зарегистрированными исходами лечения «излечен» «лечение завершено») было достигнуто значимо чаще у пациентов ОГ 71,1%, чем в у больных ГС 45,9% ($p=0,008$). «Неудача в лечении» установлена у 9% пациентов ОГ против 16,1% в ГС. Исход — «лечение прервано» получен у 2,7% ОГ, а в ГС у 7,1%. «Смерть больного» на фоне основного курса лечения от любой причины зарегистрирован у 9% пациентов ОГ и 25% — ГС (из них у 12,5% больных от туберкулеза) ($p=0,006$). У 4,5% и 5,4% пациентов ОГ и ГС исход — «больной выбыл из-под наблюдения».

Выводы.

1. Применение циклоферона в комплексном лечении больных распространенными формами туберкулеза легких способствует ранней ликвидации клинических проявлений интоксикации, положительной клинкорентгенологической динамике и прекращению бактериовыделения.
2. Активация Th1-иммунного ответа под действием циклоферона по данным когортного анализа приводит к успешным результатам лечения в 71,1% случаев (против 45,9% на фоне стандартной терапии).