

Опыт амбулаторного лечения
туберкулеза в
Каракалпакстане/Узбекистане

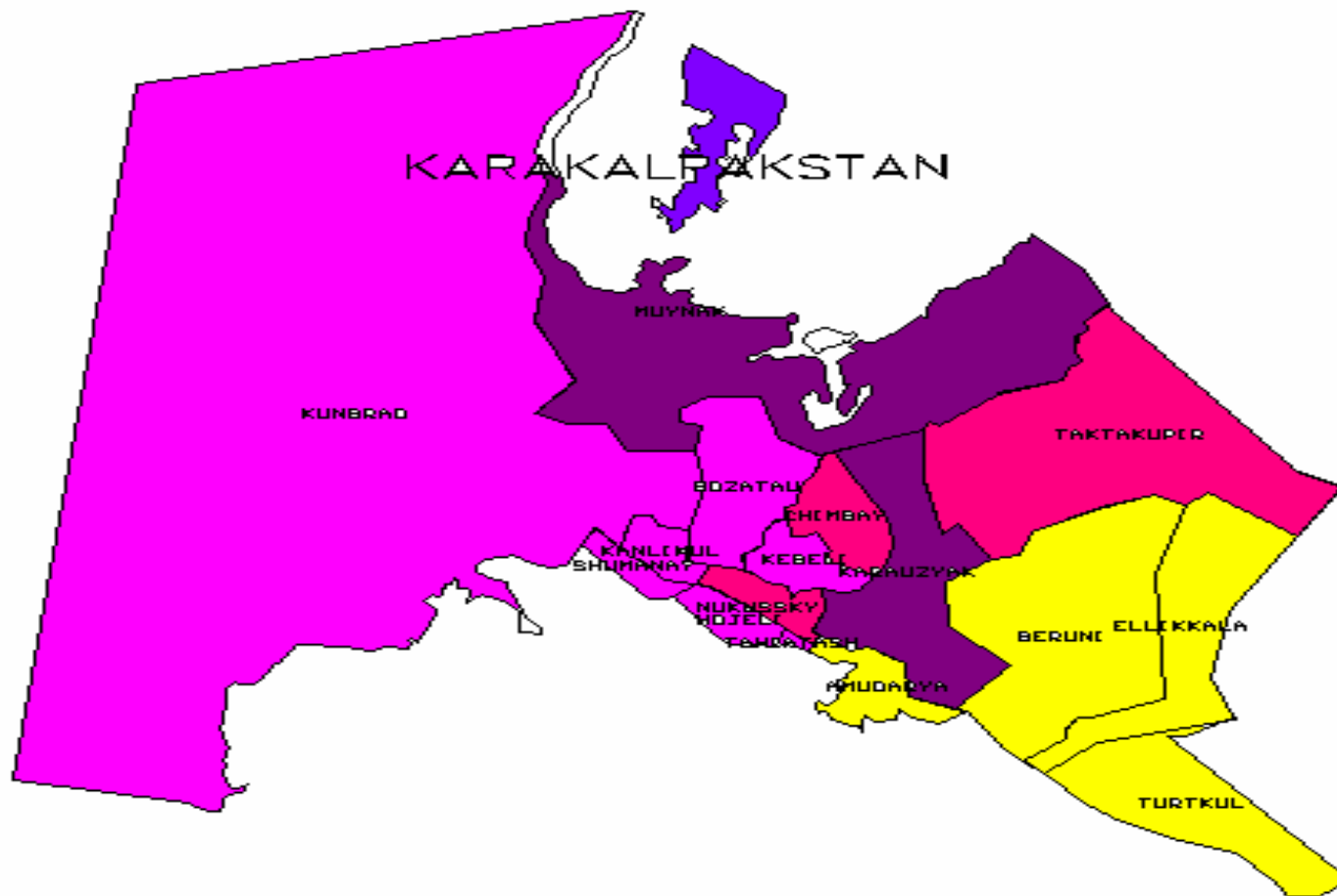
А.Хамраев и З.Тигай

Республика Каракалпакстан

- Население – 1.732 тыс. чел. Площадь – 166,6 тыс. кв.км
- Столица– г.Нукус. Плотность населения 10,4 чел в 1 кв.км



Уровень заболеваемости туберкулезом по РК



■ Уровень заболеваемости – 180-200

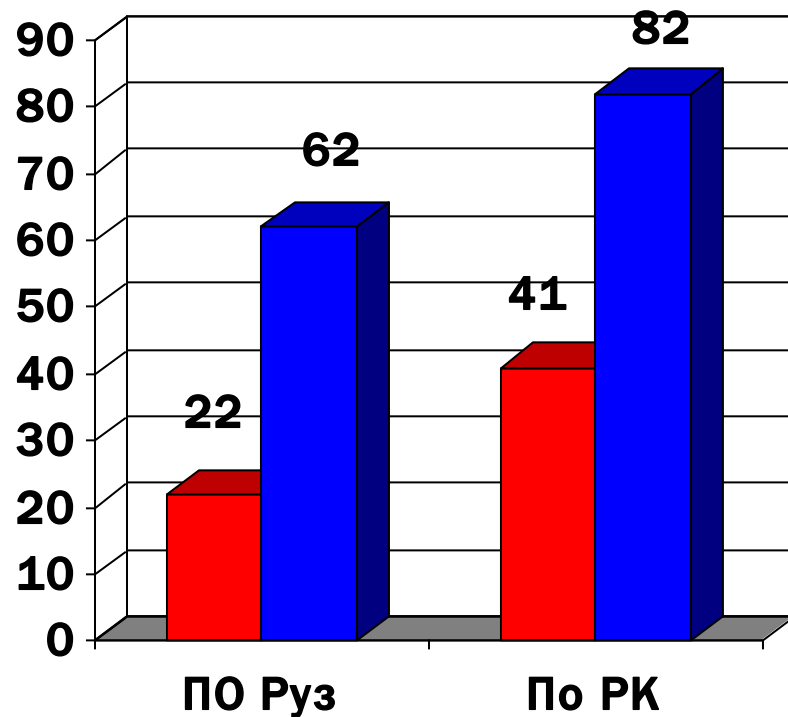
■ Уровень заболеваемости – 100-150

■ Уровень заболеваемости – 150-180

■ Уровень заболеваемости – 40-60

Распространенность МЛУ-ТБ

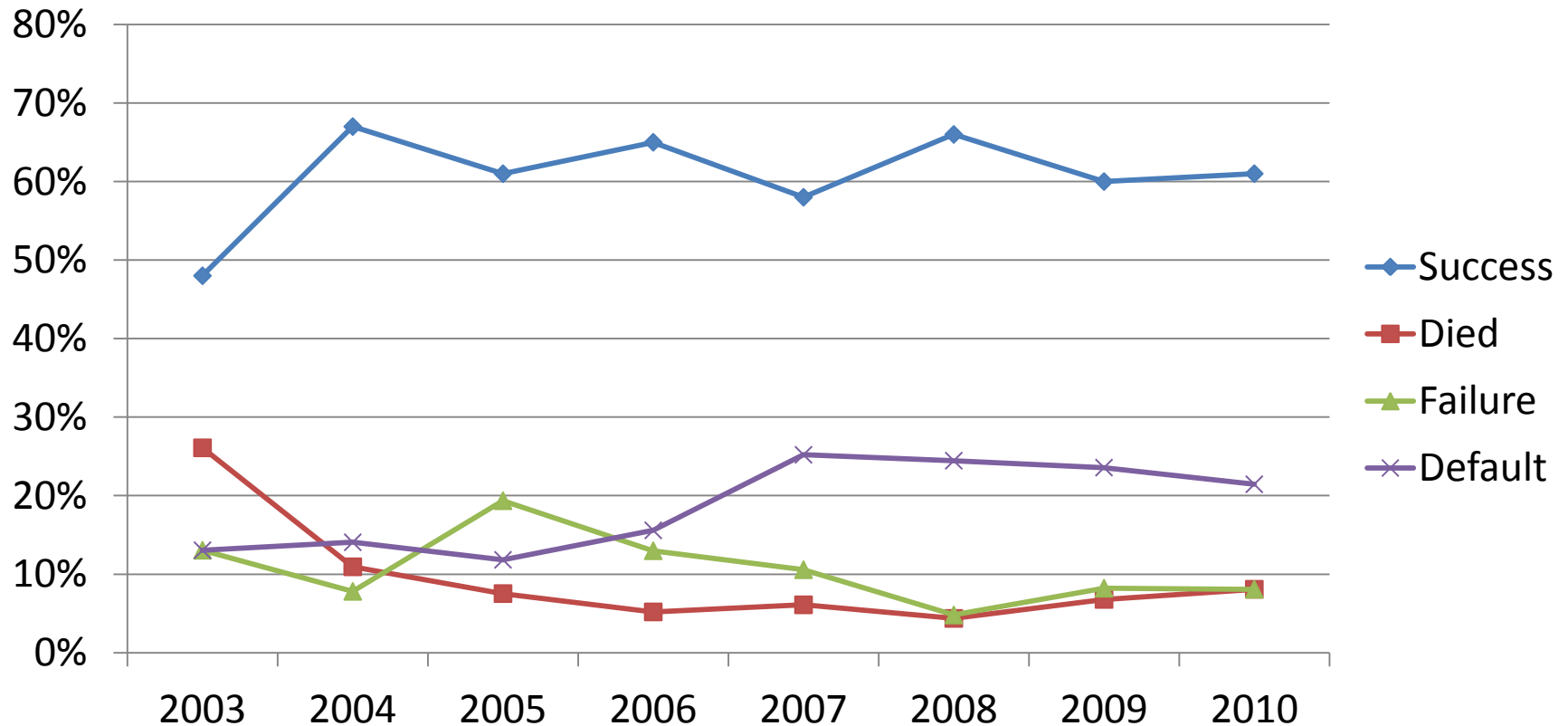
- По результатам ИЛЧ, проведенного в 2010-2011гг, в РУз распространенность лекарственно - устойчивых форм туберкулеза среди новых пациентов составила 22%, среди ранее леченных пациентов 62%, по РК среди новых случаев в два раза выше, среди ранее получавших лечение - в 1,25 раза выше, чем средние показатели по РУз



■ млу-тб среды новых случаев
■ млу-тб среды повторных случаев

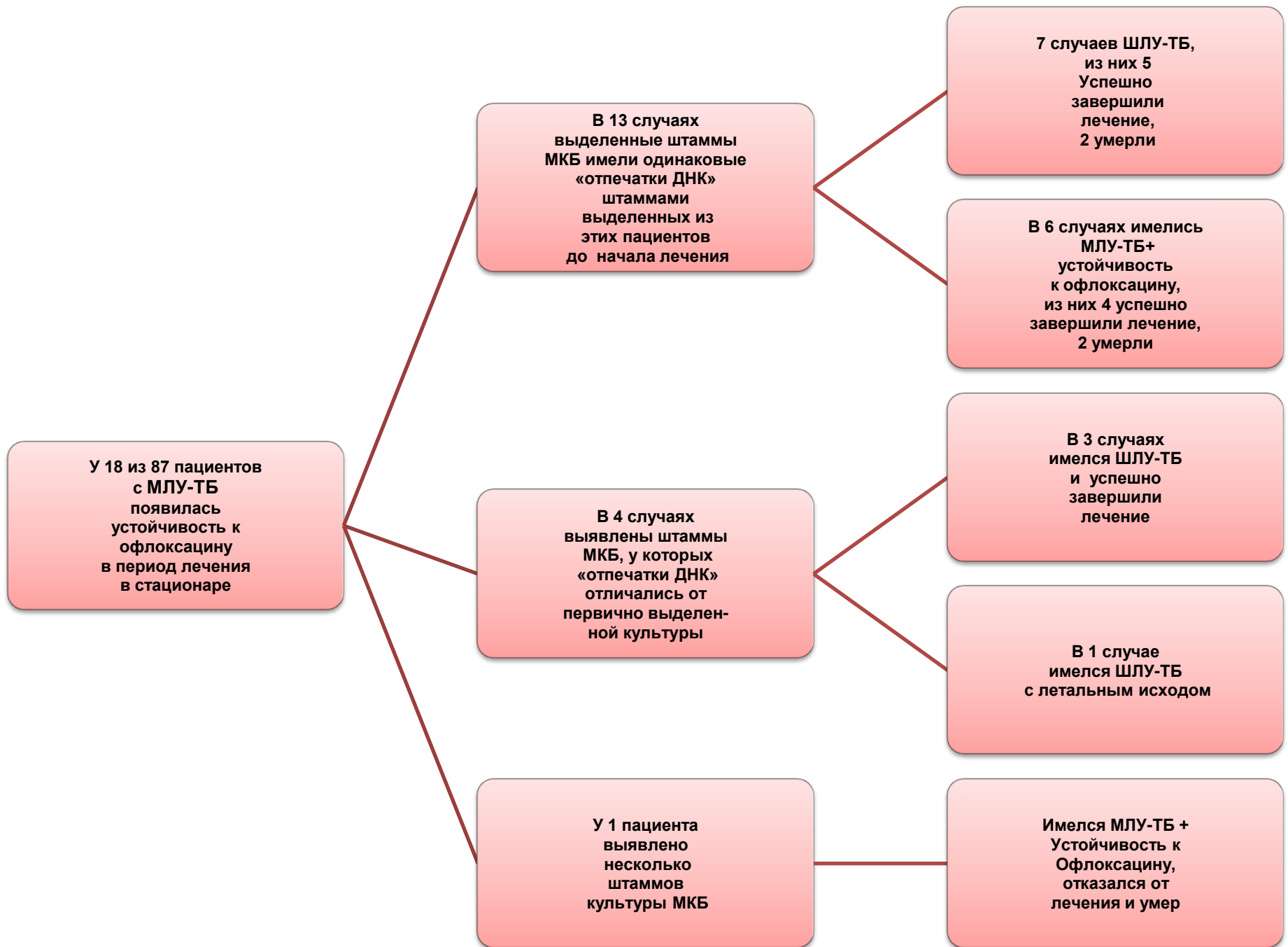
Исходы лечения.

- 1448 больных МЛУ-ТБ были взяты на лечение за период с 2003 по 2010гг.
- Общий показатель успеха лечения = 62%.
 - Новые больные (74%).



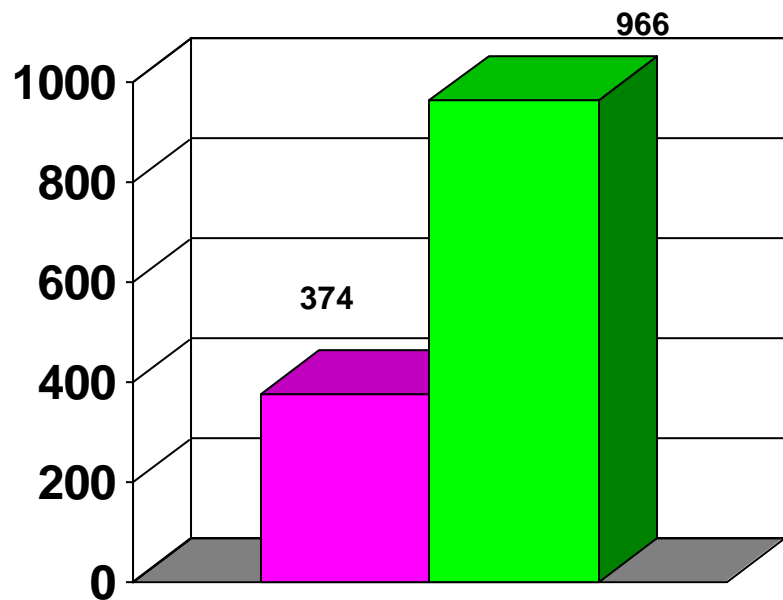
Почему амбулаторное лечение?

- Высокий риск нарастания лекарственной устойчивости во время стационарного лечения среди пациентов с МЛУ-ТБ (18/87 в 2007 г в ТБ №2)
- Риск внутрибольничного инфицирования более устойчивыми штаммами у пациентов с МЛУ-ТБ (4 случая из 18 пациентов с пре –ШЛУ и ШЛУ-ТБ)
- Высокие показатели внутрибольничного распространения МЛУ-ТБ (высокие показатели заболеваемости МЛУ-ТБ среди медицинских работников (более чем в 3 раза)
- Высокая нагрузка на стационарные учреждения
- Увеличение времени от установления диагноза МЛУ-ТБ до начала лечения (в среднем до 6 недель)



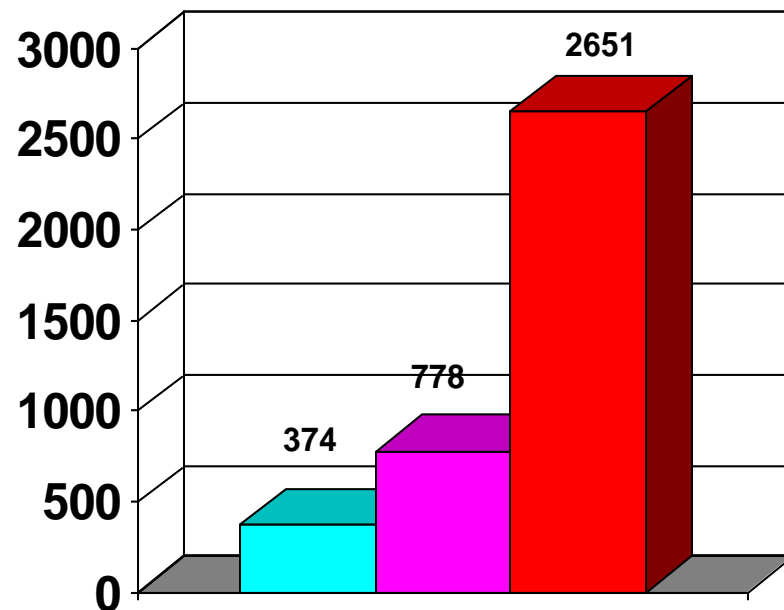
Высокий риск внутрибольничного распространения МЛУ-ТБ

показатели кумулятивной заболеваемости МЛУ-ТБ
(на 100 тыс. нас-я и мед раб-в)



■ население ■ медицинские работники

показатели кумулятивной заболеваемости МЛУ-ТБ

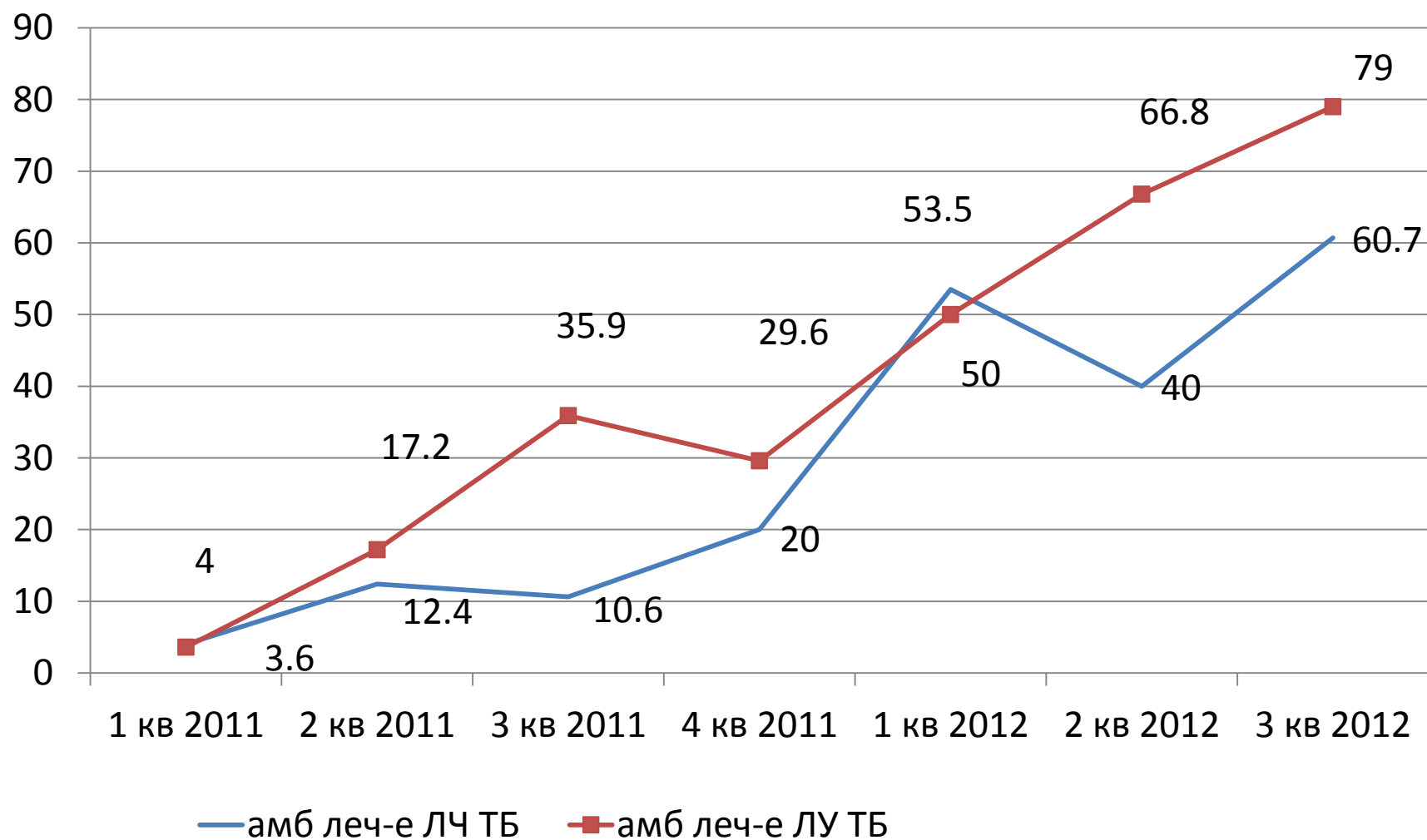


■ население ■ персонал ОЛС ■ персонал ПТУ

Дизайн / методы

- Проведен сравнительный анализ лечения больных с ЛЧ и ЛУ-ТБ, которые получали лечение в стационаре и с первого дня в амбулаторных условиях:
- - Исходы лечения 1039 пациентов с ЛЧ-ТБ, получавших лечение в период с 1.01.2010 г. по 31.12. 2012 г. в стационарных и амбулаторных условиях.
- - Промежуточные исходы (НБ исход, нарушения режима, смерть на 12-ом месяце, конверсия культуры на 6 месяце) лечения 1377 больных МЛУ - ТБ, которые начали лечение в амбулаторных и стационарных условиях в период с 1.01.2010 года по 31.09.2012 г.

Доля пациентов ТБ, охваченных амбулаторным лечением в динамике (2011-2012)

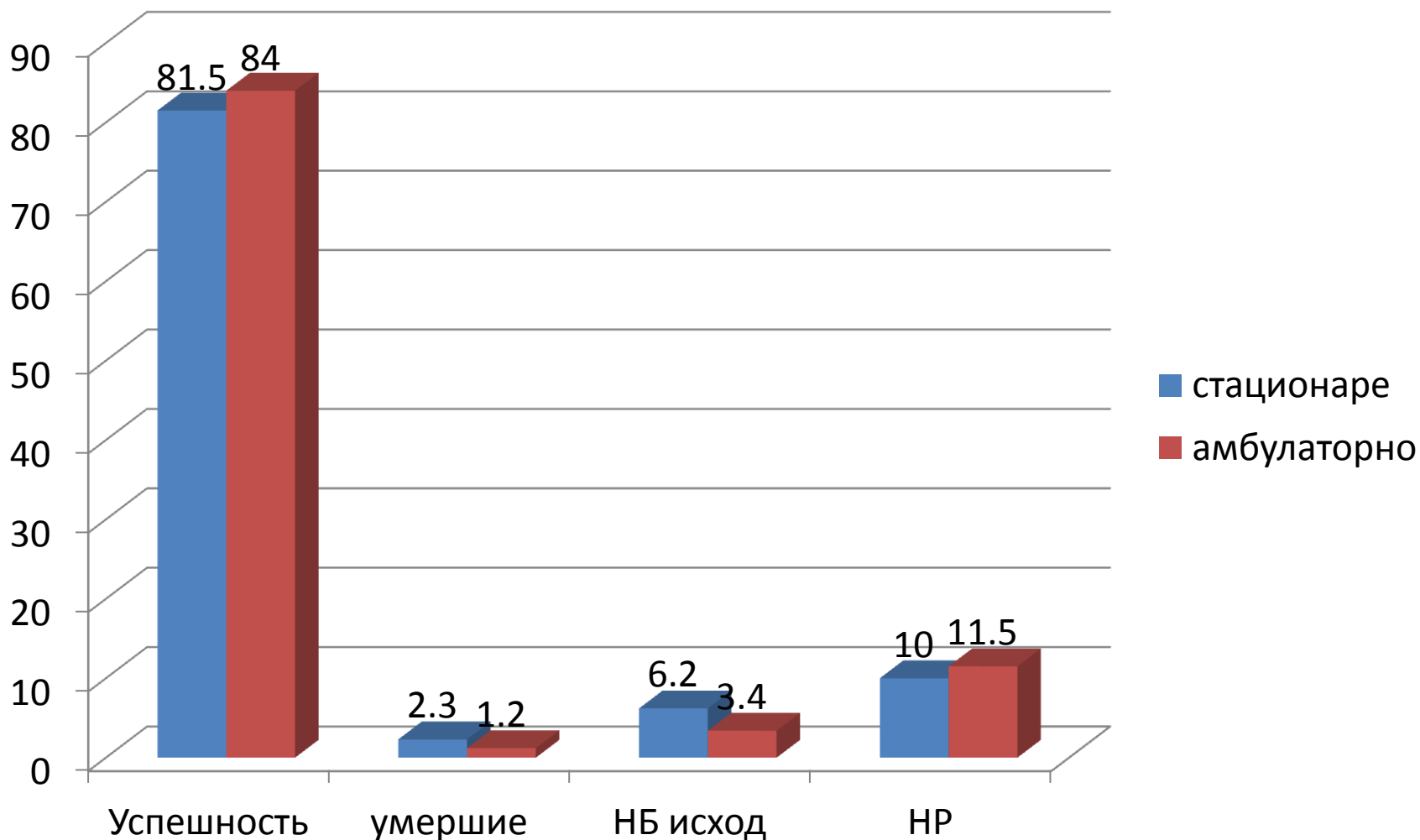


Исходы лечения пациентов с ЛЧ -ТБ

DS outcomes, adjusted for sex, cavitory disease, and bmi

	Ambulatory vs IPD outcomes			
Outcome	IPD%	Ambulatory %	Ambulatory aOR (95% CI)	p
Tx success	81.5%	84.0%	1.14 (0.77-1.67)	0.518
Death	2.3%	1.2%	0.65 (0.18-2.26)	0.495
Failure	6.2%	3.4%	0.49 (0.23-1.01)	0.055
Default	10.0%	11.5%	1.23 (0.79-2.02)	0.312

Исходы лечения больных с ЛЧ-ТБ в стационарных и амбулаторных условиях



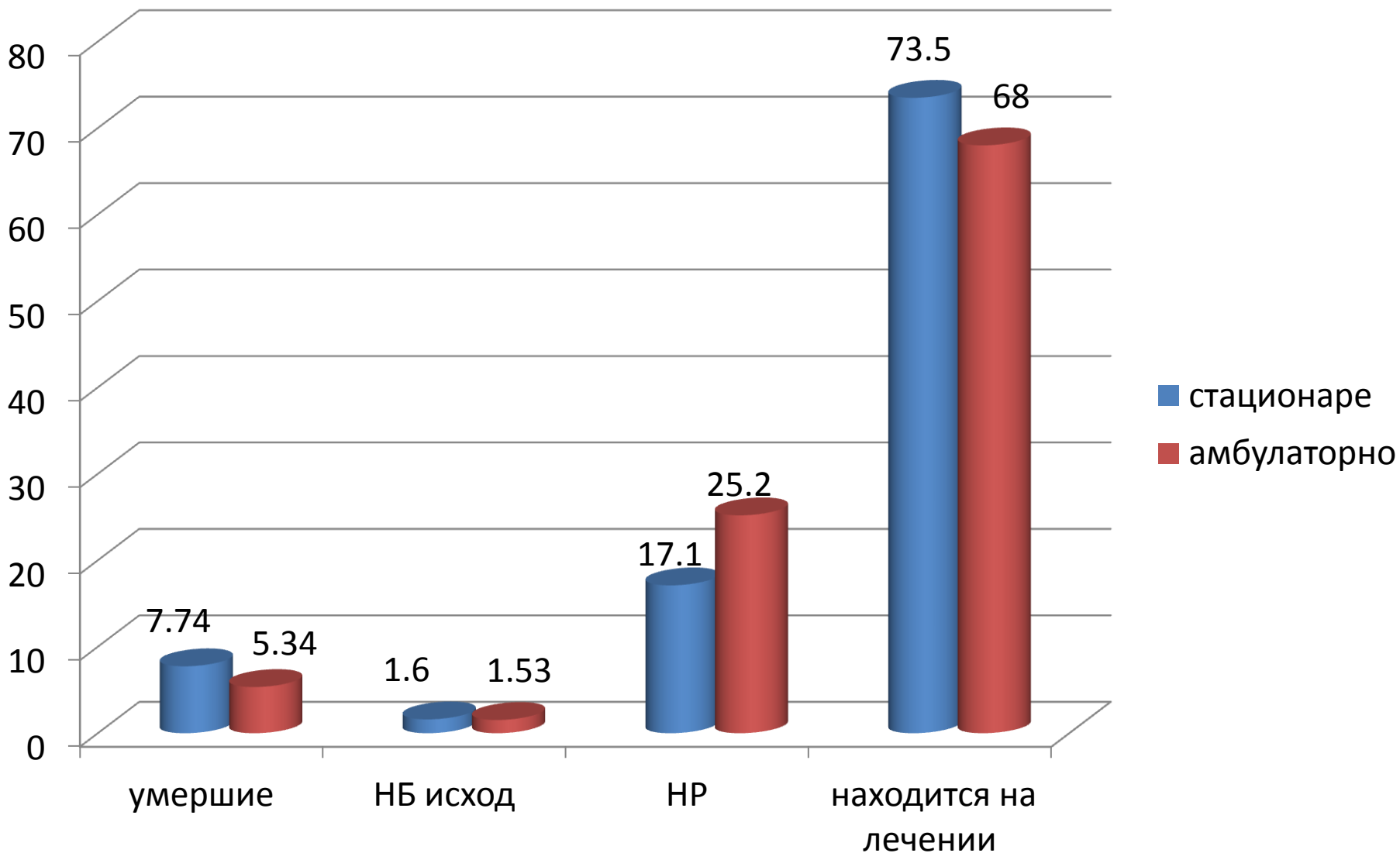
Промежуточные результаты лечения МЛУ-ТБ пациентов

MDR interim outcomes at 12 months of treatment

Outcome	IPD %	Ambulatory vs IPD			Ambulatory vs IPD (adjusted ORs)*	
		Ambulatory %	Ambulatory OR (95% CI)	p	Ambulatory aOR (95% CI)	p
Death	7.74%	5.34%	0.67 (0.37-1.22)	0.189	0.95 (0.51-1.78)	0.882
Failure	1.59%	1.53%	0.96 (0.31-2.93)	0.938	1.19 (0.37-3.82)	0.768
Default	17.20%	25.19%	1.62 (1.17-2.25)	0.004	1.46 (1.03-2.06)	0.035
On tx	73.46%	67.94%	0.77 (0.57-1.03)	0.080	0.73 (0.54-1.01)	0.055

* adjusted for sex, cavitory disease, bmi, and previous exposure to SLDs

Промежуточные исходы лечения больных с МЛУ-ТБ в стационарных и амбулаторных условиях



Степень приверженности к лечению у пациентов при стационарном и амбулаторном подходе

Average monthly adherence in the first year, of MDR patients starting in IPD and as ambulatory



Обсуждение результатов

- Успешность для пациентов с ЛЧ-ТБ при амбулаторном лечении лучше (84%), чем при стационаре (81%).
- Среди пациентов, которые начали лечение с первого дня доля нарушителей режима была незначительно больше (11,5%), чем среди пациентов, которые начали лечение в стационарных условиях (10%).
- Доля умерших пациентов при стационарном лечении (2,3% против к 1,2%) и неблагоприятного исхода лечения (6,2% против к 3,4%) была значительно больше, чем у пациентов, которые начали лечение в амбулаторных условиях

Исходы лечения МЛУ-ТБ пациентов

- Смертность пациентов с МЛУ –ТБ существенно не отличается между амбулаторными и стационарными пациентами (7,7% против 5,3%) (in the first year of treatment).
- Значительно больше среди амбулаторных больных доля пациентов, прервавших лечение (25,2% против 17,2%, $p < 0,03$).
- Конверсия культуры на 6-ом месяце больше у пациентов с МЛУ-ТБ, которые начали лечение в амбулаторных условиях с первого дня (91,7% против 83,9%, или на 2,8, $p = 0,01$).
- Приверженность к лечению ухудшается в течение первых трех месяцев в обеих группах, последующим стабилизируется, но больше у пациентов, которые начали лечение в стационарных условиях (82% против 85%) и она не меняется в течение 12 месяцев лечения.

ВЫВОДЫ

- Эффективность лечения туберкулеза в амбулаторных условиях подтверждается удовлетворительными показателями успешности лечения ЛЧ –ТБ , она лучше, чем лечение в стационарных условиях.
- Лечение пациентов с ЛЧ и МЛУ-ТБ с первого дня в амбулаторных условиях не ухудшило результатов лечения.
- Доля нарушителей режима лечения среди МЛУ-ТБ выше у пациентов, которые начали лечения в амбулаторных условиях, чем у пациентов, которые начали лечение в стационарных условиях.
- Существует необходимость в более глубоком понимании причин нарушения режима лечения у пациентов с МЛУ-ТБ.
- Амбулаторное лечение является стратегически важным в снижении риска внутрибольничного распространения туберкулеза DR, и, чтобы облегчить бремя длительной госпитализации.