

**Д. З. Мухтаров, Ш. М. Саидова**

## **ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЯ РЕЖИМА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МНОЖЕСТВЕННЫМ ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ**

*РСНПМЦ фтизиатрии и пульмонологии, г. Ташкент, Узбекистан*

Эффективность лечения больных МЛУ ТБ среди прочих причин зависит и от приверженности больных к лечению. Уклонение от приема назначенных лекарственных средств, частые пропуски приема препаратов могут привести к неблагоприятному исходу или развитию широкой лекарственной устойчивости.

*Целью* настоящего исследования было изучение частоты и причин нарушений режимов лечения больных с МЛУ ТБ, получающих лечение в амбулаторных условиях.

*Материалы и методы исследования.* Под наблюдением находилось 885 больных МЛУ ТБ, состоящих на учете в ПТД г.Ташкента. При исследовании на лекарственную чувствительность к противотуберкулезным препаратам первого ряда, у них выявлена устойчивость к изониазиду (H) и рифампицину (R) по методу «HAIN test-систем» и тестом Xpert/MTB RIF (по данным Национальной Референс лаборатории РСНПМЦФип). Больные были включены на лечение по DOTS + программе после их письменного согласия подписанием договора между больным и медицинскими работниками.

Определена резистентность к R у 12 больных, к HR – у 32, к HRS – у 12, к HRSE – у 13, к HRSEZ – у 1. Изучены причины нарушения режима у 70 больных из 885 больных. Среди прервавших лечение преобладали мужчины 58 (82,8 %), женщин было 12 (17,2 %). Типы больных при включении в ДОТС+ программу: новый случай у 14 больных, неблагоприятный исход 1 категории у 3 больных, неблагоприятный исход 2 категории у 3 больных, рецидив у 16 больных, другие – у 34 больных. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких диагностирован у 51 больного (72,9 %), инфильтративный туберкулез легких – у 16 (22,8 %), диссеминированный – у 3 (4,3 %). В возрасте от 20 до 30 лет было 6 больных (8,5 %), от 31 до 40 лет – 16 (22,8 %), от 41 до 50 лет – 21 (30 %), от 51 до 60 лет – 20 (28,5 %) и от 61 и старше – 7 (10 %). Таким образом, среди больных прервавших лечение преобладают больные работоспособного возраста и пожилого возраста.

Проведенные исследования показали, что причинами прерывания лечения в основном были неадекватная оценка своего состояния и отношение к своему здоровью – 49 боль-

ных (считали себя здоровыми, устали от лечения, продолжали работать, исчезли из поля зрения), отказались из-за плохой переносимости препаратов 4 больных, из-за прогрессирования процесса – 17.

Анализ показал, что больные прерывали лечение, в основном, на 8-м месяце от начала химиотерапии. Именно в этот период необходим частый контакт больного с врачом, который позволяет немедленно выявить и сделать попытку устранить побочные реакции и осложнения, возникающие на особенно ответственном начальном этапе химиотерапии.

В этом периоде необходимо обратить большее внимание на проведение мероприятий по поддержанию приверженности больных, которое в свою очередь позволяет сократить количество нарушителей режима лечения в амбулаторных условиях.

Именно в этот период необходим частый контакт больного с врачом, которое позволяет немедленно выявить и постараться устранить побочные реакции и осложнения, возникающие на особенно ответственном начальном этапе химиотерапии.

*Заключение.* Возраст, пол, социально-экономический статус, уровень образования, состояние в браке, основы культуры и религиозные убеждения – все эти факторы не помогают определять тех, кто будет или уже стал неисполнительным пациентом. Многочисленные беседы и разъяснения и даже подключение близких родственников, чтобы убедить больного принимать лекарственные средства, оказываются столь же безрезультатными. Перерывы в лечении могут быть снижены при хорошо организованной программе борьбы с туберкулезом, путем применения непосредственного контроля за лечением.