

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЛУ ТБ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ ЗА ПЕРИОД 2020 Г – 2022 Г

Сердюк О.В., Ляхимец В.А.

Республиканская клиническая туберкулезная больница МЗ ДНР. г. Донецк,
20 октября 2023 г

АКТУАЛЬНОСТЬ

ХБП достаточно часто встречается у больных МЛУ ТБ

Этиология включает:

- ТБ заболевание почек
- Поражение почек, вследствие предшествующего токсического воздействия инъекционных противотуберкулезных препаратов
- Токсическое воздействие АРВТ у МЛУ ТБ/ВИЧ больных
- Потенцирование нефротоксического воздействия противотуберкулезных препаратов и АРВТ у МЛУ ТБ/ВИЧ - больных
- ВИЧ –ассоциированную нефропатию
- Другие факторы риска и сопутствующую патологию

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить эффективность лечения больных МЛУ ТБ в сочетании с ХПБ в конце интенсивной фазы лечения за период 2020 – 2022 гг

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ДИАГНОСТИКА

ХБП – нарушение структуры или функции почек, которое существует более 3 мес и оказывает влияние на состояние здоровья. ХБП классифицируется на основании причин, категории СКФ и категории альбуминурии.

Маркеры повреждения почек (один или более)

Альбуминурия (скорость экскреции альбумина ≥ 30 мг/сут)
Изменение осадка мочи
Электролитные и другие нарушения вследствие канальцевой дисфункции
Гистологические изменения
Структурные нарушения при визуализирующих методах исследования
Трансплантация почки в анамнезе

Снижение СКФ (ф СКД-ЕРІ)

< 60 мл/мин/1,73м²



Клинические Практические Рекомендации
KDIGO 2012
по Диагностике и Лечению
Хронической Болезни Почек

KDIGO 2012 Clinical Practice Guidelines
for the Evaluation and Management
of Chronic Kidney Disease

Kidney International Supplements
Volume 3 | Issue 1 | January 2013;
doi:10.1038/kisup.2012.48
<http://www.kidney-international.org>

КЛАССИФИКАЦИЯ СТАДИЙ ХБП ПО УРОВНЮ СКФ

Стадии	Характеристика глобальной функции почек	уровень СКФ, мл/мин/1,73 м ²
C1	Высокая или оптимальная	> 90
C2	Незначительно снижена	60-89
C3a	Умеренно снижена	45-59
C3b	Существенно снижена	30-44
C4	Резко снижена	15-29
C5	Терминальная почечная недостаточность	< 15

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ХПБ

Немодифицируемые	Модифицируемые
<p>Пожилой возраст</p> <p>Исходно низкое число нефронов (низкая масса тела при рождении)</p> <p>Рассовые и этнические особенности</p> <p>Наследственные факторы (в т.ч семейный анамнез по ХБП)</p> <p>Перенесенное острое повреждение почек</p>	<p>Сахарный диабет</p> <p>АГ, ССЗ</p> <p>Дислипидемия</p> <p>Табакокурение</p> <p>Ожирение/метаболический синдром</p> <p>Неалкогольная жировая болезнь печени</p> <p>Гиперурикемия</p> <p>Аутоиммунные болезни</p> <p>Хроническое воспаление/системные инфекции</p> <p>Инфекции и конкременты мочевых путей</p>
	<p>Обструкция нижних мочевых путей</p> <p>Лекарственная токсичность</p> <p>Высокое потребление белка</p> <p>Беременность</p>

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

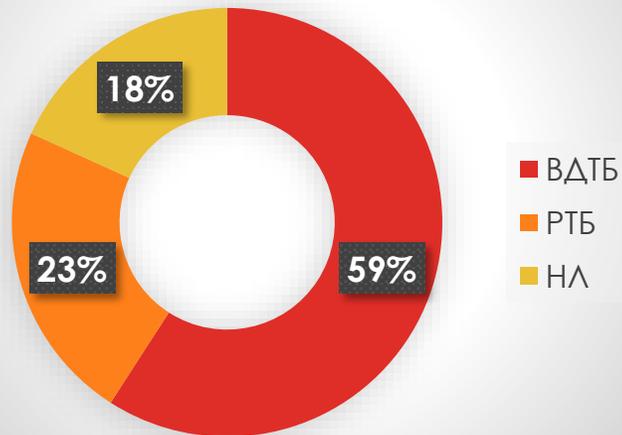
- Изучены 509 статистических карт пациентов туберкулезно – легочного отделения для МЛУ ТБ больных Республиканской клинической туберкулезной больницы
- Возраст пациентов находился в интервале от 18 до 80 лет, медиана возраста 43,5 лет
- Мужчин – 388 (76,2%), женщин – 121 (23,8%)
- МЛУ больных с ХБП – 22 чел (4,3%), из них ВИЧ (+) – 14 чел (63,6%)
- Лечение больных осуществляли согласно клиническим рекомендациям
- Эффективность лечения больных оценивали в конце интенсивной фазы химиотерапии по показателю конверсии мокроты и клинико – рентгенологической динамике

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЛУ ТБ/ХБП БОЛЬНЫХ

- По полу: м – 18, ж – 4
- Медиана возраста – 46,7 лет
- Среднее пребывание в стационаре – 199 к/дн
- По социальному уровню : не работающих – 21, работающих – 1
- По наличию вредных привычек:
 - ✓ Алкоголизм - 9 (40,9%)
 - ✓ Наркомания – 11 (50%)
 - ✓ Курение – 21 (95,5%)

ХАРАКТЕРИСТИКА МЛУ ТБ/ХБП БОЛЬНЫХ

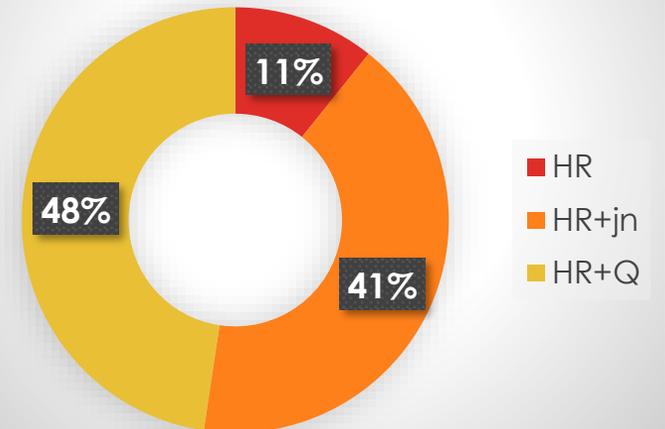
Типы случая



Клинические формы

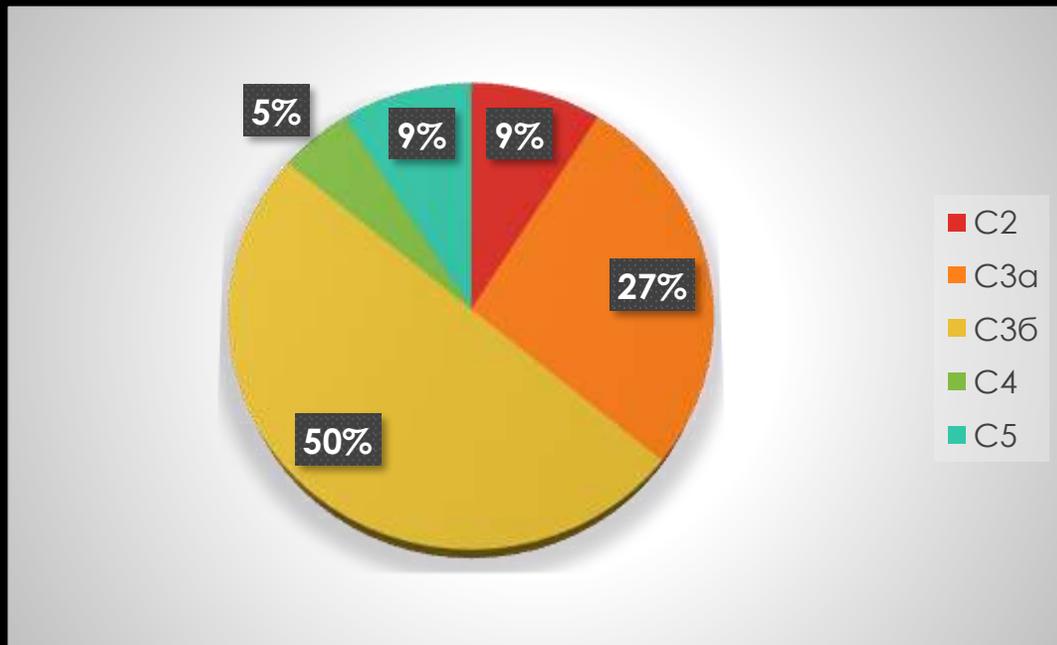


Лекарственная устойчивость

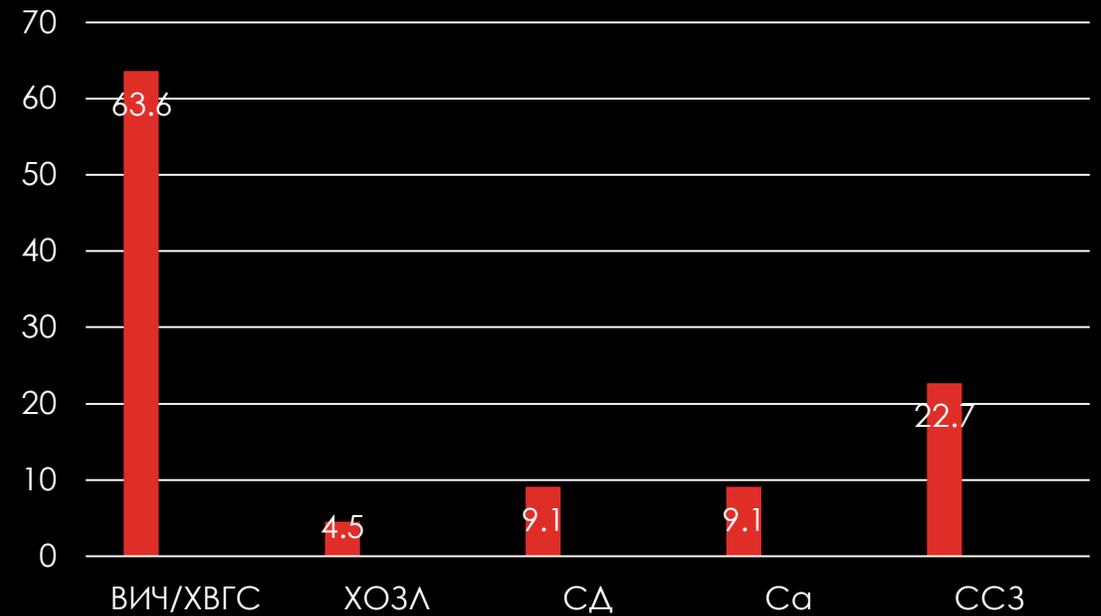


ХАРАКТЕРИСТИКА МЛУ ТБ/ХБП БОЛЬНЫХ

По стадиям ХБП



По сопутствующей патологии



ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ МЛУ/ХБП/ВИЧ ПО ИММУННОМУ СТАТУСУ

1. Давность ВИЧ:

- неизвестна, впервые выявлен в стационаре – 3 чел (21,4%)
- до 10 лет – 7 чел (50%)
- 10 – 20 лет – 2 чел (14,3%)
- более 20 лет – 2 чел (14,3%)

2. Уровень СД 4:

- ? – 1 чел (7,1%)
- менее 350 кл/мкл -10 (71,4%)
- более 350 кл/мкл – 3 (21,4%)

3. Средний уровень ВН – 10 165 РНК – копий/мл

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ МЛУ ТБ/ХБП В СТАЦИОНАРЕ

- Всем больным, получающим лечение МЛУ ТБ была проведена оценка почечной функции путем расчета СКФ по формуле СКД –ЕPI
- Мониторинг креатинина и СКФ – ежемесячно
- При СКФ ниже 60 мл/мин/1,73 м² в течение 3-х месяцев – коррекция дозы аминогликозидов
- При СКФ ниже 30 мл/мин/1,73 м – коррекция доз препаратов, согласно рекомендаций ВОЗ
- Проводилась коррекция дозировок, наиболее часто используемых препаратов, также обладающих нефротоксичным действием:
 - Амоксициллин
 - Флюконазол
 - Ко – тримаксозол
 - Метоклопрамид
 - АРВТ: , зидовудин, ламивудин, тенофовир

ДОЗЫ ПТП У БОЛЬНЫХ ПРИ СКФ <30 мл/мин/ 1,73 м²

ПТП	Дозы и частота приема
H	Без изменений
R	Без изменений
Z	25-35/кг x 3 р/нед
E	15-25 мг/кг x 3 р/нед
Am/Cm	12-15 мг/кг x 2-3 р/нед
Lfx	750-1000 мг x 3 р/нед
Mfx	Без изменений
Cs	250-500 мг ежедневно
Et/Pt	250-500 мг ежедневно

ПТП	Дозы и частота приема
PAS	8 гр/день в 2х разделенных дозах
Dlm	б/изменений, при С5 дозировка не установлена
Bdq	б/изменений, при С5 дозировка не установлена
Lzd	б/изменений
Cfz	б/изменений
Amx/Clv	100/250 x 2 р/д при СКФ 10-30 мл/мин 100/250 x 1 р/день при СКФ <10 мл/мин
Mpn/Ipn	750 мг x 2 р/д при СКФ 20-40 мл/мин 500 мг x 2 р/д при СКФ <20 мл/мин

ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

ИСХОДЫ	МЛУ ТБ/ХБП (+)		МЛУ ТБ/ХБП (-)	
	абс	%	абс	%
Негативация мокроты и клиничко – рентгенологическое улучшение	13	59,1	394	81,0
Отрыв	1	4,54	28	5,7
Неудача лечения	1	4,54	4	0,8
Перевод в др. ЛПУ	2	9,1	27	5,5
Летальный исход	5	22,72	34	7,0
Всего	22	100	487	100

ВИДЫ НПЯ

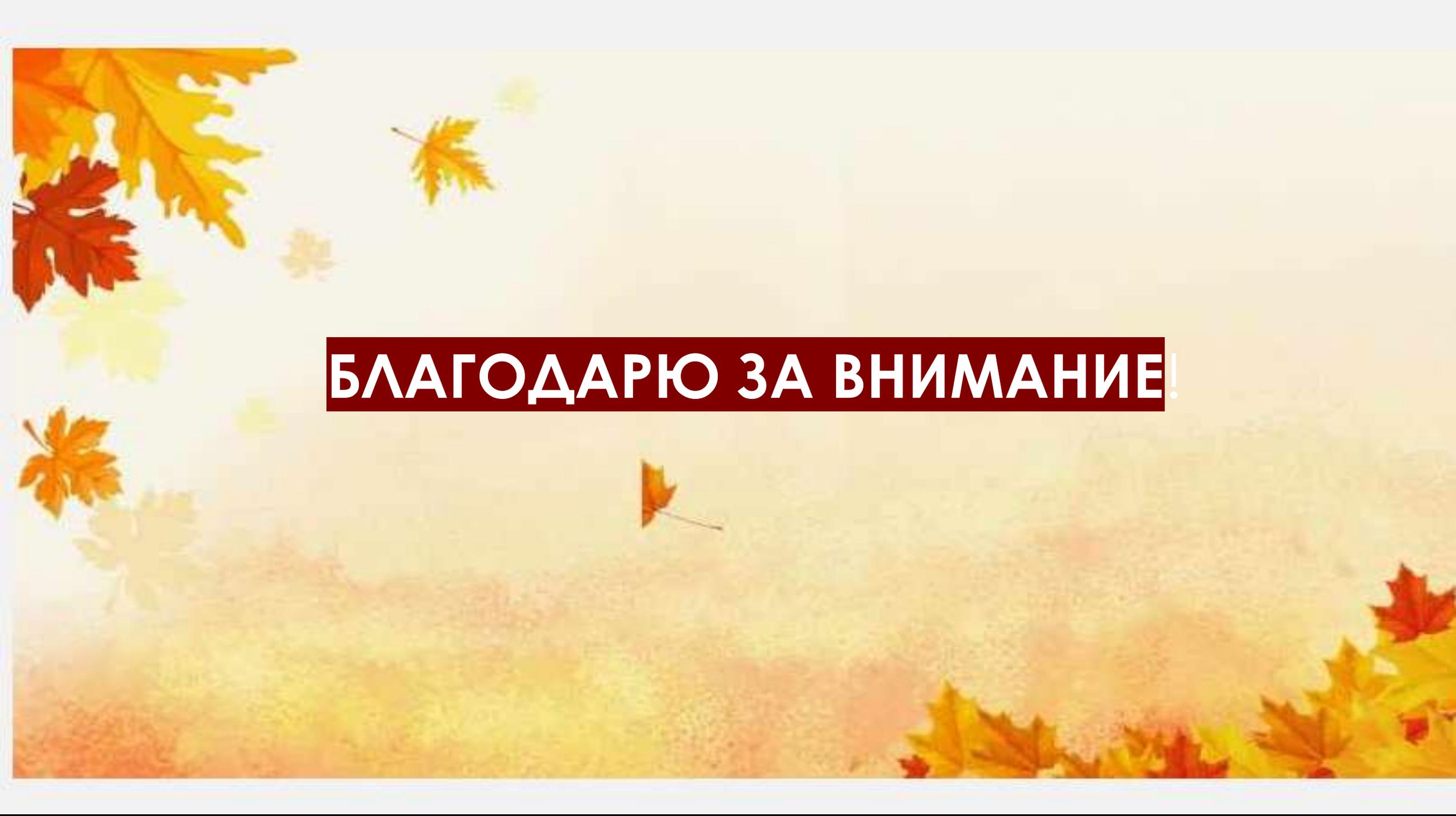
Виды ПР				
	МЛУ ТБ ХБП+, n=22	%	МЛУ ТБ/ХБП-, n=487	%
Аллергическая	1	4,5	7	1,4
Ототоксическая	1	4,5	11	2,2
Нефротоксическая	8	36,4	29	6,0
Периферическая полинейропатия	2	9,1	29	6,0
Диспепсия	3	13,6	2	0,4
Гепатит	4	18,2	16	3,3
Удл QT	1	4,5		
Анемия	2	9,1	19	3,9
Всего	22	100	113	23,2

УДЕЛЬНЫЙ ВЕС НПА НА ПТП

ПТП, абс	МЛУ ТБ/ХБП+, n=22	%	ПТП, абс	МЛУ ТБ/ХБП-, n= 487	%
Z, n =12	1	8,3	Z, n =95	18	18,9
E, n=4		0	E, n=30		0
Am/Km, n=5	3	60	Am/Km, n=95	42	44,2
Cm, n =9	6	66,6	Cm, n =48	17	35,4
Q, n=18		0	Q, n=366		0
Et/Pt, n=16	3	18,8	Et/Pt, n=154	11	7,1
PAS, n= 8	3	37,5	PAS, n= 75	22	29,3
Cs, n=22		0	Cs, n=469	6	1,3
Lzd, n=10	5	50	Lzd, n=397	50	12,6
Bdq, n=7	1	14,2	Bdq, n=316		0
Cfz, n=7		0	Cfz, n=7		0
Dlm, n=2		0	Dlm, n=2		0

ВЫВОДЫ

- Уровень больных МЛУ ТБ/ХБП+ составляет 4,3%, из них – 64% пациенты с выраженным нарушением функции почек (ниже 44 мл/мин/1,73м²)
- Среди факторов риска развития ХПБ лидирует ВИЧ в сочетании с ХВГС (63,6%) и ССЗ (22,7%)
- Эффективность лечения больных МЛУ ТБ/ХБП+ на 21,9% ниже, чем среди больных МЛУ ТБ/ХБП-
- Уровень летальности среди больных МЛУ ТБ/ХПБ+ на 15% выше, чем у больных МЛУ ТБ/ХБП-
- Удельный вес НПЯ среди больных МЛУ ТБ/ХБП+ на 76,8% выше, чем среди больных с МЛУ ТБ/ХБП-
- Наиболее неблагоприятными для лечения МЛУ ТБ/ХБП+ в стадиях С3а – С4 являются инъекционные препараты (канамицин, амикацин, каприомицин), линезолид и ПАС – натриевая соль
- Наибольшую нефротоксичность показали каприомицин и канамицин, наименьшую – амикацин
- Наиболее благоприятными для назначения больным МЛУ ТБ/ХБП+ были ПТП группы А и В
- Коррекция специфической терапии с благоприятным прогнозом возможна при С3а –С4
- Коррекция специфической терапии при С5 (СКФ < 15 мл/мин/1,73м²) невозможна без решения вопроса о проведении гемодиализа, летальность 100%

The background features a soft, light-colored gradient with several autumn leaves scattered across it. The leaves are in various shades of yellow, orange, and red, with some appearing to be falling or floating. A dark red horizontal bar is positioned in the center, containing the text.

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!