

М. М. Кужко, О. М. Старкова, Л. М. Процик, Н. М. Гульчук, О. В. Аврамчук
АНАЛІЗ ВПЛИВУ ЕФЕКТИВНОСТІ ОСНОВНОГО КУРСУ ХІМІОТЕРАПІЇ
ВПЕРШЕ ВІЯВЛЕНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ НА ВИНИКНЕННЯ
РЕЦИДИВІВ ЗАХВОРЮВАННЯ

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України»

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОСНОВНОГО КУРСА
ХИМИОТЕРАПИИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ
НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ РЕЦИДИВОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ

М. М. Кужко, Е. М. Старкова, Л. М. Процик, Н. М. Гульчук,
О. В. Аврамчук

Резюме

С целью изучения влияния проводимой химиотерапии на возникновение рецидивов туберкулеза легких проанализирована эффективность лечения 225 пациентов с впервые диагностированным туберкулезом легких.

У больных туберкулезом легких, у которых в последующем развился рецидив заболевания, достоверно меньше определялись микобактерии туберкулеза (МБТ) с сохраненной чувствительностью к противотуберкулезным препаратам – в (68,0 ± 5,4) % случаев, в структуре резистентности преобладали полирезистентные (17,4 %) и мультирезистентные (12,0 %) штаммы МБТ. Коррекция химиотерапии в зависимости от данных резистентности МБТ через 2 мес лечения была проведена только у (20,8 ± 8,3) % больных, через 4 мес – у (66,7 ± 9,6) % (p < 0,05), что стало причиной продления сроков заживления полостей распада до (5,2 ± 0,3) мес и продолжительности стационарного лечения до (5,4 ± 0,4) мес. У (43,1 ± 4,8) % больных, у которых в последующем диагностировали рецидив туберкулеза, основной курс химиотерапии заканчивался формированием больших остаточных изменений в легких.

Ключевые слова: рецидивы туберкулеза легких, химиотерапия, резистентность микобактерий туберкулеза.

Укр. пульмонол. журнал. 2014, № 4, С. 53–57.

Кужко Михаил Михайлович
 ГУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології
 ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»
 Заведуючий відділенням фтизіопульмонології
 Д. мед. н., професор
 10, ул. Н. Амосова, Киев, 03680, Украина
 Тел.: +38 044 2754200, kuzhko@ukr.net

INFLUENCE OF EFFECTIVENESS OF PRIMARY CHEMOTHERAPY OF
THE NEWLY DIAGNOSED PULMONARY TUBERCULOSIS ON THE
RECURRENCE OF THE DISEASE

M. M. Kuzhko, O. M. Starkova, L. M. Protsyk, N. M. Gulchuk,
O. V. Avramchuk

Abstract

Aim was to study the effect of chemotherapy on the occurrence of relapses of pulmonary tuberculosis.

Methods. We analyzed 225 cases of newly diagnosed pulmonary tuberculosis.

Results. In patients with relapses of pulmonary tuberculosis the prevalence of susceptible Mycobacterium tuberculosis was quite low: (68,0 ± 5,4) % cases (17,4 % poly-resistant, 12,0 % multi-resistant strains). Correction of chemotherapy according to Mycobacterium tuberculosis susceptibility testing after 2 months of treatment was done only in (20,8 ± 8,3) % of cases; after 4 months – in (66,7 ± 9,6) % cases (p < 0,05). This prolonged healing of destructive cavities by (5,4 ± 0,4) months and overall hospital stay by (5,4 ± 0,4) months. In (43,1 ± 4,8) % patients with the relapses of tuberculosis, primary chemotherapy was stopped with large residual lung lesions formation.

Key words: recurrent pulmonary tuberculosis, chemotherapy, resistance of Mycobacterium tuberculosis.

Ukr. Pulmonol. J. 2014; 4:53–57.

Mykhailo M. Kuzhko
 SI "National institute of phthisiology and pulmonology
 named after F. G. Yanovskyi NAMS of Ukraine"
 Chief of phthisiology-pulmonology department
 Doctor of medicine, professor
 10, M. Amosova str., 03680, Kyiv, Ukraine
 Tel.: +380 44 2754200, kuzhko@ukr.net

За останні роки у більшості країн світу туберкульоз стає однією з найважливіших проблем сьогодення, що обумовлено неухильним погіршенням епідеміологічної ситуації з цього захворювання. У нашій державі у зв'язку із соціально-економічними перетвореннями епідеміологічна ситуація з туберкульозу складається вкрай несприятливо, а з 1995 р. за критеріями ВОЗ навіть оголошено епідемію цієї недуги [1].

У 2005 р. зафіксовано найбільший показник захворюваності на туберкульоз – 84,1 на 100 тис. населення. Надалі показник захворюваності з кожним роком знижувався на 1,1–4,1 %. За даними 2009 р., у порівнянні з 2008 р., в Україні спостерігається подальше зниження рівня захворюваності на туберкульоз до 74,5 на 100 тис. населення та стабілізація показника смертності від нього. Протилежна динаміка відмічається при розгляді захворюваності на рецидиви туберкульозу легень – від 5,6–6,4

на 100 тис. населення у 1995–2001 рр. до 10,3–10,9 на 100 тис. населення у 2008–2009 рр. [2]. Тобто, за останні роки відмічається стрімке зростання захворюваності на рецидиви туберкульозу легень.

У хворих з рецидивами туберкульозу частіше діагностують занедбані специфічні процеси з переважанням розповсюджених та деструктивних форм, схильністю до хронічного перебігу [3]. У порівнянні з вперше виявленим захворюванням при рецидиві туберкульозу органів дихання у 9,1 разу частіше зустрічається фіброзно-кавернозна форма туберкульозу, у 1,7 разу – бактеріовиділення та у 1,6 разу – деструкція [4]. Серед цих пацієнтів висока частка бактеріовиділючів із резистентними микобактеріями туберкульозу (МБТ) до протитуберкульозних препаратів, а також з поганою переносимістю протитуберкульозних препаратів, що значно затрудняє лікування [5]. Ефективність терапії хворих на рецидиви туберкульозу легень залишається досить низькою як за припиненням микобактеріовиділення, так

і за загоєнням порожнин розпаду, а їх виліковування проходить з розвитком масивних залишкових змін [6]. Факти свідчать про те, що одна етіотропна хіміотерапія, навіть якщо її проводять з використанням сучасних протитуберкульозних препаратів за стандартними міжнародними схемами, рекомендованими ВООЗ, не в змозі запобігти подальшому зниженню ефективності лікування хворих на туберкульоз [7]. Тому лікування пацієнтів з рецидивами туберкульозу легенів завжди потребувало більших зусиль, ніж лікування вперше виявлених, а на тлі невпинного зростання захворюваності та зниження ефективності терапії ця проблема набуває у фтизіатрії особливої актуальності.

Об'єкт і методи дослідження

З метою вивчення впливу проведеної протитуберкульозної терапії на виникнення у подальшому рецидиву специфічного процесу проаналізовано ефективність хіміотерапії у 225 пацієнтів на вперше діагностований туберкульоз легень. Всі хворі завершили основний курс протитуберкульозної терапії тривалістю від 6 до 24 міс в залежності від встановленої резистентності МБТ. У процесі подальшого спостереження у ПТД за місцем проживання у 107 із них було діагностовано рецидив специфічного процесу у терміни від 2 до 7 років. Дані пацієнти увійшли до I (основної) групи. Ефективність хіміотерапії у цих хворих порівнювалася із лікуванням 118 пацієнтів (II група), у яких після завершення терапії протягом 5-ти років повторних випадків захворювання на туберкульоз не спостерігалось.

За статтю, віком, клінічними формами туберкульозу легень групи хворих були ідентичними. У (63,5 ± 4,7 %) пацієнтів I групи та у (59,3 ± 4,5 %) II групи – була діагностована інфільтративна форма туберкульозу легень. У пацієнтів I та II груп дисемінований процес у легенях виявляли у 21 (19,6 %) та 27 (22,8 %) хворих, відповідно, та вогнищеві зміни – у 15 (14 %) та 20 (16,9 %), відповідно. Переважна кількість пацієнтів, які увійшли у дослідження, мали розповсюджений характер туберкульозного процесу у легенях – двобічне ураження та ураження всієї легені діагностували у 42 (39,2 %) пацієнтів I групи та у 43 (36,4 %) – II групи. Наявність порожнин розпаду у легенях за даними рентгенологічного дослідження органів грудної клітки діагностували у 72 (67,3 ± 4,5) % та 86 (72,8 ± 4,1) % хворих I та II групи пацієнтів, відповідно.

Мікобактеріовиділення бактеріологічним та бактеріоскопічним методами виявляли у 75 (70,1 ± 4,4) % осіб I групи та у 87 (73,7 ± 4,1) % хворих II групи.

У 56 (74,7 %) хворих I групи мікобактеріовиділення було виявлено за дослідженням мазка мокротиння, в інших 19 (25,3 %) пацієнтів – тільки за методом посіву. У пацієнтів контрольної групи бактеріоскопічним методом МБТ виявили у 60 (69,0 %) випадків, тільки бактеріологічним – у 27 (31,0 %) хворих.

Результати клінічного, рентгенологічного та лабораторних досліджень хворих обробляли та обчислювали за параметричними та непараметричними методами статистики. В ході обробки результатів досліджень для кожного показника обчислювали середнє квадратичне відхилення, середнє арифметичне (M) та середню помил-

ку середнього арифметичного (m). Вірогідність різниці між групами, в яких дані розподілялись за нормальним законом, оцінювали за допомогою t-критерію за таблицею Ст'юдента. Якщо закон розподілу відрізнявся від нормального за U-критерієм – по парному критерію Уїлкоксона-Манна-Уїтні. Відмінність рахували достовірною при $p < 0,05$.

Результати та обговорення

У всіх пацієнтів, в яких було виявлено МБТ, проведений тест медикаментозної чутливості (ТМЧ). У більшості пацієнтів обох груп зберігалася чутливість МБТ до всіх протитуберкульозних препаратів I ряду (H, R, S, E, Z). Але у хворих, у яких у подальшому виник рецидив специфічного процесу, вірогідно менше зустрічалися МБТ із збереженою чутливістю до протитуберкульозних препаратів – у 51 (68,0 ± 5,4) % випадках, у порівнянні із хворими, у яких повторного захворювання на туберкульоз у подальшому не було – 72 (82,8 ± 4,0) % осіб, $p < 0,05$ (табл. 1).

Таблиця 1

Частота резистентності МБТ до протитуберкульозних препаратів, (M ± m) %

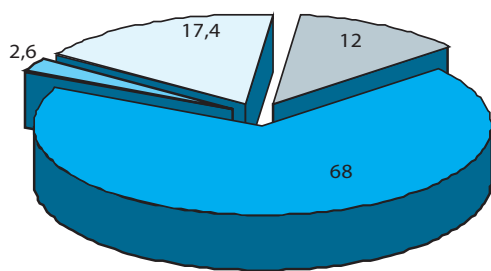
№ п/п	Резистентність МБТ до протитуберкульозних препаратів	I група (n = 75)		II група (n = 87)	
		абс. число	M ± m	абс. число	M ± m
1	Чутливість МБТ збережена	51	68,0 ± 5,4*	72	82,8 ± 4,0
2	H	1	1,3 ± 1,3	2	2,3 ± 1,6
3	R	1	1,3 ± 1,3	1	1,1 ± 1,1
4	HS/RS	9	12,0 ± 3,8	7	8,0 ± 2,9
5	HE/RE	2	2,7 ± 1,9	1	1,1 ± 1,1
6	HZ/RZ	2	2,7 ± 1,9	2	2,3 ± 1,6
7	HRS	3	4,0 ± 2,3	1	1,1 ± 1,1
8	HRE	1	1,3 ± 1,3	–	–
9	HRSE/HRSEZ	2	2,7 ± 1,9	1	1,1 ± 1,1
10	HRSEZ	1	1,3 ± 1,3	–	–
11	HRSEZPtKm	1	1,3 ± 1,3	–	–
12	HRSEZPtKmOfx	1	1,3 ± 1,3	–	–

Примітка. * – значення показника між групами вірогідно відрізняються, $p < 0,05$.

Як свідчать дані таблиці 1, у 24 (32,0 %) хворих I групи була встановлена резистентність МБТ до протитуберкульозних препаратів, що вірогідно більше, ніж у пацієнтів II групи – у 15 (17,2 %) випадків, $p < 0,05$.

У структурі резистентності переважали пацієнти із стійкістю до 1-2 протитуберкульозних препаратів – до ізоніазиду або рифампіцину та одного із препаратів I ряду. Структура резистентності МБТ у пацієнтів I групи відображена на рисунку 1.

У пацієнтів I групи, у яких в подальшому виник рецидив туберкульозу легень, у структурі резистентності МБТ переважали полірезистентні штами (стійкість до HS, RS, HE, RE, HZ, RZ) – у 17,4 % випадків. У 9 (12,0 %) хворих виявлені мультирезистентні МБТ (стійкість до HRS, HRE, HRSE, HRSZ, HRSEZ, HRSEZPtKm HRSEZPtKmOfx), що служило причиною їх переведення у 4 категорію із терміном лікування 18-24 міс.



■ Відсутність резистентності МБТ ■ Монорезистентність МБТ
□ Полірезистентність МБТ ■ Мультирезистентність МБТ

Рис. 1. Характер резистентності МБТ у пацієнтів основної групи.

Подібна структура резистентності МБТ спостерігалася і у пацієнтів II групи, яка представлена на рисунку 2.

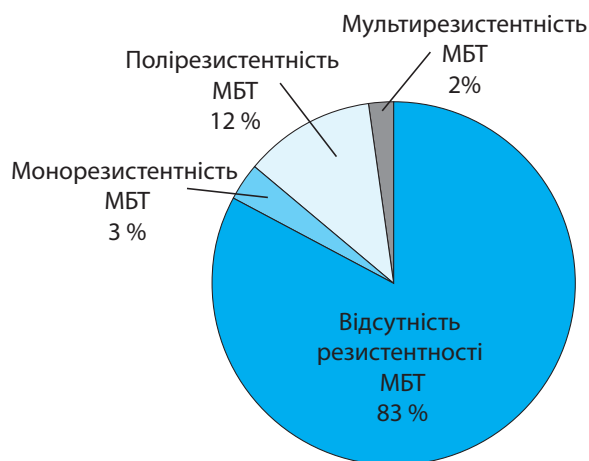


Рис. 2. Характер резистентності МБТ у пацієнтів контрольної групи.

Характер резистентності МБТ у пацієнтів II групи відзначався переважанням полірезистентних штамів МБТ (стійкість до HS, RS, HE, RE, HZ, RZ) – у 10 (11,4 %) випадків. Монорезистентність МБТ (стійкість до H або R) – у 3 (3,4 %) пацієнтів. Значно менше було виявлено пацієнтів із мультирезистентними МБТ (стійкість до HRS, HRSE) – лише у 2 (2,2 %) випадках. Наявність мультирезистентності МБТ, яка вимагає адекватного режиму хіміотерапії та тривалого лікування при вперше діагностованому туберкульозі легень може теж служити одним із факторів розвитку повторного захворювання на туберкульоз.

Оскільки, у дослідження входили лише пацієнти на вперше діагностований туберкульоз легень, специфічна хіміотерапія була призначена тільки за 1 та 3 категоріями. Пацієнтам I групи інтенсивна фаза протитуберкульозної терапії із 5-ти препаратів (H, R, S, E, Z) була призначена у 83 (77,6 %) випадках. Іншим 24 (22,4 %) хворим в інтенсивну фазу, враховуючи обмежений характер специфічного ураження, призначали 4 препарати (H, R, Z S/E). Хворі контрольної групи отримували 5 протитуберкульозних препаратів в інтенсивну фазу у 95 (80,5 %) випадків, 4 препарати – у 23 (19,5 %). По завершенні інтенсивної фази лікування, після загоєння порожнин

розпаду та припинення мікобактеріовиділення, пацієнти переводилися на фазу підтримуючої терапії.

Оскільки, у частини пацієнтів, як основної так і контрольної груп, була встановлена резистентність МБТ, проведений аналіз тактики лікування і термінів корекції режимів хіміотерапії, що відображено у таблиці 2.

Таблиця 2

Частота проведення корекції протитуберкульозної терапії в залежності від резистентності МБТ, (M ± m) %

Терміни корекції терапії	I група (n = 24)		II група (n = 15)	
	абс. число	M ± m	абс. число	M ± m
Через 2 міс	5	20,8 ± 8,3*	9	60,0 ± 12,6
Через 4 міс	16	66,7 ± 9,6*	14	93,3 ± 6,4
Через 6 міс	22	91,7 ± 5,6	15	100,0

Примітка. * – значення показника між групами вірогідно відрізняються, $p < 0,05$.

Неадекватні схеми терапії вірогідно частіше зустрічалися у групі хворих, які у подальшому повторно захворіли на туберкульоз легень (табл. 2). Так, через 2 міс терапії, у зв'язку із первиною резистентністю МБТ, повинна бути проведена корекція режиму терапії у 24 пацієнтів першої групи. Але зміна схеми терапії з врахуванням ТМЧ була виконана лише у 5 (20,8 %) хворих. Насамперед, це було пов'язано із відсутністю ТМЧ через 2 міс лікування, відсутністю необхідних препаратів II ряду. У хворих контрольної групи корекція режиму терапії була проведена у 9 (60,0 %) хворих, $p < 0,05$. Через 4 міс 16 (66,7 %) хворих основної групи отримували адекватну терапію згідно ТМЧ. Інша частина пацієнтів – 12 (33,3 %) продовжували отримувати нераціональні режими терапії. Частково причиною була відсутність протитуберкульозних препаратів у ПТД за місцем проживання та їх незадовільною переносимістю (6 хворих), в інших випадках причина призначення терапії, яка не відповідає ТМЧ залишається невідомою. У контрольній групі до 4 міс майже всі пацієнти (93,3 %) отримували терапію, яка враховувала ТМЧ.

Результати аналізу необхідності проведення корекції за 4 міс лікування в залежності від тесту медикamentозної чутливості приведено на рисунку 3.

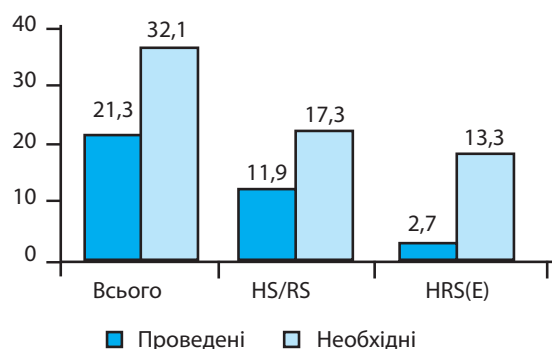


Рис. 3. Необхідність корекції протитуберкульозної терапії протягом 4-х місяців лікування в залежності від даних ТМЧ у хворих основної групи.

Як видно із рисунку 3, тільки частині пацієнтів була проведена необхідна корекція лікування. При встановленні полірезистентності МБТ (стійкість до HS, RS, HE, RE) у більшості випадків (11,9 % із 17,3 %) призначається раціональна хіміотерапія. Протилежна ситуація складається при мультирезистентному туберкульозі – вже у більшості випадків пацієнти отримували неадекватну протитуберкульозну терапію. Тільки 2 (2,7 %) хворих за перші 4 міс отримували режим терапії за 4 категорією згідно проведеного ТМЧ. Таким чином, більшість пацієнтів із полі- та мультирезистентним туберкульозом, які повторно захворіли на туберкульоз легень, при первинному захворюванні отримували неадекватні режими протитуберкульозної терапії.

Проведений аналіз ефективності лікування вперше діагностованого туберкульозу в обох групах пацієнтів з метою виявлення закономірностей, що призводять до виникнення рецидивів туберкульозу легень.

Таблиця 3

Динаміка припинення мікобактеріовиділення, (M ± m) %

Терміни припинення мікобактеріовиділення	I група (n = 75)		II група (n = 87)	
	абс. число	M ± m	абс. число	M ± m
Через 2 міс	55	73,3 ± 5,1*	77	88,5 ± 3,4
Через 4 міс	67	89,3 ± 3,6*	86	98,9 ± 1,1
Через 6 міс	74	98,7 ± 1,3	87	100

Примітка. * – значення показника між групами вірогідно відрізняються, $p < 0,05$.

Вивчення бактеріологічної динаміки показало (табл. 3), що через 2 міс лікування бактеріовиділення припинилось у 55 (73,3 %) з 75 бактеріовиділювачів I групи, у 77 (88,5 %) з 87 бактеріовиділювачів II групи ($p < 0,05$), через 4 міс – у 67 (89,3 %) осіб I групи, у 86 (98,9 %) осіб II групи ($p < 0,05$). Таким чином, за перші 4 міс частота припинення мікобактеріовиділення була достовірно вищою у групі хворих, які у подальшому повторно не хворіли на туберкульоз легень. У групі пацієнтів, у яких під час спостереження розвинувся рецидив туберкульозу, терміни і частота припинення мікобактеріовиділення були нижчими, що можливо пов'язано із більшою часткою хворих із резистентністю МБТ. Через 6 місяців достовірної різниці у припиненні мікобактеріовиділення вже не відмічалось – у 74 (98,7 %), у 87 (100 %) обстежених пацієнтів в групах відповідно, $p > 0,05$.

Характеризуючи динаміку рентгенологічних змін слід зазначити, що розсмоктування (ущільнення) інфільтративних та вогнищевих утворень у легенях хворих всіх груп розпочиналося вже через 1-2 міс лікування, досягаючи максимуму через 3-4 міс, і завершувалося, як правило, на 5-6 міс лікування.

Так, розсмоктування (ущільнення) інфільтративних і м'яковогнищевих утворень в легенях вже через 2 міс лікування спостерігалось у 34 (31,8 ± 4,5) % хворих I групи і у 48 (40,7 ± 4,5) % – II групи ($p > 0,05$). Значне їх розсмоктування або ущільнення було досягнуто після 4 міс лікування у 75 (70,1 ± 4,4) % із 107 пацієнтів з наявністю цих змін до початку лікування і часткове – у 22 (29,9 ±

4,4) % пацієнтів основної групи. У контрольній групі значне розсмоктування або ущільнення спостерігалось у 94 (79,6 ± 3,7) % із 118 хворих з аналогічними змінами до лікування і часткове – у 24 (20,4 ± 3,7) %, ($p > 0,05$).

Деструктивні зміни у легенях до початку лікування відмічались у 158 (70,2 %) хворих, які увійшли у дослідження. Серед досліджуваних груп порожнини розпаду у легенях було діагностовано – у 72 (67,3 %) пацієнтів I групи і у 86 (72,9 %) – II групи.

Порівняльний аналіз динаміки загоєння деструкцій у легенях у пацієнтів досліджуваних груп представлений у таблиці 4.

Таблиця 4

Частота загоєння порожнин розпаду у легенях, (M ± m) %

Терміни загоєння порожнин розпаду	I група (n = 72)		II група (n = 86)	
	абс. число	M ± m	абс. число	M ± m
Через 2 міс	18	25,0 ± 5,1	25	29,1 ± 4,9
Через 4 міс	48	66,7 ± 5,6*	71	82,6 ± 4,1
Через 6 міс	67	93,1 ± 3,0	85	98,8 ± 1,2

Примітка. * — значення показника між групами вірогідно відрізняються, $p < 0,05$.

Як свідчать дані таблиці 4, у більшості хворих по завершенню стаціонарного етапу лікування відбулося загоєння порожнин розпаду у легенях – у 67 (93,1 %) із 72 хворих, в яких у подальшому виник рецидив туберкульозу легень і у 85 (98,8 %) хворих, в яких випадків повторного захворювання на туберкульоз не було зареєстровано ($p > 0,05$). Але проаналізувавши динаміку загоєння порожнин деструкції, можна відмітити, що найбільш швидко рубцювання каверн відбувалося у пацієнтів II групи, що можна пояснити запізнілою корекцією протитуберкульозної терапії із врахуванням даних ТМЧ (табл. 2, рис. 3), а також більшою часткою хворих із мультирезистентним туберкульозом в I групі.

При аналізі термінів зникнення клінічної симптоматики, припинення мікобактеріовиділення та загоєння порожнин розпаду, виявлені наступні закономірності.

Терміни зникнення симптомів інтоксикації, кашлю, мокротиння пацієнтів основної та контрольної груп достовірно не відрізнялися. У більшості випадків симптоми інтоксикації, задишки зникали або значно зменшувалися через (1,1 ± 0,1) і (1,0 ± 0,1) міс в обох групах ($p > 0,05$).

Терміни припинення бактеріовиділення, визначеного методами бактеріоскопії і посіву, у хворих I групи були більшими (2,8 ± 0,3) міс від термінів негативації мокротиння у II групі (2,3 ± 0,2) міс, але достовірної динаміки виявлено не було ($p > 0,05$).

Розсмоктування вогнищевих змін відбувалося в середньому через (4,8 ± 0,3) міс у I групі та (4,2 ± 0,2) міс у II групі ($p > 0,05$).

Неефективність проведеної терапії, зокрема тривале незагоєння порожнин розпаду у легенях, сприяє виникненню рецидивів туберкульозу після завершення лікування. Так, у пацієнтів, у яких не спостерігалось випадків повторного захворювання на туберкульоз,

рубцювання деструкцій у легенях наступало через $(4,1 \pm 0,2)$ міс, що вірогідно менше, ніж у хворих із рецидивами специфічного процесу — $(5,2 \pm 0,3)$ міс, $p < 0,05$.

Загоєння порожнин розпаду також відобразилось і на загальних термінах стаціонарного лікування: більш тривалими вони були у хворих основної групи — $(5,4 \pm 0,4)$ міс, у порівнянні із $(4,2 \pm 0,3)$ міс в контрольній групі, $p < 0,05$.

Залишкові зміни після перенесеного туберкульозу легень вважалися малими при наявності поодиноких щільних або звапнених вогнищ, обмежених фіброзних і циротичних змін в межах одного сегмента або обмежених плевральних нашарувань. До великих залишкових змін у легенях ми відносили туберкульоми, крупні ущільнені вогнища, масивні ділянки фіброзу, а також поєднання двох або більше ознак, характерних для малих залишкових змін.

Проведений аналіз залишкових змін у легенях після завершення стаціонарного етапу лікування, з метою визначення їх ролі у розвитку рецидивів специфічного процесу, який представлений у таблиці 5.

Таблиця 5

Залишкові зміни у легенях після завершення основного курсу протитуберкульозної терапії, (M ± m) %

Група хворих	Залишкові зміни в легенях			
	великі		малі	
	абс. число	M ± m	абс. число	M ± m
I група	45	43,1 ± 4,8	62	57,9 ± 4,8
II група	30	25,4 ± 4,0*	88	74,6 ± 4,0*

Примітка. * — значення показника між групами вірогідно відрізняються, $p < 0,05$.

Великі залишкові зміни після вилікуваного туберкульозу легень можуть бути серйозним чинником у виникненні повторного захворювання на туберкульоз (табл. 5). У 45 ($43,1 \pm 4,8$) % із 118 пацієнтів із рецидивами специфічного процесу, лікування первинного захворювання на туберкульоз завершилося формуванням великих залишкових змін у легенях. У хворих без рецидивів туберкульозу легень протягом 5 років спостереження, основний курс протитуберкульозної терапії завершився формуванням великих залишкових змін у легенях лише — у 30 ($25,4 \pm 4,0$) % із 118 випадків, $p < 0,05$.

Висновки

Уперше виявлених хворих на туберкульоз легень, в яких у подальшому виник рецидив захворювання, вірогідно менше визначалися МБТ із збереженою чутливістю до протитуберкульозних препаратів — у ($68,0 \pm 5,4$) % випадках, у порівнянні із пацієнтами, у яких повторного захворювання на туберкульоз не спостерігалось — у ($82,8 \pm 4,0$) % осіб, $p < 0,05$.

У пацієнтів із полі- та мультирезистентним туберкульозом, які повторно захворіли на туберкульоз легень, при первинному захворюванні корекція лікування, відповідно до результатів тесту медикаментозної чутливості МБТ, через 2 міс була проведена лише у ($20,8 \pm 8,3$) % випадків, через 4 міс — у ($66,7 \pm 9,6$) %, ($p < 0,05$), що стало причиною подовження термінів загоєння порожнин розпаду до ($5,2 \pm 0,3$) міс та тривалості стаціонарного лікування до ($5,4 \pm 0,4$) міс.

Формування великих залишкових змін у легенях після завершення основного курсу протитуберкульозної терапії підвищують ризик розвитку рецидивів туберкульозу, про що свідчить їх наявність у ($43,1 \pm 4,8$) % хворих, у яких в подальшому діагностували рецидив захворювання, у порівнянні із пацієнтами без рецидивів специфічного процесу — у ($25,4 \pm 4,0$) % випадках, $p < 0,05$.

ЛІТЕРАТУРА

1. Фещенко, Ю. І. Стан і проблеми протитуберкульозної допомоги населенню України та шляхи її поліпшення [Текст] / Ю. І. Фещенко // Укр. пульмонолог. журн. — 2004. — № 2. — С. 5–8.
2. Туберкульоз в Україні: Аналітично-статистичний довідник за 1999-2009 роки [Текст] / Під ред. З. М. Митника. — Київ, 2010. — 93 с.
3. Проблеми рецидивів туберкульозу легень [Текст] / Петренко В. М. [та ін.] // Укр. пульмонолог. журн. — 2008. — № 2. — С. 60–64.
4. Изучение причин и факторов, способствующих развитию рецидивов туберкулеза органов дыхания [Текст] / Костромцов С. В. [и др.] // Пробл. туберкулеза и болезней легких. — 2011. — № 5. — С. 43–46.
5. Мишин, В. Ю. Рецидивы туберкулеза органов дыхания [Текст] / В. Ю. Мишин, С. Н. Жестовских // Пробл. туберкулеза и болезней легких. — 2004. — № 2. — С. 11–13.
6. Степень выраженности риска возникновения рецидива туберкулеза органов дыхания у лиц, наблюдающихся по III группе диспансерного учёта [Текст] / Н. Н. Вязкова [и др.] // Пробл. туберкулеза и болезней лёгких. — 2007. — № 11. — С. 11–14.
7. Risk of relapse and failure after retreatment with the Category II regimen in Nepal [Text] / Yoshiyama T. [et al.] // Int. J. Tuberc. Lung Dis. — 2010. — № 11. — P. 1418–1423.

REFERENCES

1. Feshchenko Yul. Stan i problemy protytuberkuloznoyi dopomogy naseleennyu Ukrainy ta shlyakhy yiyi polipshennya (A State and the problems of the antituberculosis healthcare service in Ukraine and the ways of its improvement). *Ukr. Pulmonol. Zhurnal*. 2004;No 2:5–8.
2. Mytnyk ZM. Tuberkuloz v Ukraini: Analitichno-statystychnyy dovidnyk za 1999-2009 roky (Tuberculosis in Ukraine: Analytical and statistical information for the years 1999-2009). Kyiv. 2009;93 p.
3. Petrenko VM, et al. Problemy retsydyviv tuberkulozu legen (Problems of the relapses of pulmonary tuberculosis). *Ukr. Pulmonol. Zhurnal*. 2008;No 2:60–64.
4. Kostromtsov SV, et al. Izuchenye prichin i faktorov, sposobstvuyushchikh razvitiyu retsidivov tuberkuleza organov dykhaniya (Study of the causes and factors contributing to the development of relapses of pulmonary tuberculosis). *Probl. tuberkuloza i bolezney legkikh*. 2011;No 5:43–46.
5. Mishin VYu, Zhestovskikh SN. RetSIDIVY tuberkuleza organov dykhaniya (Relapses of pulmonary tuberculosis). *Probl. tuberkuloza i bolezney legkikh*. 2004;No 2:11–13.
6. Vyazkova NN, et al. Stepen vyrazhennosti riska vozniknoveniya retsidiva tuberkuleza organov dykhaniya u lits, nablyudayushchikhsya po III gruppe dispanserного ucheta (Severity of the risk of relapse of respiratory tuberculosis in persons observed in group III of dispensary registry). *Probl. tuberkuloza i bolezney legkikh*. 2007;No 11:11–14.
7. Yoshiyama T, et al. Risk of relapse and failure after retreatment with the Category II regimen in Nepal. *Int. J. Tuberc. Lung Dis*. 2010;11:1418–1423.