

заміщенням їх функціонально неповноцінними формами бактерій та посиленням розмноження умовно-патогенних мікроорганізмів.

У контрольній групі основу флори ТК формували біфідо- та лактобактерії, ентерококи та кишкові палички з нормальною ферментативною активністю. У 13,3 % ПЗО спостерігалось лише незначне зниження кількості облигатних анаеробів. У 3 осіб виділено епідермальний стафілокок у кількості 2 lg КУО/г, у 3 — гриби роду *Candida* та у одного — епідермальний стафілокок і гриби роду *Candida* в клінічно не значущих кількостях (до 3 lg КУО/г).

У хворих 1-ї групи найвиразнішими були зміни з боку біфідо-, лактобактерій і ешерихій з нормальною ферментативною активністю. Вміст біфідобактерій у випорожненнях хворих був нормальним лише у 10 % випадків, лактобактерій — у 15 %, а у більшості хворих спостерігалось зниження їхньої кількості ($p < 0,05$). У 47,5 % хворих помічено зниження вмісту біфідобактерій на 1–2 порядки, у 42,5 % — на 3–4 порядки. Кількість лактобактерій була меншою на 1–2 порядки порівняно з нормою у переважній кількості випадків — у 50 %, на 3–4 порядки — у 35 % випадків.

Кишкову паличку, нормальну в ферментативному відношенні, виділено у достатній кількості у 27,5 % хво-

рих 1-ї групи. У 52,5 % хворих спостерігалось зниження вмісту *E. coli* на 1–2 порядки та у 20 % випадків — на 3–4 порядки, тобто переважало незначне зниження кількості ешерихій ($p < 0,05$).

Найменш виразними були зміни з боку резидентних ентерококів, кількість яких була зниженою на 1–2 порядки у 15 % пацієнтів та на 3–4 — у 12,5 %.

На тлі дефіциту облигатних мікроорганізмів у хворих 1-ї групи спостерігалось зниження колонізаційної резистентності слизової оболонки ТК, що виявлялось контамінацією її умовно-патогенною мікрофлорою, серед представників якої найчастіше виділяли гриби роду *Candida*.

У 20 % випадків дріжджоподібні гриби виділено в кількості 4–5 lg КУО/г та у 10 % — 6 lg КУО/г і більше. У 12,5 % хворих виділено протей та у 1,5 % — цитробактер.

Висновки. У хворих із вперше діагнованим туберкульозом легень ще до початку прийому протитуберкульозних препаратів встановлено значне зниження вмісту облигатних автохтонних мікроорганізмів та підвищення кількості умовно-патогенних бактерій, що вірогідно відрізнялось від практично здорових осіб за всіма параметрами ($p < 0,05$).

УДК 616.24-002.5-07-085.281

Динаміка припинення бактеріовиділення у хворих із вперше діагнованим туберкульозом легень із застосуванням ін'єкційних форм ізоніазиду і рифампіцину в інтенсивну фазу лікування

Л.Д. Тодоріко, І.О. Сем'янів

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», Чернівці, Україна

E-mail: pulmonology@bsmu.edu.ua

Мета роботи — удосконалення комплексної програми протитуберкульозної терапії із застосуванням ін'єкційних форм ізоніазиду та рифампіцину у хворих із вперше діагнованим туберкульозом легень.

Матеріали та методи. Обстежено 60 хворих із вперше діагнованим туберкульозом (ВДТБ) легень, яких було розподілено на дві групи. До першої групи увійшло 30 хворих із ВДТБ, які отримували таблетовані протитуберкульозні препарати першого ряду в інтенсивну фазу хіміотерапії. Другу групу склали 30 хворих із ВДТБ, які отримували ін'єкційні форми рифампіцину та ізоніазиду в інтенсивну фазу хіміотерапії. Чоловіків було 45 (75 %), жінок — 15 (25 %). Середній вік становив $(39,6 \pm 1,3)$ року.

Результати. Основним критерієм ефективності лікування хворих на туберкульоз, згідно з уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної та третинної медичної допомоги хворим на туберкульоз № 620, є припинення бактеріовиділення. Після 60 доз інтенсивної фази усім хворим проведено мікроскопічне дослідження харкотиння та встановлено, що бактеріовиділення припинилось у 36,7 % хворих першої групи, натомість на 60-й дозі введення ін'єкційних форм протитуберкульозних препаратів бактеріовиділення припинилось у 60 % випадків ($p < 0,05$). У 31 хворого, за рішенням центральної лікарської консультативної комісії (ЦЛКК), інтенсивну фазу продовжено до 90 доз. Після моніторингу харкотиння на 90-й дозі встановлено, що у 16,7 % випадків у пацієнтів, які отримували стандартну схему

лікування, продовжувалось бактеріовиділення, що вказує на недостатню ефективність перорального шляху введення. У хворих другої групи після 90 доз у інтенсивну фазу значно поліпшилась динаміка показників, бактеріовиділення продовжувалось лише у 3,3 %.

У 3,3 % пацієнтів першої групи не зменшилась масивність бактеріовиділення на 90-й дозі інтенсивної фази, їм рекомендовано переведення у 2-гу категорію лікування. У 16,7 % випадках, за рішенням ЦЛКК, інтенсивну фазу продовжено до 120 доз. Після мікроскопії харкотиння на 120-й дозі 10 % хворих першої групи переведено в підтримувальну фазу хіміотерапії та у 3,3 %, за рішенням ЦЛКК, встановлено діагноз неефективного лікування й переведено їх у 2-гу категорію. Усі пацієнти другої групи, яким продовжено схему лікування до 120 доз, були знебацлені та переведені у підтримувальну фазу хіміотерапії.

Економічна обґрунтованість є одним із основних показників у формуванні режимів для лікування хворих на ВДТБ. Наше дослідження продемонструвало, що в разі використання ін'єкційних форм ізоніазиду та рифампіцину термін перебування хворих у стаціонарі становив 2190 ліжко-днів, що на 420 ліжко-днів менше, ніж у хворих, яких лікували за стандартною схемою з використанням таблетованих форм ПТП. Зменшення терміну перебування хворих у стаціонарі сприяє економії коштів на державному рівні, поліпшує психологічну складову та якість життя пацієнтів та прискорює переривання епідеміологічного ланцюга.

Висновки. Згідно з протоколом, результати дослідження підтвердили вірогідно вищу ефективність застосування в програмах хіміотерапії інтенсивної фази

у хворих на ВДТБ із бактеріовиділенням ін'єкційних форм ізоніазиду та рифампіцину порівняно з таблетованими.

УДК 616.24-002.5-085.33.032.73

Переваги ін'єкційного застосування рифампіцину та ізоніазиду в інтенсивну фазу хіміотерапії у хворих з вперше діагностованим поширеним туберкульозом легень

Л.Д. Тодоріко, І.О. Сем'янів

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», Чернівці, Україна

E-mail: pulmonology@bsmu.edu.ua

Актуальність. Проблема туберкульозу (ТБ) залишається актуальною для України і належить до питань національної безпеки та має стратегічний державний пріоритет. Подолання цієї хвороби лежить у площині відповідальності держави перед громадянами, які мають конституційне право на захист здоров'я, а також медичної галузі, діяльність якої має бути перорієнтована на пріоритети громадського здоров'я.

Мета роботи — аналіз ефективності ін'єкційного введення ізоніазиду та рифампіцину в інтенсивну фазу лікування хворих із вперше діагностованим туберкульозом легень та супутньою патологією системи печінки.

Матеріали та методи. Обстежено 60 хворих із вперше діагностованим туберкульозом (ВДТБ) легень та супутнім ураженням гепато-панкреато-біліарної (Г-П-Б) системи. Виділено дві групи: перша — 30 хворих із ВДТБ та ураженням Г-П-Б системи, які отримували таблетовані протитуберкульозні препарати першого ряду в інтенсивну фазу хіміотерапії; друга — 30 хворих із ВДТБ та ураженням Г-П-Б системи, які отримували ін'єкційні форми рифампіцину та ізоніазиду в інтенсивну фазу хіміотерапії.

Результати. Встановлено, що у першій групі після прийому 60 доз препаратів за загальноприйнятою схемою бактеріовиділення припинилося у 36,7 % (11) хворих. Натомість у хворих, які отримували ін'єкційні форми протитуберкульозних препаратів, бактеріовиділення на 60-й дозі ІФ припинилося у 60 % (18) хворих ($p < 0,05$). У 31 хворого за рішенням центральної лікарської консультативної комісії (ЦЛКК) інтенсивну фазу продовжено до 90 доз. Після моніторингу харкотиння на 90-й дозі встановлено, що у 16,7 % випадків у пацієнтів, яких лікували за стандартною схемою, продовжилося бактеріовиділення, що вказує на недостатню ефективність перорального шляху введення протитубер-

кульозних препаратів. У хворих другої групи після 90 доз у інтенсивну фазу спостерігалася значно ліпша динаміка показників, бактеріовиділення тривало лише у 3,3 % пацієнтів.

У 3,3 % пацієнтів констатовано неефективне лікування на 90-й дозі інтенсивної фази та рекомендовано переведення в 2-гу категорію лікування, оскільки не зменшилася масивність бактеріовиділення. У 16,7 % випадках, за рішенням ЦЛКК, хворим інтенсивну фазу продовжено до 120 доз. Після мікроскопії харкотиння на 120-й дозі 10 % хворих першої групи переведено у підтримувальну фазу хіміотерапії та у 3,3 %, за рішенням ЦЛКК, визнано лікування неефективним і переведено в 2-гу категорію лікування. Усі пацієнти другої групи, яким було продовжено схему лікування до 120 доз, були знебацилі та переведені у підтримувальну фазу хіміотерапії.

Значно ліпші показники знебацилізації у хворих, які отримували ін'єкційні форми ізоніазиду та рифампіцину, можна пояснити перевагою парентерального шляху введення препаратів, який має психологічну складову, що є невід'ємною у разі тривалого лікування хворих на туберкульоз.

Висновки. Економічна обґрунтованість є одним із основних показників у формуванні режимів для лікування хворих із вперше діагностованим туберкульозом. У разі використання ін'єкційних форм ізоніазиду та рифампіцину термін перебування хворих у стаціонарі становив 2190 ліжко-днів, що на 420 ліжко-днів менше, ніж у хворих, які отримували стандартну схему з використанням таблетованих форм протитуберкульозних препаратів. Зменшення терміну перебування хворих у стаціонарі супроводжується заощадженням державних коштів, поліпшенням психологічної складової та якості життя пацієнтів й прискорює переривання епідеміологічного ланцюга.

УДК 616.24-002.5-085.281-06:616.36/.37-02-084

Запобігання виникненню побічних реакцій на протитуберкульозні препарати у хворих на туберкульоз легень із супутнім ураженням гепато-панкреато-біліарної системи

Л.Д. Тодоріко, І.О. Сем'янів, М.М. Сем'янів

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», Чернівці, Україна

E-mail: pulmonology@bsmu.edu.ua

Актуальність. Туберкульоз (ТБ) продовжує залишатися серйозною проблемою для практичної охорони здоров'я у всьому світі. Україна належить до країн із

досить високим рівнем захворюваності на ТБ — 59,5 на 100 тис. населення у 2014 р. Показник виживаності хворих на туберкульоз в Україні сягає 58 % за реально досяж-