

С.І. Корнага, І.Т. П'ятночка, Н.В. Тхорик

МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНІСТЬ МІКОБАКТЕРІЙ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ХВОРИХ З РЕЦИДИВАМИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Наведена частота мультирезистентності у хворих з рецидивами туберкульозу легень в Тернопільській області за останні 4 роки (2010-2013 рр.). Мультирезистентність зросла з 23,8 до 34,6 %. З'ясовані найбільш вірогідні причини виникнення та можливі шляхи її запобігання.

Ключові слова: туберкульоз легень, рецидиви, мультирезистентність.

Туберкульоз – інфекційна хвороба, яку спричиняють мікобактерії туберкульозу, перебігає з періодичними загостреннями, рецидивами та ремісіями. Соціальний та економічний фактори, недоліки в роботі системи охорони здоров'я, поширення ВІЛ/СНІДу сприяють розвитку епідемії, зокрема хіміорезистентного туберкульозу, лікування якого є надто складним, дорогим і малоефективним. Своєчасна діагностика хворих на мультирезистентний туберкульоз (МРТ) та адекватне лікування запобігають передачі інфекції та виникненню нових випадків захворювання з первинною медикаментозною резистентністю.

За останні роки, на тлі поступової стабілізації епідемічної ситуації, велику загрозу становить поширення мультирезистентного туберкульозу.

МРТ – найнебезпечніша форма туберкульозу, при якій мікобактерії стають стійкими до двох найважливіших протитуберкульозних препаратів: ізоніазиду та рифампіцину. МРТ поширюється так само, як і звичайний. Однак мікобактерії мають більшу вірулентність і набагато легше передаються від хворої до здорової людини. Пацієнти на МРТ потребують обов'язкової госпіталізації та адекватного лікування строком від 18 до 24 місяців. Лікування складне, дороге, до 18000 грн на рік [1]. Хіміотерапія є значно витратніша, більш токсична для хворого та менш ефективна [2].

Сьогодні лікування хворих на туберкульоз здійснюють згідно з уніфікованим клінічним протоколом медичної допомоги (УКПМД) «Туберкульоз» (2012) [3]. Стаціонарне лікування проводиться до припинення бактеріовиділення, що підтверджується методом мікроскопії мазка мокротиння [3].

Одним з показників ефективності лікування хворих на туберкульоз є зниження відсотка випадків туберкульозу з повторним лікуванням, передусім з рецидивами, серед хворих I, III категорій. Протягом 2010-2012 років цей показник мав тенденцію до зростання: 26,4, 26,9 і 30,3 % відповідно [4]. Практично у всіх регіонах України за результатами 2012 року констатовано зростання кількості випадків туберкульозу з рецидивами. Рецидиви туберкульозу легень (РТБЛ) є основним джерелом формування хронічних деструктивних форм туберкульозу і поширення мікобактерій. Серед хворих з рецидивами значна частина є бактеріовиділювачами, а 44 % з них – мультирезистентними [5]. Результати лікування пацієнтів з рецидивами доволі низькі та знижуються у віддалений період [6], а такі хворі є особливо небезпечними для населення взагалі.

Мета роботи – з'ясувати частоту і причини мультирезистентності серед пацієнтів з рецидивами туберкульозу у Тернопільській області за останні 4 роки.

Пацієнти і методи

На підставі бактеріологічних досліджень за 2010-2013 роки вивчали чутливість мікобактерій у 249 хворих з рецидивами туберкульозу легень. Згідно з даними медичної документації та індивідуального опитування пацієнтів, з'ясувались можливі причини формування рецидивів, зокрема з мультирезистентним туберкульозом легень.

Результати досліджень та їх обговорення

За останні 4 роки захворюваність на туберкульоз легень в області низилась з 503 до 450 пацієнтів, в той же час кількість рецидивів туберкульозу легень зросла відповідно з 77 до 107 хворих. До того ж, серед рецидивів констатовано значний відсоток деструктивних і бациллярних форм туберкульозу, зокрема у 2010 р. – 51,9 і 49,4 %, у 2013 р. – відповідно 79,2 і 100 % ($p < 0,05$). Це надзвичайно негативно впливає на епідеміологічну ситуацію, сприяє почастишанню хронічних форм і мультирезистентності, тобто якісно більш небезпечному туберкульозу, як за контагіозністю, клінічним перебігом, так і низькою ефективністю лікування.

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Причинами почастишання рецидивів була передчасна виписка із стаціонару хворих на вперше діагностований туберкульоз, з незавершеним репаративним процесом, незагоєними порожнинами розпаду, хоч і після припинення бактеріовиділення за мазком, недбале ставлення пацієнтів до свого здоров'я, передусім під час амбулаторного лікування [6, 7].

Передчасна виписка хворих із стаціонару, як і почастишання рецидивів, до певної міри, можна пояснити середньою тривалістю основного завершеного курсу хіміотерапії пацієнтів на вперше діагностований туберкульоз легень. У 2010 р. вона становила 252,0 дні, а в наступні три роки відповідно 241,8, 221,1 і 199,1 дня. Особливу тривогу викликає те, що з кожним роком резистентність мікобактерій туберкульозу до антимікобактерійних препаратів зростає, зокрема у хворих з рецидивами. В таблиці 1 наведено частоту резистентності мікобактерій у хворих з рецидивами туберкульозу легень.

Таблиця 1

Хіміорезистентність хворих з рецидивами туберкульозу легень (%)

Рік		2010	2011	2012	2013
Абс. число хворих		42	38	62	107
Стойкість до АМБП	H+R	23,8	28,9	33,9	34,6
	H	42,9	44,7	48,4	50,5
	R	26,2	34,2	38,7	38,3
	E	19,0	13,2	27,4	24,3
	S	35,7	44,7	51,6	49,5

Як видно з таблиці 1, хіміорезистентність до всіх 4-х препаратів I-го ряду за останні 4 роки зросла і, головне, мультирезистентність – з 23,8 до 34,6 % ($p>0,05$). Це надзвичайно тривожна епідеміологічна ситуація. Одночасно варто зауважити, що значно зросла мультирезистентність і серед вперше діагностованих хворих, зокрема з 6,1 до 10,9 % ($p>0,05$). Основною причиною мультирезистентності серед цього контингенту пацієнтів є контакт з хворими IV-ї категорії, зокрема з мультирезистентними рецидивами.

Ефективність терапії хворих з рецидивами незадовільна. У 2010-2011 рр. із 157 пацієнтів ефективно проліковано всього 64,3 %, а загоєння порожнин розпаду досягнуто у 41,3 % осіб. Решта переходять у «хроніки», що підлягають індивідуальному режиму лікування, зокрема і в переважній більшості паліативному та доволі часто в домашніх умовах. Проте, паліативне лікування в спеціалізованому протитуберкульозному стаціонарі не завжди можливе через відмову хворих у зв'язку з віддаленістю від місця їх

проживання. Паліативна стаціонарна допомога суттєво відстає від належного, як за якістю медичного обслуговування, так і матеріального забезпечення. Тому, оскільки теперішні протитуберкульозні стаціонари не є «перевантаженими» хворими, їх, в окремих випадках, можна продовжувати лікувати в суворо ізольованих окремих палатах, де вони могли б перебувати тривалий час, що значною мірою обмежило б розповсюдження туберкульозу, зокрема мультирезистентного, на противагу паліативному лікуванню в домашніх умовах [7]. До речі, досить високою ще спостерігається смертність від туберкульозу поза стаціонаром в області. Кожний 5-й хворий помирає вдома, за 2012 р. – 21,7 %. Втричі зросла смертність хворих до одного року спостереження, зокрема з 2002 по 2012 рр., відповідно з 12,3 до 30,4 % ($p<0,05$). Це свідчить про пізнє виявлення туберкульозу, зокрема мультирезистентного.

На завершення слід констатувати, що сучасний розвиток фтизіатрії передбачає постійне удосконалення заходів щодо діагностики, лікування та профілактики туберкульозу з урахуванням вимог доказової медицини. Основні постулати цих вимог доволі чітко відображені в УКПМД. Однак протокол не повинен бути догмою, оскільки в медицині постійно відбуваються зміни. Практика показує, що деякі положення Протоколу потребують змін. У центрі уваги повинен бути не «випадок», а хвора людина, що заслуговує на всебічну допомогу. За життя хворої людини потрібно боротися постійно, використовуючи всі можливі засоби. В той же час, потрібно враховувати інтереси суспільства, людей, запобігаючи розповсюдженню туберкульозу, зокрема мультирезистентного.

Висновки

1. Мультирезистентність у хворих з рецидивами туберкульозу легень у Тернопільській області з 2010 по 2013 рр. зросла відповідно з 23,8 до 34,6 %.

2. Запобігання рецидивам, як і мультирезистентності необхідно добиватися шляхом тривалішого адекватного стаціонарного лікування хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень, проведення протирецидивних курсів хіміотерапії, санпросвітньої роботи та серйозного відношення пацієнтів до свого здоров'я.

Література

1. Ковальова Г.Г. Актуальні питання та практичні підходи до підвищення ефективності Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз в Україні / Г.Г. Ковальова // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2013. – № 4. – С. 14-23.
2. Hutchinson D.C. Management of multiple drug-resistant tuberculosis / D.C. Hutchinson, F.A. Drobniewski, H.I. Miburn // Respir. Medicine. – 2003. – Vol. 97, N 1. – P. 65-70.

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

3. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Туберкульоз. – 2012. – 166 с.

4. Туберкульоз в Україні. Аналітично-статистичний довідник за 2001-2012 роки. – Київ, 2013.

5. Писаренко Ігор. Локомотив чи дзеркало української медицини? / Ігор Писаренко // Медична газети України. Ваше здоров'я. – 2013. – № 49-50. – С. 12-13.

6. Петренко В.М. Безпосередні та віддалені результати лікування хворих на деструктивний туберкульоз легень / [В.М. Петренко, С.О. Черенько, О.Р. Тарасенко та ін.] // Укр. мед. часопис. – 2005. – № 3. – С. 13-18.

7. П'ятночка І.Т. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги «Туберкульоз» (2012) – високоефективний динамічний дороговказ / І.Т. П'ятночка, С.І. Корнага, В.І. П'ятночка // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2014. – № 1. – С. 31-35.

MULTYREZYSTENT MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS IN RECURRENT LUNG TUBERCULOSIS PATIENTS

S.I. Kornaha, I.T. Pyatnochka, N.V. Thoryk

SUMMARY. *The following multyrezystent frequency in recurrent lung tuberculosis patients in the Ternopil region for the last 4 years (2010-2013 years). Multyrezystent increased from 23.8% to 34.6%. Analyzed the likely causes of and possible ways to prevent it.*

Key words: *lung tuberculosis, recurrent, multyrezystent.*

Отримано 4.08.2014 р.

© Скірак З.С., 2014

УДК:616.36-002-099:546.264-06:[016.98-008.6+612.015.11]-092.9

З.С. Скірак

ПОКАЗНИКИ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ТА ЛІПОПЕРОКСИДАЦІЇ В ДИНАМІЦІ ГОСТРОГО ТОКСИЧНОГО ТЕТРАХЛОРМЕТАНОВОГО ГЕПАТИТУ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

У білих щурів зі змодельованим гострим токсичним гідразинним гепатитом на 2-у добу експерименту виявлено суттєве підвищення рівня ендогенної інтоксикації організму ($MCM_{25,4}$, MCM_{280}) і ліпопероксидації (МДА і ДК), а також зниження рівня зв'язувальної функції сироваткового альбуміну.

Відзначені відхилення від норми на 7-й день експерименту дещо зменшились, але продовжували достовірно відрізнятися від контрольної групи. Досліджено кореляційні зв'язки між показниками ендогенної інтоксикації, ліпопероксидації і зв'язувальною функцією сироваткового альбуміну.

Ключові слова: гострий токсичний тетрахлорметановий гепатит, ендогенна інтоксикація, печінка, зв'язувальна функція сироваткового альбуміну.

Гострі токсичні гепатити залишаються однією із серйозних проблем охорони здоров'я. Захворювання виникають найчастіше в осіб працездатного віку. При обстеженні виявляють ураження багатьох органів

– частіше печінки, підшлункової залози, нирок. Все це зумовлює різнобічні патологічні зміни в організмі людини із складним патогенезом, які проявляються різноманітними варіантами клінічного перебігу. Несвоєчасна діагностика та лікування без врахування основних ланок патогенезу хвороби ведуть до тяжкого перебігу і рецидивів [1-7].

Мета дослідження – з'ясувати особливості ендогенної інтоксикації (ЕІ) і ліпопероксидації та їх взаємозв'язок із зв'язувальною функцією сироваткового альбуміну (ЗФСА) в умовах гострого токсичного тетрахлорметанового гепатиту (ГТТГ) в експерименті на білих щурах.

Матеріали і методи

Експеримент виконано на нелінійних білих щурах-самцях масою 200-300 г. Усі тварини були розділені на три групи. Першу (контрольну) групу склали 20 інтактних практично здорових тварин, другу – 16 щурів з ГТТГ, яких виводили з експерименту на другу добу від його