

*М. М. Кужко, О. М. Старкова, Л. М. Процик*

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

## ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ РЕЦИДИВІВ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ

Лікування хворих на рецидиви туберкульозу легень представляє значні труднощі, пов'язані з великим відсотком випадків стійкості мікобактерій туберкульозу до ліків, непереносимістю протитуберкульозних препаратів, наявністю ускладнень і соматичних захворювань. У статті наведені причини низької ефективності лікування рецидивів туберкульозу легень, які пов'язані з поширеністю процесу, значним збільшенням випадків стійкості мікобактерій туберкульозу до протитуберкульозних препаратів та їх непереносимістю, наявністю ускладнень і супутніх захворювань, сформульовані основні принципи підвищення ефективності їх лікування. Для профілактики рецидивів туберкульозу легень пропонується реалізовувати комплекс заходів спрямованих на їх ранню діагностику, диспансеризацію і медико-соціальну реабілітацію.

**Ключові слова:** туберкульоз легень, рецидиви, лікування, профілактика.

Клінічний перебіг рецидиву туберкульозу легень у значній мірі залежить від своєчасного його виявлення. У хворих з повторним захворюванням туберкульозу легень, виявлених під час профілактичних оглядів, бактеріовиділення мізерне (1–5 колоній мікобактерій туберкульозу), у виявлених при зверненні до лікаря, навпаки, значне [1, 2].

Рецидиви туберкульозу легень, виявлені під час профілактичних оглядів, часто мають малосимптомний перебіг. Нерідко єдиним об'єктивним критерієм повторного захворювання являється бактеріовиділення, виявлене методом посіву, у тому числі й у хворих без бактеріовиділення у період першого захворювання [3]. Клінічний перебіг рецидиву, виявленого при зверненні до лікаря, у більшості випадків значно важчий за первинну форму захворювання. Це відбувається за рахунок збільшення питомої ваги фіброзно-кавернозної і дисемінованої форм туберкульозу (від 28,4 до 44,6%), збільшення кількості деструктивних форм від 44% до 75,2% і кількості осіб з бактеріовиділенням до 98% [4]. На думку багатьох авторів, хворі з рецидивами – основне джерело контингентів із занедбанними формами туберкульозу. Клінічний перебіг повторного захворювання у них менш сприятливий, аніж первинний [5, 6, 7].

Певна кількість науковців вказували на високу питому вагу бактеріовиділювачів серед тих, які повторно захворіли [8, 9]. Це пов'язане з поширеністю процесу, так як повторне захворювання розвивається на фоні існуючих змін. Велика кількість авторів відмічають, що у більшості осіб повторне захворювання виникає у зоні залишкових змін після пролікованого первинного тубер-

кульозу легень і тільки у поодиноких випадках – в інтактних ділянках легені [10, 11].

Ряд авторів вказували на більш високу питому вагу серед хворих з рецидивом осіб зі стійкістю мікобактерій туберкульозу до антибактеріальних препаратів (62,8%) у порівнянні з хворими з вперше виявленим туберкульозом легень (20%), а також на погану переносимість антибактеріальних препаратів (відповідно 51,9% проти 32%) [12].

Лікування хворих з рецидивом туберкульозу легень представляє значні труднощі, пов'язані з поширеністю процесу, великим відсотком випадків стійкості мікобактерій туберкульозу до ліків, непереносимістю антибактеріальних препаратів, наявністю ускладнень і соматичних захворювань, у зв'язку з цим даній категорії хворих призначається комплексна терапія [13]. Основним методом лікування залишається хіміотерапія у різних комбінаціях. Поряд із застосуванням специфічної терапії проводиться лікування з приводу ускладнень і супутніх захворювань [14, 15].

У деяких роботах відмічається, що не усім хворим з рецидивом можна було призначити високоефективні препарати через наявність стійкості до ліків, поганої їхньої переносимості, а це, звичайно, негативно впливало на ефективність лікування [16]. Деякі автори відмічали, що призначення рифампіцину хворим з рецидивом дозволило підвищити ефективність лікування (загоєння порожнин розпаду спостерігалось у 85,8% пацієнтів, припинення бактеріовиділення – у 86,7%) [17]. Однак період стаціонарного лікування хворих з рецидивом досить тривалий. Так, за даними деяких досліджень, четверта частина з 404 хворих з рецидивом отримували хіміотера-

пю від 4 до 6 місяців, половина хворих – від 6 до 10 місяців і решта – від 10 до 16 місяців [18].

На труднощі в лікуванні хворих з повторним захворюванням вказують і деякі автори. За даними їхніх спостережень, тільки 1/3 хворих лікувалась у стаціонарі менше 6 місяців [19, 20]. На думку багатьох авторів, наслідки як рецидиву, так і уперше виявленого захворювання на туберкульоз легень залежать переважно від клінічної форми, вираженості і поширеності процесу [21, 22].

Виникнення повторного захворювання на туберкульоз легень у тій самій ділянці, де було локалізоване первинне захворювання, наявність супутніх захворювань, незадовільна переносимість антибактеріальних препаратів, стійкість мікобактерій туберкульозу до ліків у більшості випадків зумовлюють менш сприятливий перебіг рецидиву і його наслідки. У зв'язку з цим, багато авторів вважають, що лікування хворих з рецидивом пов'язане зі значними труднощами і менш ефективно, ніж терапія уперше виявлених хворих на туберкульоз легень. В їхніх роботах повідомляється, що загоєння порожнин розпаду у хворих з рецидивом досягається тільки при у 40,0–59,8% випадків, припинення бактеріовиділення – у 50,0–72,0% [23]. У той же час деякі автори відмічають, що своєчасне виявлення, застосування сучасного комплексного лікування, включаючи хірургічне втручання, дозволяють при рецидивах досягнути рівня ефективності лікування уперше виявлених хворих [24].

Найінтенсивніша та правильно комбінована протитуберкульозна хімотерапія повністю не санає організм від інфекції. На сьогоднішній день продовжується пошук найбільш раціональних методів спостереження за контингентами неактивних груп диспансерного обліку. На думку багатьох авторів, найбільш ефективнішою мірою профілактики повторних захворювань у контингентів, вилікуваних від туберкульозу легень, є курси хімотерапії [25]. Так, у тих, які отримували профілактичне лікування рецидив виникав у 2–2,5 разів рідше, ніж у тих, які його не отримували [26]. Враховуючи зниження охоплення профілактичним лікуванням осіб категорії 5.1 з 21,9 до 17,6%, деякі автори рекомендують розширити об'єм хімопрофілактики, особливо особам із залишковими змінами. В осіб із великими залишковими змінами хімопрофілактика сприяла зниженню рівня повторних захворювань у 3,9 разів, а серед осіб з малими змінами повністю попереджала їх [13].

Деякі автори суттєвої залежності між проведенням профілактичної хімотерапії і виник-

ненням рецидивів не виявили. Багато авторів вказують на доцільність вивчення питання про широке використання таких курсів, а також на необхідність розробки диференційованих показань до її проведення в групах підвищеного ризику. Хімопрофілактика показана не більше 30% від усіх контингентів категорії 5.1 – особам з найбільшим ризиком рецидиву – великими залишковими змінами і соматичними захворюваннями (виразкова хвороба шлунку і дванадцятипалої кишки, цукровий діабет, психічні захворювання, важкі форми вірусного гепатиту, інші інфекційні захворювання, а також особи, які перенесли важкі хірургічні втручання) [27, 28].

Деякі автори відмічали, що застосування інтермітуючим методом ізоніазиду у подвійній дозі (0,6) під контролем медичного персоналу дозволило знизити повторні захворювання на туберкульоз легень у 5 разів [22]. Посидання хімопрофілактики з патогенетичними й симптоматичними засобами лікування супутніх захворювань як в амбулаторних, так і в санаторних умовах є оптимальним для попередження рецидивів туберкульозу легень [29].

Суттєву роль у профілактиці рецидивів відіграє правильно організоване диспансерне спостереження за контингентами категорії 5.1 диспансерного обліку. Багато дослідників вказували на значні недоліки у цій роботі. Одну з причин пізнього виявлення повторних захворювань на туберкульоз легень автори бачать у незадовільній якості диспансерного спостереження. За їхніми даними, із контингентів категорії 5.1 тільки 58,4% обстежуються регулярно. Якісне обстеження констатовано тільки у 46,1% випадків. Що стосується хворих з рецидивом туберкульозу легень, то до виявлення повторного захворювання якісно і регулярно обстежились всього тільки 16,2%. У зв'язку з цим, на думку авторів, контингентам категорії 5.1 диспансерного обліку необхідний частіший рентгенологічний контроль – не рідше 2 разів на рік [6, 10, 30].

Однак, оскільки це не виключає звернення їх у випадку виникнення симптомів захворювання в поліклініку, в останній доцільно створити дубль-картотеку на осіб категорії 5.1 диспансерного обліку. Це буде сприяти покращенню обміну інформацією між лікарями терапевтами і фтизіатрами з метою підвищення якості цілеспрямованого обстеження в поліклініці осіб категорії 5.1 і в кінцевому рахунку вдосконалення диспансеризації контингентів з найбільш високим ризиком захворювання на туберкульоз легень.

### Список літератури

1. Мишин В. Ю. Особенности диагностики рецидивов туберкулеза органов дыхания [Текст] / В. Ю. Мишин, С. Н. Жестовских // Пробл. туберкулеза и болезней легких. – 2005. – № 5. – С. 39–43.
2. Rate of reinfection tuberculosis after successful treatment is higher than rate of new tuberculosis. [Text] / S. Verve [et al.] // Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 2005. – Vol. 171. – P. 1430–1435.

3. Алексеева Т. В. Новые подходы к своевременному выявлению рецидивов туберкулеза органов дыхания [Текст] / Т. В. Алексеева, Л. П. Бирюкова // Пробл. туберкулеза и болезней легких. – 2002. – № 2. – С. 14–17.
4. Распространенность рецидивов туберкулеза органов дыхания при напряженной эпидемической ситуации [Текст] / Ильина Т. Я. [и др.] // Пробл. туберкулеза и болезней легких. – 2005. – № 5. – С. 15–17.
5. Predictors of relapse among pulmonary tuberculosis patients treated in a DOTS programme in South India [Text] / Thomas A. [et al.] // Int. J. Tuberc. Lung Dis. – 2005. – Vol. 9. – P. 556–561.
6. Риекстиня В. Факторы риска ранних рецидивов туберкулеза в Латвии [Текст] / В. Риекстиня, Л. Торп, В. Леймане // Пробл. туберкулеза и болезней легких. – 2005. – № 1. – С. 43–47.
7. Бялик Й. Б. Результати застосування ПАСК в комплексній хіміотерапії хворим деструктивним, раніш неефективно лікованим хіміорезистентним туберкульозом легень [Текст] / Й. Б. Бялик, Л. М. Циганкова, В. В. Давиденко, І. В. Служ // Укр. пульмонологічний журнал. – 2006. – № 1. – С. 56–60.
8. Причины рецидивов туберкулеза легких, ближайшие и отдаленные результаты лечения [Текст] / Л. В. Бурухина [и др.] // Пробл. туберкулеза и болезней легких. – 1995. – № 3. – С. 29–32.
9. Recurrent tuberculosis in Houston, Texas: a population-based study [Text] / E. Sahly [et al.] // Int. J. Tuberc. Lung Dis. – 2004. – Vol. 8. – P. 333–340.
10. Мельник В. М. Рецидивы туберкулеза легень: причины і профілактика [Текст] / В. М. Мельник, К. М. Драч // Український пульмон. журн. – 2003. – № 2. – С. 257.
11. Особливості перебігу, виявлення і профілактики рецидивів туберкульозу легень. [Текст] / Олиферовська Р. П. [та ін.] // Вісник гігієни та епідеміології. – 2001. – Т. 5, № 1. – С. 73–75.
12. Степень выраженности риска возникновения рецидива туберкулёза органов дыхания у лиц, наблюдающихся по III группе диспансерного учёта [Текст] / Н. Н. Вязкова [и др.] // Пробл. туберкулёза и болезней лёгких. – 2007. – № 11. – С. 11–14.
13. Проблеми рецидивів туберкульозу легень [Текст] / Петренко В. М. [та ін.] // Укр. пульмонолог. журн. – 2008. – № 2. – С. 60–64.
14. Мишин В. Ю. Рецидивы туберкулеза органов дыхания [Текст] / В. Ю. Мишин, С. Н. Жестовских // Пробл. туберкулеза и болезней легких. – 2004. – № 2. – С. 11–13.
15. Рогожина Н. А. Социально-клинические аспекты рецидивов туберкулеза легких [Текст] / Н. А. Рогожина, В. Н. Гурьянов, М. М. Бабин // Пробл. туберкулеза. – 1993. – № 1. – С. 54–55.
16. Еволюція й ефективність антимікобактеріальної терапії хворих із рецидивом туберкульозу легень [Текст] / Петренко В. М. [та ін.] // Укр. пульмонолог. журн. – 2009. – № 3. – С. 14–19.
17. Rate of reinfection tuberculosis after successful treatment is higher than rate of new tuberculosis [Text] / S. Verver [et al.] // Am. J. Respir. and Crit. Care Med. – 2005. – Vol. 171. – P. 1430–1435.
18. Клиническое течение и исходы рецидива туберкулеза легких [Текст] / Краснов В. А. [и др.] // Проблемы туберкулеза. – 1993. – № 5. – С. 14–16.
19. Анализ рецидивов туберкулеза органов дыхания в Республике Татарстан [Текст] / Коновалова И. М. [и др.] // Казанский мед. журнал. – 1996. – Т. 77, № 2. – С. 84–85.
20. Рецидивы туберкулеза легких у взрослых в улусах республики Саха (Якутия) [Текст] // Иванов Е. А. [и др.] // Проблемы туберкулеза. – 1997. – № 2. – С. 5–7.
21. О причинах рецидивов туберкулеза легких [Текст] / Закопайло Г. Г. [и др.] // Проблемы туберкулеза. – 1991. – № 8. – С. 74–76.
22. Рецидивы туберкулеза легких по клинико-диспансерным данным [Текст] / Рудой Н. М. [и др.] // Проблемы туберкулеза. – 1997. – № 1. – С. 6–7.
23. Погребная М. В. Частота и структура рецидивов туберкулеза органов дыхания [Текст] // Укр. пульмонологічний журнал. – 1998. – № 1. – С. 23–26.
24. Урсов И. Г. Рецидивы деструктивного туберкулеза легких [Текст] / Урсов И. Г., Краснов В. А. // Проблемы туберкулеза. – 1991. – № 11. – С. 58–60.
25. Эффективность нового стандартного режима химиотерапии при лечении больных с рецидивами туберкулеза легких [Текст] / Чуканов В. И. [и др.] // Проблемы туберкулеза. – 2006. – № 8. – С. 9–13.
26. Роль комплексного генетического прогноза в лечении и профилактике туберкулеза органов дыхания у подростков [Текст] / М. В. Павлова [и др.] // Пробл. туберкулеза и болезней легких. – 2005. – № 11. – С. 30–34.
27. Фещенко Ю. І. Перспективи контролю за туберкульозом в Україні [Текст] / Ю. І. Фещенко, Л. В. Турченко, В. М. Мельник // Укр. пульмонолог. журн. – 2005. – № 3. – С. 5–10.
28. 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.
29. Recurrent tuberculosis from 1992 to 2004 in a metropolitan area [Text] / J. Cacho [et al.] // Eur. Respir. J. – 2007. – Vol. 30. – P. 333–337.
30. Tuberculosis recurrences: reinfection plays a role in a population whose clinical/epidemiological characteristics do not favor reinfection [Text] / Garcia de Viedma [et al.] // Arch. Intern. Med. – 2002. – Vol. 162. – P. 1873–1879.

Стаття надійшла до редакції 08.05.2014 р.

**М. М. Кужко, Е. М. Старкова, Л. М. Процик**

ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины», г. Киев

## ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ

Лечение больных туберкулёзом лёгких представляет значительные трудности, связанные с распространенностью процесса, большим процентом случаев устойчивости микобактерий туберкулёза к

препаратам, непереносимостью противотуберкулёзных препаратов, наличием осложнений и соматических заболеваний. В статье приведены причины низкой эффективности лечения рецидивов туберкулеза легких, связанные с распространенностью процесса, значительным увеличением случаев устойчивости микобактерий туберкулеза к противотуберкулёжным препаратам и их непереносимостью, наличием осложнений и сопутствующих заболеваний, сформулированы основные принципы повышения эффективности их лечения. Для профилактики рецидивов туберкулеза легких предлагается реализовывать комплекс мер направленных на их раннюю диагностику, диспансеризацию и медико-социальную реабилитацию.

**Ключевые слова:** туберкулёз лёгких, рецидивы, лечение, профилактика.

***M. M. Kuzhko, O. M. Starkova, L. M. Protcyk***

*State organization "National Institute of Phthiology and Pulmonology named by F.G. Yanovsky National academy of medical sciences of Ukraine, Kyiv"*

## BASIC PRINCIPLES OF TREATMENT AND PREVENTION OF RECURRENT PULMONARY TUBERCULOSIS

Treatment of patients with pulmonary tuberculosis presents considerable difficulties associated with the prevalence of the process, a large percentage of cases were resistant Mycobacterium tuberculosis to drugs, intolerant anti-tuberculosis drugs, the presence of complications and systemic diseases. In the article presents the reasons for the low efficiency of treatment of recurrences of pulmonary tuberculosis associated with the prevalence of the process, a significant increase in cases of resistance of Mycobacterium tuberculosis to antibacterial drugs and their intolerance, the presence of complications and comorbidities, are the basic principles for improving the effectiveness of their treatment. To prevent a recurrence of pulmonary tuberculosis is proposed to implement a package of measures aimed at their early diagnosis, prophylactic medical examination and medico-social rehabilitation.

**Keywords:** pulmonary tuberculosis, relapse, treatment, prevention.