

Тези науково-практичної конференції з міжнародною участю

«Актуальні питання коморбідності при захворюваннях органів дихання та туберкульозі»

УДК 616.24-002.5-06:616.3-02

Prevalence of the digestive system comorbidity in patients with sensitive and resistant TB

L.D. Todoriko

Bukovinian State Medical University, Chernivtsy, Ukraine

Aim. Appreciate the character of the digestive system disorders and severity of toxic hepatitis in drug-resistant TB patients to optimize of complex treatment program.

Materials and methods. Clinical (a collection of complaints, anamnesis, formal and physical examination, questionnaire); laboratory (microscopic, microbiological, CBC & UA, blood chemistry); immunoassays (immunogram, leukocyte index of intoxication); enzyme immunoassays (thyroid gland hormonal profile, thyroid pituitary function, cortisol, C-reactive protein); immunocytochemical (degree of apoptosis in bronchial epitheliocytes, cells proliferative activity); polymerase chain reaction; instrumental radiography (observe & lateral), HRCT, respiratory function, FBS, ultrasound of the abdomen); statistical (parametric & nonparametric methods of variation and rank statistics).

Results. The most typical toxic hepatitis, which developed, as a result of chemotherapy, there are complaints of

discomfort and heaviness in the right upper quadrant for more than half of patients. Dominated symptoms: hepatomegaly – 87 (70.73 %), intoxication – 64 (52.03 %), asthenovegetative – 84 (68.29 %), dyspeptic – 58 (47.15 %), icteric – 53 (43.08 %). Extensive destructive pulmonary TB with toxic hepatitis prevailed in 67.48 % of patients, and with MBT excretion – in 63.41 %. Pulmonary MDR – TB diagnosed in 73.08 % patients. Lowered immunological reactivity was in 76 %. Drug intolerance – observed in 69.11 %.

Conclusions. Risk factors of toxic liver damage for patients with Drug Resistance taking TB drugs are: age over 60 years; albumin concentration in serum – less than 35 g/l; female sex; increase of bilirubin and chronic liver disease endured in a past; positive test for HBsAg; usage large number of drugs according to the standard, including pyrazinamide, alcohol abuse.

УДК 616-002.5-08-039.76(477.41)

Analysis of drug sensitive tuberculosis treatment outcomes in Kyiv oblast, Ukraine

Wunmi Aibana¹, Viacheslav Krasiuk³, Mariya Bachmaha⁴, Natasha Rybak², Andrii Mamotenko³, Valentina Yeromenko³, Timothy Flanigan², Vasyl Petrenko³, Megan Murray¹¹ Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, USA² Warren Alpert Medical School of Brown University, Providence, Rhode Island, USA³ O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine⁴ Brown University School of Public Health, Providence, Rhode Island, USA

Tuberculosis (TB) control remains a significant public health problem in many former Soviet Union countries including Ukraine. In 2011, treatment success rate for newly registered smear and/or culture positive TB cases in Ukraine was 58 % in contrast to WHO proposed target of 85 %. Poor TB treatment outcomes such as treatment failure and default could have a significant impact on TB control as these patients remain infectious and thereby increase risk of TB transmission. We aimed to assess risk factors for poor outcomes in the Kyiv Oblast of Ukraine; these findings can inform future interventions to improve treatment success rates.

Materials and methods. We conducted a retrospective chart review of all adult patients (≥ 16 years) treated for new drug sensitive TB (DSTB) between November 2012 and October 2014 in Kyiv Oblast. We defined composite «poor treatment outcomes» as failure, death, or default during TB treatment and categorized «good treatment outcomes» among patients who were cured or completed treatment. We performed logistic regression analysis to identify baseline predictors of combined poor treatment outcomes.

Results. Among 462 patients who completed treatment for DSTB, 340 (73.6 %) had a baseline DST to confirm their

drug sensitive status. Of these 340 patients, 193 (56.8 %) experienced good treatment outcomes while 39 (11.5 %) failed treatment, 38 (11.2 %) had missing outcome data, 34 (10.0 %) died, 30 (8.8%) defaulted, and 6 (1.8 %) transferred out. Among patients with poor treatment outcomes, 25 (24.3 %) were HIV positive compared to 18 (9.4%) with good outcomes ($p < 0.001$). Median time to ART initiation was 53.0 days for patients with poor outcomes (IQR 34.0–63.0) vs 36.5 days (IQR 33.5–43.0; $p = 0.24$) for those with good outcomes. Patients with poor outcomes were also more likely to have alcohol use disorder (23.3 % vs 13.5 %; $p < 0.04$), be homeless (3.9 % vs 0.5 %; $p < 0.05$), or have baseline smear positive disease (56.9% vs 43.8 %; $p = 0.04$).

After adjusting for possible confounders, we found that patients with HIV (OR 3.97; 95 % CI 1.94–8.14; $p < 0.0002$), alcohol use disorder (OR 1.97; 95 % CI 1.03–3.75; $p < 0.04$), and smear positivity (OR 1.82; 95 % CI 1.09–3.06; $p < 0.02$) were at increased risk of poor TB outcomes. We also found that these three predictors only accounted for 36 % of the poor outcomes.

Conclusions. We found relatively low rates of treatment cure and completion for drug sensitive TB in Kyiv Oblast of Ukraine. Numerous opportunities exist for interventions to reduce risk of poor outcomes in the most vulnerable populations and improve TB treatment outcomes.

УДК 616-002.5-08

Направления современной терапии перикардита туберкулезной этиологии

А.В. Асеев, Д.С. Рясенский, Ю.Ф. Платонов

ГБОУ ВПО «Тверской государственный медицинский университет Минздрава России», Тверь, Россия

E-mail: aseev-alex@mail.ru

Актуальность. Туберкулезный перикардит — частное проявление внелегочного туберкулеза. Пункционная частичная эвакуация гидроперикарда и коррекция системной противотуберкулезной терапии в условиях отсутствия местной санации полости перикарда позволяют ликвидировать накопление жидкости, но не предотвращают облитерацию полости перикарда и формирование панцирного сердца.

Цель работы — повышение эффективности терапии гидроперикарда туберкулезной этиологии.

Материалы и методы. Мы наблюдали 8 больных туберкулезом легких в возрасте от 22 и 34 лет с выпотным перикардитом туберкулезной этиологии. Накопление жидкости в полости перикарда происходило медленно, не сопровождалось бурными рефлекторными реакциями. При УЗИ перикарда надчревным доступом и через 4-е межреберье слева от грудины выявлена жидкость в полости перикарда. Наибольшая ширина полоски жидкости гидроперикарда была в систолу и составила в проекции 4-го межреберья слева от грудины 6 см, в надчревной области не превышала 2 см. У 4 больных при УЗИ выявлены признаки «волосатого сердца».

В связи с угрозой декомпенсации правожелудочковой сердечной недостаточности выполнена пункция перикарда в точке наибольшей ширины полоски жидкости гидроперикарда в 4-м межреберье слева от грудины, которую намечали под УЗИ-контролем. Удаляли от 100 до 300 мл жидкости, у 2 больных она была желтой и прозрачной, у 6 — вида «мясных помоев». Критерием для прекращения эвакуации гидроперикарда было появление у врача субъективного чувства царапанья пункционной иглы об эпикард. Процедуру заканчивали внутривнутриперикардальным введением 1 г стрептомицина и 1 г тубазида. Осложнений не было.

При бактериологическом исследовании перикардального выпота микобактерии туберкулеза не обнаружены ни в одном случае. У двух пациентов, несмотря на исчезновение жидкостного компонента перикардита, через 6–8 мес развилось панцирное сердце с декомпен-

сацией правожелудочковой сердечной недостаточности: развитие ортостатического коллапса, гепатомегалии, асцита, отека нижних конечностей. У них выполнено перикардэктомии из sternотомического доступа. Во время операции выявлена полная облитерация полости перикарда, листки перикарда утолщены, местами до 15 мм. Уже во время операции отмечены положительные изменения центральной гемодинамики. При гистологическом исследовании удаленного перикарда выявлены признаки хронического неспецифического воспаления. Посев операционного материала на среду Финна-2 и Левенштейна–Йенсена выявил рост микобактерий туберкулеза, в обоих случаях устойчивых к препаратам основного ряда (HRZES), что позволило провести коррекцию противотуберкулезной терапии.

Обсуждение. Таким образом, пункционный способ не позволяет произвести полную эвакуацию гидроперикарда. В результате выпадения фибрина в оставшейся перикардальной жидкости достаточно быстро формируется «волосатое», а затем и «панцирное» сердце. Выделение микобактерий из перикардальной жидкости наблюдается редко. Отсутствие сведений о лекарственной резистентности возбудителя не позволяет своевременно проводить адекватную терапию туберкулеза. Возможно, показано раннее хирургическое лечение в объеме открытого дренирования полости перикарда надчревным доступом с визуальным осмотром полости перикарда и прицельным взятием с измененных участков ткани для биопсии. Последующее гистологическое и бактериологическое исследования с использованием молекулярно-генетических методов и посева на жидкие среды позволят увеличить частоту и уменьшить сроки идентификации возбудителя, определить лекарственную резистентность, своевременно провести коррекцию терапии, улучшить результаты лечения. У данной категории больных целесообразно использовать не только системную противотуберкулезную терапию, но и длительное местное внутривнутриперикардальное введение препаратов, включая растворы противотуберкулезных средств и протеолитических ферментов.