

УДК 615.275:547.495.9:616.002.5-092

## Патогенетическое обоснование применения «Тивортина» при мультирезистентном туберкулезе

И.В. Еременчук, Л.Д. Тодорико, А.С. Денисов, Т.А. Спринсян

ВГУЗ «Буковинский государственный медицинский университет», Черновцы, Украина

E-mail: pulmonology@bsmu.edu.ua

**А**ктуальной проблемой фтизиатрии является повышение эффективности лечения больных мультирезистентным туберкулезом (МРТБ).

**Цель работы** — оценить эффективность «Тивортина» в схемах программного лечения больных мультирезистентным туберкулезом легких.

**Материалы и методы.** 16 больным МРТБ на фоне стандартной химиотерапии ежедневно внутривенно в течение 10 сут вводили 100 мл 4,2 % раствора «Тивортина» с повторным курсом через 10 сут по такой же схеме. Использованы клинические, рентгенологические, биохимические, иммуноферментные методы исследования.

**Результаты.** Синдром туберкулезной интоксикации исчезал в 81,8 % лиц через  $(1,2 \pm 0,1)$  мес, бронхолегочный синдром — у 90,9 % лиц через  $(2,7 \pm 0,3)$  мес. Рентген-обследование проводили через 4 мес согласно унифицированному протоколу. Частичное рассасывание очаговых и

инфильтративных изменений в легких наблюдалось в 63,6 и 72,7 % случаев, регрессия деструктивных изменений — в 72,7 %. Эффективность лечения оценивали по срокам прекращения бактериовыделения (БК). Прекращение БК констатировано в 72,7 % лиц через  $(3,8 \pm 0,7)$  мес. Согласно данному анализу, уровни общего билирубина, АлАт и АсАт снизились на 35,7; 65,7 и 76,8 % соответственно по сравнению с таковыми до лечения ( $p < 0,001$ ). Зарегистрирована достоверная разница (на 13,7 %;  $p < 0,001$ ) содержания азота монооксида в сыворотке крови больных до и после лечения (24,76 и 28,15 мкмоль/л).

**Выводы.** У больных мультирезистентным туберкулезом за счет применения «Тивортина» наблюдалась лучшая переносимость основной этиотропной химиотерапии, отмечена более быстрая положительная рентгенодинамика и уменьшились сроки прекращения бактериовыделения  $(3,8 \pm 0,7)$ , что позволяет сократить этап стационарного лечения.

УДК 616-002.5-085.282+615.281

## Частота туберкулезу з розширеною резистентністю у хворих, зокрема в поєднанні з ВІЛ-інфекцією, залежно від випадку захворювання і потреба в паліативному лікуванні їх

В.П. Мельник<sup>1</sup>, О.В. Панасюк<sup>1</sup>, Т.Г. Хурса<sup>1</sup>, Г.В. Садова-Андріанова<sup>1</sup>, Л.В. Стадник<sup>2</sup>, С.Г. Павленко<sup>2</sup>, Г.В. Радиш<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ПВНЗ «Київський медичний університет Української асоціації народної медицини», Київ, Україна (E-mail: info@kmu.edu.ua)

<sup>2</sup> Київська міська туберкульозна лікарня № 1 з диспансерним відділенням, Київ, Україна (E-mail: tub2@health.kiev.ua)

<sup>3</sup> Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна (E-mail: nmu@unmu.kiev.ua)

**А**ктуальність. Попри тенденцію до стабілізації показників захворюваності та смертності від цієї хвороби, епідеміологічна ситуація в Україні нестійка. Туберкульоз продовжує залишатися серйозною проблемою в усьому світі. Такі чинники, як значне поширення туберкулезу із множинною лікарською стійкістю, ураження ним ВІЛ-інфікованих людей та поява нових клінічних форм захворювання, зокрема мультирезистентного туберкулезу легень з розширеною резистентністю (РРТБ), сприяють тому, що згадана проблема набула масштабів надзвичайної ситуації, зокрема в Україні та її столиці.

**Мета роботи** — аналіз частоти туберкулезу з розширеною резистентністю у хворих, зокрема в поєднанні з ВІЛ-інфекцією, залежно від випадку захворювання, і потреба їх у паліативному лікуванні на прикладі Київської міської туберкульозної лікарні № 1 з диспансерним відділенням (КМТЛ № 1 з ДВ) за період від січня 2010 р. до грудня 2014 р.

**Матеріали та методи.** Дослідження базувалося на даних історій хвороб та результатах мікробіологічного дослідження хворих з діагнозом туберкулезу легень і інших локалізацій, яким у КМТЛ № 1 з ДВ в 2010–2014 рр. проводили

обстеження за сучасними стандартними методами, а лікували антимікобактеріальними препаратами (АМБП) відповідно до чинних національних протоколів.

**Результати.** З'ясовано, що питома вага хворих на РРТБ у хворих на резистентний вперше діагностований туберкульоз (ВДТБ), зокрема на мультирезистентний туберкульоз (МРТБ), за 5 років відповідно збільшилася в 2,2 і 2,3 рази (рис. 1).

Аналогічна закономірність щодо питомої ваги хворих на РРТБ спостерігається і в разі повторного лікування (рис. 2).

Дані аналізу щодо потреби в паліативному лікуванні хворих на резистентний ВДТБ, МРТБ і РРТБ при повторному лікуванні наведено на рис. 3.

### Висновки

1. Зростання частоти та питомої ваги «хіміорезистентного туберкулезу», особливо з розширеною резистентністю, як у хворих з новими випадками, так і в разі повторного лікування, є однією з основних причин неефективної терапії.

2. Частота виявлення хворих на туберкульоз з розширеною резистентністю серед хворих з мультирезистентною формою за останніх 5 років зростає в 2,3 рази (6,8 %)

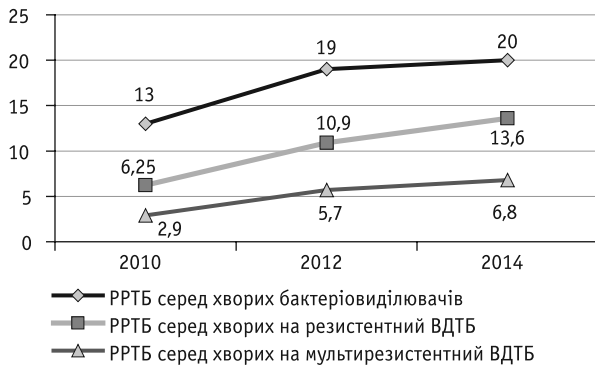


Рис. 1. Частота розширеної резистентності МБТ до АМБП у хворих на резистентний ВДТБ (новий випадок) за 2010–2014 рр., %

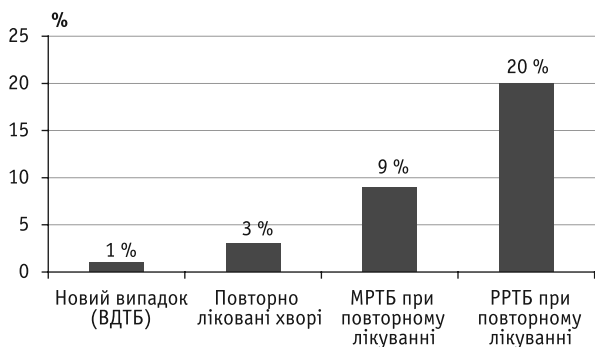


Рис. 3. Потреба в паліативному лікуванні хворих на ТБ залежно від випадку захворювання та характеру резистентності МБТ до АМБП

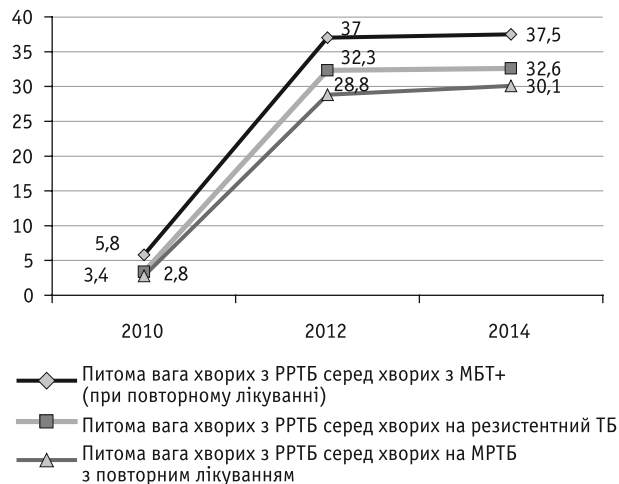


Рис. 2. Питома вага хворих на туберкульоз з розширеною резистентністю в разі повторного лікування, %

з новими випадками захворювання та в 11,1 разу (30,1 %) серед хворих з повторним лікуванням.

3. В Україні назріла потреба в організації та методичному забезпеченні паліативного лікування хворих на туберкульоз. За попередніми даними, такого лікування потребують 1 % хворих з уперше діагностованим туберкульозом та 3 % у разі повторного лікування.

У разі мультирезистентного туберкульозу з повторною хімотерапією паліативне лікування потрібне кожному 10-му хворому (9 %), а при туберкульозі з розширеною резистентністю — кожному 5-му (20 %).

УДК 616-002.5-08

## Диагностика «гинекологического» туберкулеза с использованием лучевых методов

Р.И. Мираки<sup>1</sup>, А.В. Асеев<sup>2</sup>, Ю.Ф. Платонов<sup>2</sup>, Д.С. Рясенский<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГКУЗ ТО «Тверской областной клинический противотуберкулезный диспансер», Тверь, Россия

<sup>2</sup> ГБОУ ВПО «Тверской государственный медицинский университет Минздрава России», Тверь, Россия

E-mail: aseev-alex@mail.ru

**Актуальность.** Диагностика туберкулеза женских половых органов нередко представляет значительные трудности в связи с тем, что на ранних стадиях его развития клинически он протекает по типу других гинекологических заболеваний.

**Цель работы** — улучшение результатов диагностики «гинекологического» туберкулеза.

**Материалы и методы.** Мы наблюдали 8 женщин в возрасте 24–37 лет, госпитализированных в противотуберкулезный диспансер для обследования и лечения в связи с «гинекологическим» туберкулезом. Основной жалобой при поступлении было первичное бесплодие. Для верификации процесса выполняют гистеросальпингографию (ГСГ) диагностическое выскабливание полости матки и канала шейки матки в секреторную фазу менструального цикла с последующим гистологическим исследованием, бактериологические методы диагностики. Гистологическое исследование соскоба позволяет поставить диагноз туберкулезного эндометрита не более чем в 17 % случаев. Поэтому при подозрении на туберкулезный эндометрит

рекомендуют применять одновременно гистологический, бактериологический и биологический методы. Для бактериологического исследования могут быть использованы выделения из канала шейки матки и менструальная кровь. Желательно собрать эти выделения не на ватный тампон, а в какую-либо емкость или колпачок Кафки, накопив 1–2 мл патологического материала.

В комплексной диагностике туберкулеза женских половых органов важное положение занимает рентгенологическое исследование. Оно включает проведение обзорной рентгенографии легких и брюшной полости (выявление свежих очагов поражения и петрификатов, указывающих на перенесенный ранее туберкулез). Ведущую роль при этом отводят гистеросальпингографии (ГСГ) статической и динамической (рентгено-телевизионной). Наиболее информативна телевизионная гистеросальпингоскопия. В качестве контрастного вещества используют 60 % раствор верографина, который практически не вызывает осложнений при проходимых маточных трубах.