

**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 знебацилені та переведені у підтримувальну фазу хіміотерапії.

Значно ліпші показники знебацилення 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-

ного під час першого курсу 73 %. Однією з причин низької ефективності може бути погана переносність етіотропних протитуберкульозних препаратів (ПТП) унаслідок супутньої патології. Небажані побічні реакції в разі застосування препаратів 1-го ряду спостерігаються у 8–61 % випадків, за призначення інших груп ліків — до 92 %.

**Мета роботи** — встановити чинники, які впливають на розвиток побічних реакцій на протитуберкульозні препарати у хворих на туберкульоз із супутнім ураженням гепато-панкреато-біліарної системи.

**Матеріали та методи.** Оцінювали загальноклінічні симптоми, дані ультразвукового дослідження органів черевної порожнини, рентгендослідження органів грудної порожнини, загальний та біохімічний аналізи крові: рівні загального білка, білірубину, АсАТ, АлАТ, сечовини, креатиніну, показники тимолової проби у хворих на ТБ.

**Результати.** Основною умовою зменшення передачі туберкульозної інфекції та поліпшення епідемічної ситуації в Україні є висока ефективність лікування хворих на туберкульоз. Попри зменшення захворюваності та смертності від туберкульозу, побічна дія на протитуберкульозні препарати (ПТП) обмежує проведення повноцінної хіміотерапії. Особливо часто вона розвивається у разі супутнього ураження гепато-панкреато-біліарної системи.

Ускладнення протитуберкульозної терапії є однією з найважливіших причин недостатньої ефективності протитуберкульозної терапії, тому лікарі часто змушені не тільки

змінювати режим лікування, а й відмовлятися від найефективніших стосовно мікобактерії туберкульозу препаратів.

Установлено, що патологію з боку Г-П-Б системи діагностують у 58 % хворих на ТБ. Найчастіше встановлюють діагноз хронічного некалькульозного холециститу — 36,5 %, виявляють дифузні зміни печінки — 27,8 % та хронічний панкреатит — у 22,3 % пацієнтів.

За невчасної діагностики та не належного лікуванні може розвинути непереносність до ПТП, часті побічні реакції і як наслідок — неефективне лікування та рецидиви ТБ.

Розглядаючи характер супутньої патології гепато-панкреато-біліарної системи у хворих на ТБ з різною чутливістю до протитуберкульозних препаратів, встановлено, що значною проблемою є тривалість і токсичність режимів лікування МРТБ, ПРТБ та РРТБ.

Питанням коморбідності ТБ та патології Г-П-Б системи надають недостатню увагу, особливо захворюванням печінки й підшлункової залози, які в низці випадків спричиняють медикаментозну стійкість. Хворим із активним туберкульозним процесом у легенях через супутню патологію органів травлення часто неможливо повноцінно призначити програми протитуберкульозної терапії, і лікування завершується невдачею. Значну проблему складають хворі, виліковані від туберкульозу, але з проблемами з боку Г-П-Б системи, які позначаються на організмі загалом.

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

## Патологія гепато-панкреато-біліарної системи у хворих на туберкульоз легень із різним спектром чутливості до протитуберкульозних препаратів

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

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», Чернівці, Україна

E-mail: pulmonology@bsmu.edu.ua

**Мета роботи** — встановити поширеність патології гепато-панкреато-біліарної системи у хворих на туберкульоз легень із різним профілем резистентності.

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз 400 історій хворих на туберкульоз легень, які перебували на стаціонарному лікуванні в Чернівецькому обласному та міському протитуберкульозних диспансерах протягом 2012–2015 років.

**Результати.** Основною умовою зниження резервуара, зменшення передачі туберкульозної інфекції та поліпшення епідемічної ситуації в Україні є досягнення високої ефективності лікування хворих на туберкульоз. Попри зменшення захворюваності та смертності від туберкульозу (ТБ), побічні дії протитуберкульозних препаратів (ПТП) обмежують повноцінну хіміотерапію. Особливо часто вони розвиваються в разі супутнього ураження гепато-панкреато-біліарної системи.

У всіх хворих за ретроспективним аналізом вперше виявлено туберкульоз легень. Їх поділено на чотири групи: 1-ша — 250 хворих з уперше діагностованим туберкульозом легень (ВДТБ) зі збереженою чутливістю до ПТП; 2-га — 60 хворих на мультирезистентний туберкульоз легень (МРТБ); 3-тя — 80 хворих на полірезистент-

ний туберкульоз легень (ПРТБ); 4-та — 10 хворих на туберкульоз із розширеною резистентністю (РРТБ).

Оцінка результатів засвідчила, що патологію гепато-панкреато-біліарної системи діагностують у 58 % хворих на ТБ. За нозологіями спостерігався такий розподіл: хронічний некалькульозний холецистит — 36,5 %, дифузні зміни печінки — 27,8 %; хронічний панкреатит — 22,3 %. Значна частота поєднаних захворювань пояснюється не лише патогенетичними чинниками і несприятливим впливом лікарських засобів на травний канал хворих на ТБ, а й поширенням у таких хворих обтяжливих соціальних і поведінкових чинників. За даними ретроспективного аналізу, 35,5 % пацієнтів зловживали алкоголем.

Установлено, що у хворих з резистентними формами легеневого туберкульозу значно частіше виявляють патологію з боку гепато-панкреато-біліарної системи ( $p < 0.05$ ).

Аналіз характеру супутньої патології гепато-панкреато-біліарної системи у хворих на туберкульоз залежно від спектра чутливості до протитуберкульозних препаратів свідчить, що значною проблемою, яка сприяє формуванню коморбідності, є тривалість і токсичність режимів лікування пацієнтів з МРТБ, ПРТБ та РРТБ.