

accompanied by bacterioexcretion. The outcomes of TB treatment among MW were better than those of the population, because a greater number of patients completed the treatment (97.6% vs. 91.4%), clinical recovery occurred in more cases (96.9% vs 84.0%), scarring of destruction in lung tissue was observed in a shorter period of time (231+21 days vs. 280+24 days), and sputum conversion in MW of all categories occurred faster (3.3+0.4 months compared with 3.7+0.7 months). The effectiveness of treatment after completing the intensive phase of therapy did not differ from the effectiveness of treatment among the population. After TB large residual changes in the lungs remained in a large number of MW (39.7%).

Key words: medical workers, tuberculosis, morbidity.

Відомості про автора:

Литвинюк Оксана Петрівна - аспірант кафедри фтизіатрії з курсом кл. імунології, ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Адреса: м. Вінниця, вул. Пирогова, 56.

616.24 – 002.5036-085-073.75

© О.Д. НІКОЛАЄВА, Н.А.ГРИЦОВА, 2016

О.Д. Ніколаєва, Н.А.Грицова

АНАЛІЗ ПРИЧИН РОЗВИТКУ НЕВДАЧ ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ

**Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л.Шупика, м. Київ**

Вступ. Ефективність лікування туберкульозу є основною причиною, яка впливає на захворюваність, розповсюдженість і смертність від туберкульозу. В Україні ефективність лікування не досягає середнього показника по Європейському регіону ВООЗ і бажаного 85 %.

Мета. Провести аналіз випадків невдач лікування туберкульозу, частоту визначення хіміорезистентних штамів та інших факторів, які сприяли виникненню невдач лікування.

Матеріали і методи. Обстежено 38 хворих, яких направлено на госпіталізацію з діагнозом «невдача лікування туберкульозу».

Результати. Встановлено, що при невдачі лікування туберкульозу з позитивним мазком або культурою мокроти основною причиною є недіагностований хіміорезистентний туберкульоз (ХРТБ) 11(44 %), в тому числі у 9 МЛС (36,0 %). При невдачі лікування у хворих, в яких спостерігається негативна клініко-рентгенологічна картина патологічного процесу, і при цьому, результати мікроскопії і/або культурального чи іншого дослідження патологічного матеріалу з метою виявлення збудника ТБ були негативними. Такою причиною можуть бути: по - перше, туберкульоз трахео-бронхіального дерева, по - друге - супутні хвороби такі, як цукровий діабет, хронічний гепатит, ВІЛ-інфекція.

Ключові слова: ефективність лікування туберкульозу, невдача лікування

Лікування туберкульозу легень в сучасних умовах часто викликає труднощі. При використанні комбінації ефективних препаратів першого ряду, який включає ізоніазид, рифампіцин, етамбутол і піразинамід, ефективність лікування має складати не менш 85 % серед вперше виявлених випадків туберкульозу. В Україні за даними статистики цей показник у 2014 році склав 71 %, невдачі лікування 11%. Що є причиною низького вилікування туберкульозу легень?

Мета. Провести аналіз випадків невдач лікування туберкульозу, визначити частоту виділення хіміорезистентних штамів і другі фактори, які сприяли виникненню невдач лікування.

Обстежено 38-ім хворих, направлених на госпіталізацію з діагнозом «невдача лікування туберкульозу». Згідно з Наказом № 620 від 04.09.2014 року невдача лікування (НЛТБ) це - **по мазку і/або посіву**, коли хворий з позитивним результатом мікроскопії і/або культурального дослідження після прийняття 90 доз;

- **по клініко-рентгенологічній картині**, у хворих, в яких спостерігається негативна клініко-рентгенологічна картина патологічного процесу, і при цьому, результати мікроскопії і/або культурального чи іншого дослідження патологічного матеріалу з метою виявлення збудника ТБ є негативними [2].

Всі, відібрані нами хворі відповідали критерію невдач лікування.

Всіх пацієнтів з результатом лікування «невдача» ми розподілили на наступні групи: невдача лікування при лікуванні вперше діагностованого туберкульозу (ВДТБ) і рецидиву туберкульозу (РТБ). В послідовності при проведенні аналізу ефективності лікування, пацієнтів поділено на групи в залежності від результатів бактеріологічного дослідження: МБТ+ і МБТ-.

Які можуть бути передбачені причини невдачі лікування:

1. Несвоєчасне виявлення випадку
2. Хіміорезистентний туберкульоз
3. Наявність ускладнень перебігу туберкульозу
4. Наявність важких супутніх захворювань
5. Помилка в діагностиці

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням знаходилося 38 хворих з НЛТБ. Із них діагноз НЛТБ - у 32-ох хворих із вперше діагностованих випадків (ВДТБ) і, 6-х хворих із рецидивів туберкульозу (РТБ). Чоловіків було значно більше - 24 (63,2 %), а жінок - 14 (36,8 %). Більшість пацієнтів, за якими ми спостерігали були віком 25-49 років - 30 чоловік (78,9 %), до 25 років 5 (13,2 %) і 3 після 50 років (7,9 %). За клінічними формами хворі розподілялися таким чином: інфільтративна форма туберкульозу легень у 24-ох (63,2%), дисемінована у 11-ох (28,9 %) хворих, разом 92,1 % всіх випадків, по одному випадку діагностовано вогнищевий, туберкульома і фіброзно-кавернозний туберкульоз. Серед більшості виявлена деструктивна форма захворювання - 29 випадків (72,5 %). Бактеріовиділення після інтенсивної фази встановлено у 25-ти (65,8 %), 21 хворий серед вперше виявлених хворих і 4 серед рецидивів туберкульозу.

Результати і обговорення. При аналізі результатів обстеження встановлено, що серед нових випадків з приводу невдачі лікування у 7 (21,7 %) хворих діагностовано наявність хіміорезистентного туберкульозу (ХРТБ). В тому числі у 2-х полірезистентний туберкульоз (ПРТБ), у 1 мультирезистентний (МРТБ), у 3-х визначена стійкість до рифампіцину молекулярно-діагностичним методом (РифТБ), у 1 розширена резистентність (РРТБ). Взагалі у 5 (15,6 %) хворих визначена множинна лікарська стійкість МБТ до протитуберкульозних препаратів (МЛС), що і було причиною невдачі лікування. Серед хворих із ВДТБ, МБТ(+) із 21 випадків – у 7 діагностовано ХРТБ (33,3%). Серед рецидивів захворювання ХРТБ діагностувався частіше 4 (66,7 %). В тому числі ПРТБ – 1, РифТБ – 2, РРТБ – 1 випадок. Взагалі 50 % хворих мали МЛС, що не могло

не вплинути на результат лікування. Таким чином, встановлено, що частіше причиною невдач лікування став своєчасно виявлений ХРТБ, а особливо МЛС, при цьому серед рецидивів такі форми туберкульозу зустрічалися в 3 рази частіше. Серед 4–х хворих із РТБ, МБТ(+) – ХРТБ діагностовано у всіх – 100 %.

Таким чином, з 25-ти хворих НЛТБ із бактеріовиділенням у 11-ти діагностовано ХРТБ, що склало 44 %, в тому числі 9 (36,0 %) з МЛС. В 2014 році серед НЛТБ МБТ(+) нами ХРТБ діагностовано у 82,0 % хворих, туберкульоз із множинною стійкістю було діагностовано в 45,4 % випадків [1]. Протягом 2-х років кількість хворих на МЛС серед невдач лікування зменшився. Однією із причин такою тенденції є використання молекулярно-генетичних методів в діагностиці туберкульозу на догоспітальному етапі. За даними літератури серед хворих із НЛТБ в Росії тільки у 26,4 % обстежених діагностовано МЛС [3]. Таким чином, в Україні, основною причиною невдач лікування являється наявність резистентності до протитуберкульозних препаратів.

За нашими спостереженнями серед невдач лікування у 11 хворих із 38 НЛТБ (28,9 %) діагностували ХРТБ, який потребував проведення корекції лікування, або переведення хворого на лікування за 4 категорією на підставі отриманого тесту медикаментом чутливості. Ще 4 хворих були зареєстровано за 4 категорією на підставі: 2 – із контакту із МРТБ, 1 випадок неефективного лікування 1 курсу у ВІЛ-інфікованого із тяжким імунodefіцитом, і 1 пацієнта переведено до 4 категорії на підставі відсутності ефекту від отриманого лікування препаратами першого ряду після невдачі 2 курсу терапії.

Таким чином, 15 (39,4 %) хворих з НЛТБ було призначено лікування із використанням препаратів другого ряду.

Другою причиною невдачі лікування ми рахуємо поразку трахеобронхіального дерева. У 15 (39,4 %) хворих туберкульоз легень поєднувався із туберкульозом трахеї і бронхів, що значно ускладнювало лікування за рахунок порушення прохідності бронхів. Цім хворим додатково було призначено лікувальні бронхоскопії із введенням протитуберкульозних препаратів і кортикостероїдних гормонів, курси інгаляцій.

У 23 хворих (60,5 %) діагностовано супутні захворювання, які значно впливали на перебіг туберкульозу і погана переносність ліків. У 7 хворих (18,4 %) виявлено цукровий діабет, який потребував корекції лікування за рахунок побічної дії протитуберкульозних препаратів. Ще 2-є хворих мали хронічний активний гепатит. На тлі призначення стандартної схеми лікування 1 одночасно у них відмічалось постійно значне підвищення показників роботи печінки. Лікування проводилося за індивідуальною схемою з виключенням із терапії всіх препаратів із гепатотоксичною дією. Враховуючи відсутність в схемі рифампіцину, піразинаміду і ізоніазиду, лікування було продовжено. Введення в режим лікування піразинаміду або рифампіцину, ізоніазиду викликало реакцію зі сторони печінки. Таким чином, повний курс лікування хворі отримали на індивідуальною схемою, що не передбачено Уніфікованим протоколом № 620 від 04.09.2014 року. В меншому ступені на термін і ефективність лікування впливали такі супутні захворювання як ХОЗЛ і бронхіальна астма при призначенні адекватної терапії. У 2-х хворих поряд із дисемінованим туберкульозом легень виявлено поразка хребта і суглобів. Ці хворі потребували більш подовженої інтенсивної фази і не розцінювалися як «невдача лікування».

Привертають постійну увагу також пацієнти із ВІЛ-інфекцією. При відсутності бактеріовиділення та наявності від'ємних результатів молекулярно-генетичної діагностики при невдачі лікування препаратами 1 ряду до лікуванні додаються 2 препарати другого ряду - канаміцин і левофлоксацин. При відсутності відповіді на комбіновану схему, після представлення на ЦЛКК, цим хворим призначають лікування за стандартом 4 категорії. Все це потребує значного терміну лікування в інтенсивній фазі, також призначення антиретровірусної терапії у частки хворих викликає розвиток синдрому відновлення імунітету, що в свою чергу також пролонгує лікування.

Висновки. Таким чином, можливо підвести підсумок. При невдачі лікування туберкульозу з позитивним мазком або культурою мокроти основною причиною являє наявність ХРТБ 11 (44 %), в тому числі у 9 МЛС (36,0 %). При невдачі лікування у хворих, у яких спостерігається негативна клініко-рентгенологічна картина патологічного процесу, і при цьому, результати мікроскопії і/або культурального чи іншого дослідження патологічного матеріалу з метою виявлення збудника ТБ були негативними, такою причиною можуть бути: по - перше, туберкульоз трахео-бронхіального дерева, по - друге - супутні хвороби такі, як цукровий діабет, хронічний гепатит, ВІЛ-інфекція. Ці особливості перебігу туберкульозу обов'язково потребують диференційного підходу до лікування.

Література

1. Николаева О.Д., Марцинюк Т.Н. Клініко-рентгенологічна характеристика хворих з повторними випадками лікування туберкульозу. // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2014. - №3 (18). – С. 14-17.

2. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. // Туберкульоз, № 620 від 04.09.2014 р. - 183 с.

3. Цыбикова Э.Б. Организационные причины неудач лечения впервые выявленных больных туберкулезом легких // Социальные аспекты здоровья населения. – 2011. -№ 5. - С.1-18.

О.Д. Николаева, Н.А. Грицова

Анализ причин развития неудач лечения туберкулеза легких

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

Вступление. Эффективность лечения туберкулеза является основной причиной, которая влияет на заболеваемость, распространенность и смертность от туберкулеза. В Украине эффективность лечения не достигает среднего показателя по Европейскому региону ВОЗ и желаемого 85%.

Цель. Провести анализ случаев неудач лечения туберкулеза, частоту выявления химорезистентных штаммов и других факторов, которые способствовали возникновению неудач лечения.

Материалы и методы. Обследовано 38 больных, направленных на госпитализацию с диагнозом «неудача лечения туберкулеза».

Результаты. Установлено, что при неудаче лечения туберкулеза с положительным мазком мокроты или культурой основной причиной является наличие химорезистентного туберкулеза 11 (44 %), в том числе у 9 больных диагностирована множественная лекарственная устойчивость (36,0 %). При неудаче лечения у

больных с отрицательной клинико-рентгенологической картиной патологического процесса и при этом результаты микроскопии и/или культурального исследования были негативными. Такой причиной могут быть : во - первых, туберкулез трахеобронхиального дерева, во – вторых, - сопутствующие заболевания такие как сахарный диабет, хронический гепатит, ВИЧ-инфекция.

Ключевые слова: эфektivность лечения туберкулеза, неудача лечения

O.D. Nikolaeva, N.A. Gritsova

Analysis of causes of pulmonary tuberculosis treatment failure

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Introduction. The effectiveness of tuberculosis treatment is the main reason that affects morbidity, prevalence and mortality. In Ukraine the treatment efficiency does not reach the average level of the European Region of WHO and the desired 85%.

Aim. To conduct the analysis of tuberculosis treatment failure, the frequency of drug-resistant strains detection and other factors that lead to the treatment failure.

Materials and methods. 38 patients were examined with the tuberculosis treatment failure diagnosis.

Results and conclusions. It was found that the main reason of tuberculosis treatment failure with positive sputum smear or culture is the existence of drug-resistant tuberculosis – 11 patients (44%), including 9 patients with multidrug resistance (36.0%). In case of treatment failure the patients with negative clinical and radiological pathological process picture had negative results of microscopy and/or culture research. The cause of this may be: firstly, trachea-bronchial tree tuberculosis, secondly, the accompanying diseases such as diabetes, chronic hepatitis, HIV-infection.

Key words: tuberculosis treatment efficiency, treatment failure.

Ведомости об авторах:

Николаева Ольга Дмитриевна - доцент кафедры фтизиатрии и пульмонологии НМАПО имени П.Л. Шупика. Адресс: 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9.

Грицова Наталья Анатольевна - доцент кафедры фтизиатрии и пульмонологии НМАПО имени П.Л. Шупика. Адресс: 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9.

УДК616. 41+ 616. 24 + 613.62 : 622

© Р.В.РУБЦОВ, Е.В.ЛЕВИНА, 2016

Р.В.Рубцов, Е.В.Левина

ЗНАЧИМОСТЬ УЧЕТА ПРОИЗВОДНЫХ ГЕМОГЛОБИНА В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ КИСЛОРОДНО - ТРАНСПОРТ- НОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У РАБОЧИХ ГОРНОРУДНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ В ПОСТКОНТАКТНЫЙ ПЕРИОД

Украинский НИИ промышленной медицины, г. Кривой Рог

Вступление. Хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) – болезнь, в основе которой лежит ограничение проходимости дыхательных