

**М. М. Кужко, Д. О. Бутов\*, Т. С. Бутова\*\***

*Державна установа “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології  
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”, 03038 Київ*

*\*Харківський національний медичний університет, 61022 Харків*

*\*\*Харківський національний університет ім. В. Н. Каразіна, 61022 Харків*

## **ОСОБЛИВОСТІ РЕЦИДИВУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ПІД ЧАС ЗАСТОСОВАНОЇ АНТИМІКОБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ**

*(Представлено чл.-кор. НАМН України В. К. Гаврисюком)*

Обстежено 285 хворих інфільтративним туберкульозом легень, з них: 159 хворих на вперше діагностований туберкульоз легень (ВДТБЛ, I група) та 126 хворих з рецидивом туберкульозу легень (РТБЛ, II група). Ефективність основного курсу антимікобактеріальної терапії оцінювали за даними: терміни нормалізації клінічних проявів туберкульозу, припинення бактеріовиділення, загоєння порожнин розпаду легень, зникнення інфільтративних та вогнищевих змін у легеневій тканині, а також підсумкова клінічна ефективність лікувальних заходів. Ліквідація клінічної симптоматики спостерігалася достовірно швидше у I групі ( $2,2 \pm 0,1$  міс, ніж у хворих на РТБЛ ( $3,4 \pm 0,1$  міс ( $P < 0,001$ ). Припинення бактеріовиділення спостерігалася на 6-му місяці лікування у 112 ( $91,0 \pm 2,6$ ) % хворих на ВДТБЛ та 89 ( $76,7 \pm 3,9$ ) % пацієнтів II групи ( $P < 0,05$ ). Закриття порожнин розпаду відбувалося до 6 міс хіміотерапії лише у 55 ( $60,4 \pm 5,1$ ) % хворих з РТБЛ та 93 ( $88,6 \pm 3,1$ ) % пацієнтів з ВДТБЛ ( $P < 0,05$ ). Ефективність стандартного лікування хворих на ВДТБЛ зазвичай проявляється більш швидким поліпшенням та стабілізацією загального стану хворих, менш вираженою частотою токсичних побічних реакцій антимікобактеріальних препаратів, раніше виникає припинення бактеріовиділення, збільшується частота загоєння порожнин розпаду і частота досягнення певного клініко-рентгенологічного вилікування хворих, зі зменшенням кількості великих залишкових змін після лікування у порівнянні з РТБЛ.

**Ключові слова:** туберкульоз легень, рецидив туберкульозу, ефективність лікування.

Упродовж останніх років спостерігається тенденція до покращення ситуації з туберкульозом (ТБ), але вона все ще залишається складною, у зв'язку з тим, що визначається значна кількість хворих, які є джерелом інфікування мікобактеріями туберкульозу (МБТ) [9, 14]. Однією з актуальних проблем сучасної фтизіатрії є рецидив туберкульозу (РТБ) легень. Саме ця когорта хворих багато в чому підтримує високі показники захворюваності на ТБ [10]. Так, при контакті з хворим на рецидив туберкульозу легень (РТБЛ) з мікобактеріовиділенням людина захворює у 8 разів частіше, ніж та, яка контактувала з вперше діагностованим пацієнтом [5].

Останнім часом в Україні кількість захворюваності на РТБ збільшилася з 5,9 до 11,7 на 100 000 населення за 2003-2014 роки [3, 13]. Така ж сама тенденція до зростання показників РТБ спостерігається в інших країнах світу [7, 11, 12].

Рецидиви туберкульозу органів дихання протікають значно важче, частіше переходять у хронічний перебіг, часто супроводжуються ускладненнями та призводять до високої смертності у порівнянні з вперше діагностованим процесом [2]. Лікування цієї когорти хворих більш затратне ніж у пацієнтів з іншими формами туберкульозу [2, 15].

М. М. Кужко — професор відділення хіміорезистентного туберкульозу, д.м.н.

Д. О. Бутов — професор кафедри фтизіатрії та пульмонології Харківського національного медичного університету, д.м.н. (dddima@gmail.com)

Т. С. Бутова — асистент кафедри внутрішньої медицини Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна

© М. М. Кужко, Д. О. Бутов, Т. С. Бутова, 2018.

Ефективність лікування хворих на повторне захворювання на ТБ за даними літератури неоднорознозначна за різними показниками. Так, за клінічними ознаками деякі автори відзначають виражені симптоми інтоксикації [8] у хворих на рецидив ТБ легень (РТБЛ), а деякі навпаки не відмічають ніякої різниці даного показника, як до початку хіміотерапії, так і у процесі лікування ніж у хворих на вперше діагностоване специфічне захворювання [1, 4]. Та ж сама ситуація у джерелах літератури спостерігається за іншими даними показників ефективності лікування даної когорти хворих на ТБ.

Метою дослідження було вивчення особливостей рецидиву туберкульозу під час застосованої антимікобактеріальної терапії.

**Обстежувані та методи.** Під спостереженням було 285 хворих на ТБ, з них: 159 хворих на вперше діагностований ТБ легень (ВДТБЛ) (І група) та 126 хворих на РТБЛ (ІІ група). В усіх хворих спостерігався інфільтративний ТБ легень з однаковою розповсюдженістю патологічного процесу у легенях у обох групах ( $P > 0,05$ ), що було критерієм відбору у групи. Хворі знаходилися на обстеженні та лікуванні у Обласному протитуберкульозному диспансері № 1 м. Харків, Обласній туберкульозній лікарні № 1 м. Харків, Обласному протитуберкульозному диспансері № 3 м. Зміїв та Обласному протитуберкульозному диспансері № 4 м. Ізюм.

Ефективність основного курсу антимікобактеріальної терапії оцінювали за даними: терміни нормалізації клінічних проявів ТБ, припинення бактеріовиділення, загоєння порожнин розпаду легень, зникнення інфільтративних та вогнищевих змін у легеневої тканині, а також підсумкова клінічна ефективність лікувальних заходів.

Результати досліджень хворих обробляли з використанням *t*-критерію Стьюдента [6].

**Результати та їх обговорення.** Терміни нормалізації найважливіших клінічних проявів ТБ і загальноприйнятих методів дослідження під впливом стандартної хіміотерапії оцінювали по зникненню інтоксикаційної та грудної симптоматики. Припинення інтоксикаційного симптому констатувалося за наявності у хворих суб'єктивних ознак (підвищення апетиту, зникнення загальної слабкості, стомлюваності, пітливості), нормалізації температури тіла, маси тіла та змін у загальному аналізі сечі та ін., які констатувалися як симптоматика туберкульозної інтоксикації. Грудна симптоматика визначалася у поліпшенні або зникненні задишки, кашлю, болю у грудній клітці, кровохаркання, легеневої кровотечі та ін.

Так, припинення інтоксикаційного синдрому, після першого місяця лікування відзначено у 16 ( $19,28 \pm 4,33$ ) % з 83 хворих на РТБЛ, у яких спостерігалася дана симптоматика та у 34 ( $49,28 \pm 6,02$ ) % з 69 з ВДТБЛ, при цьому цей показник був вірогідно вищим у І групі пацієнтів ніж у хворих ІІ групи ( $P < 0,05$ ). Слабковиражена інтоксикація ліквідувалася на першому місяці терапії у 7 ( $36,84 \pm 11,37$ ) % з 19 хворих ІІ групи і 12 ( $38,71 \pm 8,75$ ) % з 31 пацієнта на ВДТБЛ ( $P > 0,05$ ), а помірна інтоксикація — у 6 ( $17,14 \pm 6,37$ ) % з 35 хворих на рецидив і 11 ( $47,83 \pm 10,65$ ) % з 23 осіб з ВДТБЛ контрольної групи (І група) ( $P < 0,05$ ). Виражена інтоксикація припинялася на першому місяці лікування лише у 3 ( $10,34 \pm 5,76$ ) % з 29 хворих ІІ групи і 11 ( $73,33 \pm 11,82$ ) % з 15 хворих І групи ( $P < 0,05$ ).

Через 3 міс лікування інтоксикаційний синдром був повністю ліквідований у 61 ( $88,41 \pm 3,85$ ) % з 69 пацієнтів на ВДТБЛ. Тоді, як у хворих РТБЛ лише у 44 ( $53,01 \pm 5,48$ ) % з 83 осіб вдалося досягти припинення інтоксикаційного синдрому ( $P < 0,05$ ). Слабко виражена інтоксикація припинилася у 12 ( $63,16 \pm 11,37$ ) % з 19 хворих ІІ групи і 28 ( $90,32 \pm 5,31$ ) % з 31 хворого на ВДТБЛ ( $P < 0,05$ ). Через 3 міс лікування помірна інтоксикація ліквідувалася тільки у 19 ( $54,29 \pm 8,42$ ) % з 35 хворих ІІ групи і 18 ( $78,26 \pm 8,79$ ) % з 23 хворих І групи ( $P > 0,05$ ). Через 3 міс лікування виражений ступінь інтоксикації спостерігався у 13 ( $44,83 \pm 9,40$ ) % з 29 хворих ІІ групи і усіх хворих з ВДТБЛ (І група).

Через 6 міс хіміотерапії інтоксикація була відсутня в усіх хворих І групи і 72 ( $86,75 \pm 3,72$ ) % з 83 пацієнтів ІІ групи ( $P < 0,05$ ), в яких зберігалася лише слабо виражена та помірна інтоксикація.

Грудна симптоматика відповідала змінам інтоксикаційної, де ліквідація даної клінічної симптоматики була вірогідно нижчою у хворих на РТБЛ. Так, загальне зникнення грудних симптомів у хворих на ВДТБЛ спостерігалось через ( $2,25 \pm 0,11$ ) міс, а на РТБЛ — через ( $3,40 \pm 0,15$ ) міс ( $P < 0,001$ ).

Отже, клінічна ефективність стандартної хіміотерапії хворих на РТБЛ (ІІ група) була вірогідно нижчою, ніж у пацієнтів з ВДТБЛ (І група).

Також немаловажливою проблемою у клінічній фізіотерапії є дослідження побічної дії протитуберкульозних препаратів (ПТП). Відповідно до [8], ми розподілили усі побічні реакції до ПТП, які ми спостерігали у хворих, на токсичні, алергічні та змішані. Побічні реакції на ПТП у процесі лікування спостерігалися у 157 ( $55,09 \pm 2,95$ ) % хворих на туберкульоз легень, з них у 76 ( $60,32 \pm 4,36$ ) % ІІ групи і у 81 ( $50,94 \pm 3,96$ ) % — І групи (табл. 1), при цьому ми не спостерігали статистичної різниці між групами. Але у даному випадку ми спостерігали, що алергічні побічні реакції до ПТП зустрі-

чалися у 2,27 рази частіше у пацієнтів на ВДТБЛ ( $28,93 \pm 3,60$ ) % порівняно з II групою ( $12,70 \pm 2,97$ ) % ( $P < 0,01$ ). При дослідженні токсичної дії ПТП, ми спостерігали протилежну ситуацію де у хворих на РТБЛ зустрічалась у 3,05 разів частіше токсична побічна дія до ПТП ніж при ВДТБЛ ( $P < 0,001$ ). Що стосується змішаних побічних дій ПТП, то ми не спостерігали вірогідної різниці між I та II групою ( $P > 0,05$ ).

Таблиця 1

Кількість хворих I та II груп, в яких при лікуванні антимікобактеріальними препаратами виявлені побічні реакції

Побічні реакції	I група (n = 81)		II група (n = 76)	
	абс.	%	абс.	%
Алергічні	46	$28,93 \pm 3,60$	16	$(12,70 \pm 2,97)^*$
Токсичні	19	$11,95 \pm 2,57$	46	$(36,51 \pm 4,29)^{**}$
Змішані	16	$10,06 \pm 2,3$	14	$(11,11 \pm 2,80)^*$

Примітки: \* —  $P < 0,01$ , \*\* —  $P < 0,001$  порівняно з пацієнтами I групи.

Одним із найважливіших критеріїв, що характеризує ефективність хіміотерапії хворих на ТБ легень, є частота припинення бактеріовиділення. Кількість хворих, які виділяли кислотостійкі палички (КСП) при госпіталізації до стаціонару, виявлена методом бактеріоскопії у 199 ( $69,82 \pm 2,72$ ) % пацієнтів на ТБ легень, з них позитивний мікроскопічний аналіз на КСП був у 104 ( $82,54 \pm 3,38$ ) % пацієнтів на РТБЛ та 95 ( $59,75 \pm 3,89$ ) % хворих на ВДТБЛ, приведений показник був вірогідно вищим у хворих II групи ніж I ( $P < 0,05$ ).

Частота і терміни припинення бактеріовиділення за даними мікроскопії мокротиння у I та II групах хворих (табл. 2) в основному відбувалося на другому та третьому місяцях хіміотерапії. Проте у хворих II групи припинення бактеріовиділення відбувалося вірогідно пізніше ніж у хворих на ВДТБЛ ( $P < 0,05$ ). Крім того, відсоткова кількість хворих, які продовжили виділяти КСП після 6 міс хіміотерапії була також вірогідно вищою у хворих на повторне захворювання на ТБ легень (II група) ніж при ВДТБЛ ( $P < 0,05$ ).

При бактеріологічному аналізі харкотиння при госпіталізації у 239 ( $83,86 \pm 2,18$ ) % хворих на ТБ легень методом посіву виявлені МБТ (рисунок), з яких було 116 ( $92,06 \pm 2,41$ ) % хворих на РТБЛ та 123 ( $77,36 \pm 3,32$ ) % пацієнтів на ВДТБЛ ( $P < 0,05$ ).

Припинення бактеріовиділення у хворих I групи відбувалося більш швидким темпом, ніж у хворих II групи. Так через 2 міс проведеної хіміотерапії припинення бактеріовиділення досягнуто у 99 ( $80,49 \pm 3,57$ ) % хворих I групи і у 64 ( $55,17 \pm 4,62$ ) % пацієнтів основної групи (II група), ( $P < 0,05$ ).

Через 3 міс лікування припинення бактеріовиділення було у 107 ( $86,99 \pm 3,03$ ) % хворих на ВДТБЛ і у 76 ( $65,52 \pm 4,41$ ) % пацієнтів на РТБЛ ( $P < 0,05$ ).

Таблиця 2

Кількість хворих I та II груп, в яких за даними мікроскопічного дослідження мокротиння і промивних вод із бронхів припинилося бактеріовиділення

Термін лікування	I група		II група	
	абс.	%	абс.	%
2 міс	75	$78,95 \pm 4,18$	60	$(57,67 \pm 4,84)^*$
3 міс	85	$89,47 \pm 3,15$	74	$(71,15 \pm 4,44)^*$
6 міс	91	$95,79 \pm 2,06$	85	$(81,73 \pm 3,79)^*$
КСП позитивні через 6 міс	4	$4,21 \pm 2,06$	19	$(18,27 \pm 3,79)^*$

Примітки: \* —  $P < 0,05$  порівняно з пацієнтами I групи.

Через 6 міс у 112 ( $91,06 \pm 2,57$ ) % хворих на ВДТБЛ було досягнуто припинення бактеріовиділення при посіві мокротиння, тоді як у хворих на РТБЛ цей показник був вірогідно нижчим — 89 ( $76,72 \pm 3,92$ ) % хворих ( $P < 0,05$ ).

Отже, у хворих на ВДТБЛ на фоні хіміотерапії вірогідно частіше спостерігається припинення бактеріовиділення ніж у пацієнтів з РТБЛ.

Крім того, ще одним з найважливіших критеріїв, що характеризують ефективність лікування хворих на туберкульоз легень, є загоєння порожнин розпаду та зникнення інфільтративних змін (табл. 3).

Таблиця 3

Кількість хворих I та II груп з різними термінами загоєння порожнин розпаду та зникнення інфільтративних змін у легеневій тканині

Етапи лікування	I група (n = 105)		II група (n = 1)	
	абс.	%	абс.	%
2-3 міс	43	$41,90 \pm 4,82$	29	$31,89 \pm 4,88$
4-5 міс	76	$72,38 \pm 4,36$	42	$(46,15 \pm 5,23)^*$
6 міс	93	$88,57 \pm 3,10$	55	$(60,44 \pm 5,13)^*$
Наявність деструкції через 6 міс	12	$11,43 \pm 3,10$	36	$(39,59 \pm 5,13)^*$

Примітки: \* —  $P < 0,05$  порівняно з пацієнтами I групи.

У результаті проведеного дослідження було виявлено 196 хворих на ТБ легень у яких спостерігався деструктивний процес, з них каверни у легенях спостерігалися у 91 ( $72,22 \pm 3,99$ ) % пацієнта на РТБЛ та у 105 ( $66,04 \pm 3,76$ ) % хворих на ВДТБЛ, різниця між значеннями показників була невірогідна при зіставленні I та II груп ( $P > 0,05$ ).

Нами вивчені динаміка та закономірності загоєння деструкції в легенях у хворих порівнюваних

Таблиця 4

## Частота та строки загоєння порожнин розпаду в легенях у залежності від їх характеру

Група	Характер порожнини розпаду	Кількість хворих	Строки закриття порожнин розпаду, міс			Порожнини розпаду більше 6 міс
			2-3 міс	4-5 міс	6 міс	
I	Починаючий (n = 46)	абс.	39	46	-	-
		%	84,78 ± 5,30	100,00 ± 0,02	-	-
	Формуючий (n = 56)	абс.	19	39	47	9
		%	33,93 ± 6,33	(69,64 ± 6,40)*	83,93 ± 4,91	16,07 ± 4,91
	Сформований еластичний (n = 3)	абс.	-	-	-	3
		%	-	-	-	100,00 ± 0,25
II	Починаючий (n = 13)	абс.	8	13	-	-
		%	61,54 ± 14,04	100,00 ± 0,07	-	-
	Формуючий (n = 49)	абс.	9	12	42	7
		%	18,37 ± 5,53	24,49 ± 6,14	85,71 ± 5,00	14,29 ± 5,00
	Сформований еластичний (n = 29)	абс.	-	-	-	29
		%	-	-	-	100,00 ± 0,03

Примітка:  $P < 0,05$  порівняно з терміном загоєння формуючої порожнини розпаду у пацієнтів I групи.

груп. В обох групах загоєння порожнин деструкції в основному відбувається на 2-5 місяці лікування (див. табл. 3). Так, у хворих на рецидив порожнини розпаду через 4-5 місяці лікування закрилися у 42 (46,15 ± 5,23) % випадках, у хворих на ВДТБЛ у 76 (72,38 ± 4,36) % випадках ( $P < 0,05$ ).

До 6 місяців хіміотерапії деструкції закрилися лише у 55 (60,44 ± 5,13) % хворих з РТБЛ, у хворих на ВДТБЛ — у 93 (88,57 ± 3,10) % ( $P < 0,05$ ). На 6 і більше місяців лікування порожнини розпаду збереглися у 36 (39,59 ± 5,13) % хворих II групи та у 12 (11,43 ± 3,10) % хворих I групи ( $P < 0,05$ ).

Що стосується термінів зникнення інфільтративних змін, то вони в усіх групах спостереження практично не відрізнялися від термінів загоєння порожнин. Виняток становлять лише поодинокі випадки, коли інфільтрація зникала раніше, ніж наставало загоєння порожнин, або, навпаки, коли на фоні загоєння ще якийсь час зберігалася інфільтрація легеневої тканини.

Нами вивчена залежність загоєння деструкцій від їх характеру та розміру у хворих порівнюваних груп [4] (табл. 4).

Найбільша кількість випадків у залежності від різновидів деструктивних змін була з формуючими порожнинами розпаду у хворих на деструктивний РТБЛ, що спостерігалася у 49 (53,85 ± 5,23) % пацієнтів, а у групі на ВДТБЛ наявність формуючих порожнин розпаду спостерігалася у 56 (53,33 ± 4,87) % осіб, різниця була статистично не значима між цими підгрупами ( $P > 0,05$ ). При дослідженні сформованих деструктивних змін у легенях спостерігалася у 3 (2,86 ± 1,63) % випадках I групи та у 29

(31,87 ± 4,88) % пацієнтів II групи ( $P < 0,001$ ). Починаючий розпад спостерігався у 13 (14,29 ± 3,67) % хворих на деструктивний РТБЛ та у 46 (43,81 ± 4,84) % пацієнтів з кавернозним ВДТБЛ, при цьому приведений показник був вірогідно вищими у хворих I групи ( $P < 0,001$ ).

Проведена хіміотерапія на ранніх етапах лікування (до 6 місяців) привела до загоєння деструкції у всіх хворих з початковим розпадом, істотних відмінностей у частоті загоєння у хворих I та II групи не виявлено (табл. 4). Така ж сама ситуація спостерігалася при дослідженні формуючої та сформованої еластичної порожнини розпаду, де приведені показники були не вірогідні при порівнянні I та II групи хворих ( $P > 0,05$ ), винятком став показник формуючої порожнини розпаду на 4-5 місяці лікування, де він був вірогідно вищим у I групі ніж у II ( $P < 0,05$ ).

Безпосередня ефективність лікування хворих була б висвітлена неповно, якби не оцінити характер залишкових змін після завершення основного курсу антимікобактеріальної терапії в обох групах.

Великі залишкові зміни ми спостерігали вірогідно рідше у 48 (30,19 ± 3,64) % хворих на ВДТБЛ ніж при РТБЛ, де даний показник спостерігався у 85 (67,46 ± 4,17) % пацієнтів ( $P < 0,001$ ). Протилежна ситуація спостерігалася при оцінці малих залишкових змін, де даний показник спостерігався у 41 (32,54 ± 4,17) % хворого на РТБЛ та у 111 (69,81 ± 3,64) % пацієнтів на ВДТБЛ ( $P < 0,001$ ).

**Висновки.** Ефективність стандартного лікування хворих на ВДТБЛ легень зазвичай проявля-

ється більш швидким поліпшенням та стабілізацією загального стану хворих, менш вираженою частотою токсичних побічних реакцій антимікобактеріальних препаратів, раніше виникає припинення бактеріовиділення, збільшується частота загоєння порожнин розпаду і частота досягнення певного клініко-рентгенологічного вилікування

хворих, зі зменшенням кількості великих залишкових змін після лікування порівняно з РТБЛ. Таким чином, хворі на РТБЛ потребують більш пролонгованого хіміотерапевтичного лікування ніж хворі на ВДТБЛ, що може привести до більш позитивної клініко-рентгенологічної стабілізації специфічного процесу у даної когорти хворих.

### Список використаної літератури

1. Андреева Т. Н., Кириллов М. Н. Рецидивы туберкулеза органов дыхания // Туберкулез сегодня: мат-лы VII Российского съезда фтизиатров. — Москва, 2003. — С. 6. (13)
2. Вязкова Н. Н. Значение динамического диспансерного наблюдения для предупреждения развития рецидива туберкулеза органов дыхания из III группы диспансерного учета: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2008. — 33 с. (10)
3. Державний заклад "Центр медичної статистики МОЗ України" Туберкульоз в Україні: аналітично-статистичний довідник за 2013-2014 роки. — К.: Міністерство охорони здоров'я України, 2015. — 88 с. (6)
4. Краснов В. А., Потапова В. А. и др. Клиническое течение и исходы рецидива туберкулеза легких // Пробл. туб. — 1993. — № 5. — С. 14-16. (14)
5. Кужко М. М. Визначити фактори ризику рецидиву туберкульозу легень та розробити оптимальні методи їх діагностики: звіт з НДР (заключний). — № державної реєстрації 0110U001212. — К.: Державна установа "Національний інститут фтизіатрії та пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України", 2012. — 250 с. (4)
6. Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н. Статистические методы в медикобиологических исследованиях с использованием Excel. — К.: Морион, 2000. — 320 с. (15)
7. Петренко В. М., Черенько С. О., Литвиненко Н. А. та ін. Проблеми рецидивів туберкульозу легень // Укр. пульмонолог. журн. — 2008. — № 2. — С. 60-64. (7)
8. Рогожина Н. А., Гурьянова В. Н., Бабин М. М. Социально-клинические аспекты рецидивов туберкулеза легких // Пробл. туб. — 1993. — № 1. — С. 54-55. (12)
9. Феценко Ю. І., Литвиненко Н. А., Варицька Г. О. та ін. Ефективність скороченого 12-місячного режиму антимікобактеріальної терапії хворих на мультирезистентний туберкульоз // Укр. пульмонолог. журн. — 2017. — № 3. — С. 5-8. (2)
10. Феценко Ю. І., Мельник В. М., Турченко Л. В. Погляд на проблему боротьби з туберкульозом в Україні // Укр. пульмонолог. журн. — 2016. — № 3. — С. 5-10. (3)
11. Jo K. W., Yoo J. W., Hong Y. et al. Risk factors for 1-year relapse of pulmonary tuberculosis treated with a 6-month daily regimen // Respir. Med. — 2014. — **108**, № 4. — P. 654-659. (9)
12. Lange C., Abubakar I., Alffenaar J. W. et al. Management of patients with multidrug-resistant /extensively drug-resistant tuberculosis in Europe: a TBNET consensus statement // Eur. Respir. J. — 2014. — **44**, № 1. — P. 23-63. (8)
13. World Health Organization Global tuberculosis report — 2014. — Geneva: WHO, 2014. — 118 p. (5)
14. World Health Organization Global tuberculosis report—2016. — Geneva: WHO, 2017. — 262 p. (1)
15. Zakoska M. Risk factors for relapses of tuberculosis // Eur. Respir. J. — 2003. — **22**. — P. 2172-2179. (11)

Одержано 16.09.2017

## ОСОБЕННОСТИ РЕЦИДИВА ТУБЕРКУЛЕЗА ВО ВРЕМЯ ПРОВОДИМОЙ АНТИМІКОБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ

М. М. Кужко, Д. А. Бутов\*, Т. С. Бутова\*\*

Государственное учреждение "Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины", 03038 Киев

\*Харьковский национальный медицинский университет, 61022 Харьков

\*\*Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, 61022 Харьков

Обследовано 285 больных инфильтративным туберкулезом легких, из них: 159 больных с впервые диагностированным туберкулезом легких (ВДТБЛ, I группа) и 126 больных с рецидивом туберкулеза легких (РТБЛ, II группа). Эффективность основного курса антимикобактериальной терапии оценивали по данным: сроков нормализации клинических проявлений туберкулеза, прекращения бактериовыделения, заживления полостей распада легких, исчезновение инфильтративных и очаговых изменений в легочной ткани, а также итоговая клиническая эффективность лечебных мероприятий. Ликвидация клинической симптоматики достоверно быстрее наблюдалась в I группе больных ( $2,2 \pm 0,1$ ) мес, чем у больных с РТБЛ ( $3,4 \pm 0,1$ ) мес ( $P < 0,001$ ). Прекращение бактериовы-

деления наблюдалось на 6-м месяце лечения у 112 (91,0 ± 2,6) % больных ВДТБЛ и 89 (76,7 ± 3,9) % пациентов II группы ( $P < 0,05$ ). Закрытие полостей распада наблюдалось до 6 месяцев химиотерапии только у 55 (60,4 ± 5,1) % больных с РТБЛ и 93 (88,6 ± 3,1) % пациентов с ВДТБЛ ( $P < 0,05$ ). Эффективность стандартного лечения пациентов с ВДТБЛ обычно проявляется более быстрым улучшением и стабилизацией общего состояния больных, менее выраженной частотой токсических побочных реакций к антимикобактериальным препаратам, более ранним прекращением бактерио-выделения, увеличением частоты заживления полостей распада и частоты достижения определенного клинико-рентгенологического излечения больных, с уменьшением количества больших остаточных изменений после лечения по сравнению с РТБЛ.

## FEATURES OF RELAPSE OF TUBERCULOSIS DURING ANTIMYCOBACTERIAL THERAPY

M. M. Kuzhko, D. A. Butov\*, T. S. Butova\*\*

State institution "National F. G. Yanovsky Institute on phtysiatry and pulmonology NAMS Ukraine",  
03038 Kyiv

\*Kharkiv National Medical University, 61022 Kharkiv

\*\*V. N. Karazin Kharkiv National University, 61022 Kharkiv

Observed was 285 TB patients with infiltrative pulmonary tuberculosis, including 159 patients with newly diagnosed pulmonary tuberculosis (NDTB, I group) and 126 patients with relapse of pulmonary tuberculosis (RPTB, II group). The effectiveness of the main course antimycobacterial therapy we was evaluated according to: terms of normalization of clinical manifestations of tuberculosis, bacterial termination, closure of cavities, loss infiltrative and focal changes in lung tissue, and final clinical efficacy of treatment. The elimination of clinical symptoms was observed significantly faster in the first group (2.2 ± 0.1) months than in patients with RPTB (3.4 ± 0.1) months ( $P < 0.001$ ). Termination of bacteria was observed after 6 months of treatment in 112 (91.0 ± 2.6) % patients with NDTB and 89 (76.7 ± 3.9) % patients with RPTB group ( $P < 0.05$ ). Closing cavities happened to 6 months of chemotherapy only in 55 (60.4 ± 5.1) % patients with RPTB and 93 (88.6 ± 3.1) % patients NDTB ( $P < 0.05$ ). The effectiveness of standard treatment patients with NDTB usually appears more rapid improvement and stabilization of the general condition of patients, less severe rate of toxic side effects antimycobacterial drugs, earlier appears termination bacterioexcretion, increased frequency of closing cavities and frequency of achievement of certain clinical and radiological cure of patients, with a decrease in the number of large residual changes after treatment compared with RPTB.