

Й.Б. Бялик
В.М. Петренко
Н.А. Литвиненко
Л.В. Кучугура-Кучеренко
С.О. Черенько
І.В. Случ
Л.М. Циганкова
О.Р. Тарасенко
О.В. Іванкова

Інститут фтизіатрії
 і пульмонології, Київ

ЕФЕКТИВНІСТЬ РІЗНИХ РЕЖИМІВ ІНДИВІДУАЛІЗОВАНОЇ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ ІЗ ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИМ ДЕСТРУКТИВНИМ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ЛЕГЕНЬ З БАКТЕРІОВИДІЛЕННЯМ

Ключові слова: *режими хіміотерапії туберкульозу, резистентність мікобактерій туберкульозу, туберкульозна інтоксикація, припинення бактеріовиділення, загоєння каверн.*

Резюме. Наведено дані щодо ефективності режимів індивідуалізованої хіміотерапії у хворих двох груп із застосуванням 4 та 5 і більше протитуберкульозних препаратів. Проаналізовано частоту розвитку вторинної резистентності та побічних реакцій під час протитуберкульозного лікування, частоту та терміни зникнення туберкульозної інтоксикації, припинення бактеріовиділення, загоєння каверн.

ВСТУП

Протягом усього періоду застосування антибактеріальної терапії в Україні розроблялися схеми хіміотерапії хворих із вперше діагностованим деструктивним бактеріальним туберкульозом з використанням різної кількості препаратів протягом усього режиму лікування та за один день. Перші схеми склалися з двох препаратів — послідовного поєднання натрієвої солі парааміносаліцилової кислоти (ПАСК) і стрептоміцину, а потім ПАСК та фтивазиду. В подальшому в режимах лікування застосовували по 3, 4, а в останні роки — 5 та більше протитуберкульозних препаратів. За цей період дослідники прагнули систематизувати та визначити єдині принципи антимікобактеріальної терапії хворих на туберкульоз легень, зокрема розробити стандартні режими лікування.

На сьогодні у світі визнано принцип двохетапної антимікобактеріальної терапії хворих із вперше діагностованим туберкульозом легень, згідно з яким впродовж перших 2–3 міс застосовують 4, а іноді 5 протитуберкульозних препаратів (інтенсивна або перша фаза лікування), а в подальшому — 2–3 препарати (підтримувальна або друга фаза). Весь курс лікування триває 6–8 міс [9, 10, 12].

Останніми роками, згідно з рекомендаціями ВООЗ, у різних країнах світу, в тому числі і в СНД, впроваджують стандартні режими лікування хворих на туберкульоз [13]. Стандарт (англ. standard — норма, зразок, мірило) — в широкому розумінні слова — це зразок, еталон,

який беруть за основу для порівняння з ним інших об'єктів; у стандартизації — нормативно-технічний документ, який встановлює єдині обов'язкові вимоги щодо типів, розмірів, якості, норми та інших основних властивостей об'єктів стандартизації [7]. При проведенні стандартної терапії за методикою ВООЗ вперше виявлених хворих на туберкульоз легень, які виділяють мікобактерії туберкульозу (МБТ), в інтенсивну фазу застосовують щоденно 4 протитуберкульозні препарати — ізоніазид (H), рифампіцин (R), стрептоміцин (S), піразинамід (Z) (HRSZ) або H, R, етамбутол (E), Z (HREZ) протягом 2 міс. Якщо за цей час бактеріовиділення припиняється, розпочинають підтримувальне лікування із застосуванням двох препаратів (HR) щоденно або інтермітуюче — протягом 4 міс. Загальна тривалість основного курсу лікування складає 6 міс. Якщо виділення МБТ продовжується через 2 міс від початку лікування, інтенсивне лікування продовжують за попереднім режимом ще на 1 міс і обов'язково досліджують харкотиння на МБТ за допомогою методу засіву з визначенням резистентності до протитуберкульозних препаратів. Якщо через 3 міс відзначено абацилювання, розпочинають підтримувальне лікування. У разі продовження визначення МБТ у харкотинні розпочинають лікування із щоденним застосуванням 5 препаратів (HRSEZ) впродовж 2 міс, а потім 4 з них (без S) — щоденно ще протягом 1 міс. Тільки після цього хворого переводять на підтримувальне лікування із застосуванням 3 препаратів (HRZ) щоденно або 3 рази на тиждень протягом 4 міс. Слід зауважити, що при виз-

наченні стійкості МБТ до протитуберкульозних препаратів рекомендують призначати індивідуалізований режим лікування з урахуванням медикаментозної резистентності кожного хворого [1, 5, 8, 13].

Схеми лікування хворих на туберкульоз із невідповідністю зазначеним положенням відносять до нестандартних або індивідуалізованих режимів. Однак слід зауважити, що стратегія ВООЗ взагалі не враховує такі критерії, як терміни та частота загоєння каверн, а в Україні ці показники визначені навіть у нормативних документах (наказ № 233 МОЗ України від 29.07.96). Це є однією з причин, чому в нашій країні частіше застосовують індивідуалізовані режими лікування у хворих з вперше діагнованим деструктивним туберкульозом легень з бактеріовиділенням.

Результати лікування у країнах колишнього Радянського Союзу в значній частині випадків не досягли прийнятої ВООЗ стандартної якості лікування — припинення бактеріовиділення в 85% випадків [6, 11]. У зв'язку з цим є прихильники застосування індивідуалізованих режимів лікування хворих із вперше діагнованим туберкульозом легень, зокрема із призначенням при поширених деструктивних процесах з медикаментозно-чутливими мікобактеріями туберкульозу в першу фазу лікування 5 протитуберкульозних препаратів [2, 3]. У той же час є дослідження, в яких не рекомендується застосовувати одночасно більше 5–6 протитуберкульозних препаратів у зв'язку з тим, що в таких випадках вони пригнічують Т-клітинну ланку імунітету, а продукти їх метаболізму призводять до виникнення різних дисфункцій та тяжких неврологічних змін в організмі хворих на туберкульоз [4].

Мета роботи — порівняння ефективності та переносимості різних режимів індивідуалізованої антибактеріальної терапії у хворих із вперше діагнованим деструктивним туберкульозом легень з бактеріовиділенням. Режими відрізнялися від стандартних за такими критеріями: строки інтенсивної, підтримувальної фаз та основного курсу лікування, більша кількість препаратів у режимі, інтермітуючий метод призначення препаратів.

ОБ'ЄКТ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У контролюваннях дослідження брали участь 109 пацієнтів із вперше діагнованим деструктивним туберкульозом легень із бактеріовиділенням, яких лікували в Інституті фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України. Хворим призначали індивідуалізовані режими за такими принципами: кількість препаратів на один день в інтенсивній фазі лікування, як правило, не перевищувала 4, із них 2–3 застосовували щоденно, інші — інтермітуюче (через день або 3 рази на тиждень).

На підтримувальному етапі лікування хворим в основному призначали 2–3 препарати щоденно.

Досліджених хворих поділили на 2 групи, яким на інтенсивному етапі призначали різні режими лікування. У 46 хворих 1-ї групи в інтенсивній фазі лікування застосовували 4 протитуберкульозні препарати, переважно щоденно, у 63 хворих 2-ї групи — 5 або значно рідше (у 8 осіб) — 6 препаратів, 2–3 з яких використовували щодня, а 2–3 — через день або 2–3 рази на тиждень. Режим із 5 протитуберкульозних препаратів призначали хворим з вираженою туберкульозною інтоксикацією, великими (більше 4 см у діаметрі) кавернами або значною їх кількістю (більше 2). При п'яти-препаратному режимі хворий приймав 3 препарати кожний день, а 2 — через день, тобто 4 препарати на добу.

Обстежені обох груп були співставні за віком і статтю, більше було чоловіків (67,9%) працездатного віку — від 18 до 59 років (98,2%).

Усі хворі з харкотинням виділяли МБТ.

У 61 (56,0%) хворого із загальної кількості обстежених визначено поширений туберкульозний процес: у 1-й групі його діагновано у 22 (47,8±7,4%), у 2-й — у 39 (61,9±7,9%) ($p>0,05$).

Серед обстежених 1-ї групи переважали хворі з однією порожниною розпаду в легенях (27 осіб, або 58,7±7,3%), дві-три каверни виявлено в 15 (32,6±6,9%) осіб, множинні — у 4 (8,7±4,2%). Серед обстежених 2-ї групи виявлено дещо меншу відсоткову кількість хворих з однією каверною (28 осіб, або 44,4±6,3%), відповідно у 24 (38,1±6,1%) та в 11 (17,5±7,9%) обстежених визначені 2–3 та більше каверн. Отже, в 1-й групі було дещо більше хворих з однією каверною, а в 2-й — з 2–3 кавернами та більше ($p>0,05$).

За розмірами каверн різниця між хворими порівнюваних груп також не мала статистично достовірної різниці ($p>0,05$). Із 46 обстежених 1-ї групи у 17 (36,9±7,1%) виявлені малі за розміром порожнини розпаду, у 20 (43,5±7,3%) і у 9 (19,6±5,9%) відповідно — середні та великі деструкції. Серед 63 обстежених 2-ї групи малі за розміром деструкції виявлені у 24 (38,1±6,1%), каверни середніх та великих розмірів — у 26 та 12 осіб, що склало 41,3±6,2 та 19,0±4,9% відповідно. Слід зауважити, що в 1 (1,6±2,5%) хворого 2-ї групи спостерігали гігантську каверну.

Туберкульозну інтоксикацію було визначено у 99 із 109 обстежених. Достовірно більше хворих з наявністю симптомів інтоксикації було в 2-й групі — 61 (96,8±2,2%) у порівнянні з обстеженими 1-ї групи — 38 (82,6±5,6%); ($p<0,05$). Слід відзначити, що у 5 (10,9±4,6%) хворих 1-ї групи діагновано туберкульозну інтоксикацію, але її ступінь не визначено. Серед осіб 2-ї групи дещо частіше діагностували по-

мірний та виражений ступінь туберкульозної інтоксикації — у 45 ($71,4 \pm 5,8\%$) та у 16 ($25,4 \pm 5,5\%$) в порівнянні з цим показником 1-ї групи — у 28 ($68,3 \pm 6,9\%$) та у 5 ($12,2 \pm 4,8\%$) хворих відповідно ($p > 0,05$).

Первинна резистентність МБТ до 1–3 протитуберкульозних препаратів була виявлена у 10 ($21,7 \pm 6,1\%$) хворих 1-ї та в 11 ($17,5 \pm 4,8\%$) осіб 2-ї групи ($p > 0,05$).

Результати лікування оцінювали за терміном і частотою усунення симптомів інтоксикації, припинення бактеріовиділення, загоснення каверн, а також за переносимістю протитуберкульозних препаратів та частотою розвитку вторинної медикаментозної резистентності на фоні застосованих режимів лікування. Також у наведеному дослідженні визначені терміни основного курсу лікування та його інтенсивної і підтримувальної фаз залежно від призначених режимів індивідуалізованої антимікобактеріальної терапії.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Групи порівняння відрізнялися між собою лише за 1 критерієм — у 2-й групі було на 14,2% більше хворих з туберкульозною інтоксикацією, ніж у 1-й. Крім того, у хворих 2-ї

групи частіше виявляли множинні каверни (на 8,8%) та поширений процес (на 14,1%), різниця за цими показниками між групами недостовірна. За сукупністю наведених критеріїв можна зробити висновок, що у хворих 2-ї групи перебіг процесу був більш важким, ніж у 1-й. Цим обумовлено призначення хворим 1-ї групи 4, а хворим 2-ї групи 5 протитуберкульозних препаратів та більше.

У хворих 1-ї групи середні терміни усунення інтоксикації, припинення бактеріовиділення, загоснення каверн становили: $1,4 \pm 0,14$; $2,3 \pm 0,16$; $4,9 \pm 0,29$ міс, а їх кінцеві результати — відповідно 100,0% (у 38 хворих із 38); $97,8 \pm 2,2\%$ (у 45 хворих із 46), $87,0 \pm 5,0\%$ (у 40 хворих із 46) (табл. 1–3). У хворих 2-ї групи терміни усунення інтоксикації, припинення бактеріовиділення, загоснення каверн становили: $1,6 \pm 0,17$; $2,2 \pm 0,19$; $4,9 \pm 0,32$ міс, а їх кінцеві результати відповідно 100% (у 61 хворих із 61), 100% (у 63 хворих із 63); $93,7 \pm 3,1\%$ (у 59 хворих із 63) Різниця цих показників між групами статистично недостовірна ($p > 0,05$).

Тривалість інтенсивної фази лікування складала у хворих 1-ї та 2-ї груп відповідно $5,2 \pm 0,23$ та $6,5 \pm 0,27$ міс (табл. 4), серед загальної кількості хворих обох груп — $5,8 \pm 0,35$ міс. Тобто в осіб з більш тяжким перебігом туберкульоз-

Таблиця 1

Динаміка усунення туберкульозної інтоксикації у хворих

Група хворих	Кількість хворих з наявністю інтоксикації		Середні терміни усунення інтоксикації (міс)	Кількість хворих, у яких туберкульозна інтоксикація лікована							
				через 1 міс		через 2 міс		через 3 міс		через 4 міс	
	абс.число	%		абс.число	%	абс.число	%	абс.число	%	абс.число	%
1-ша (n=46)	38	$82,5 \pm 5,6$	$1,4 \pm 0,14$	29	$76,3 \pm 6,9$	5	$13,2 \pm 5,5$	3	$7,9 \pm 4,4$	1	$2,6 \pm 2,6$
2-га (n=63)	61	$96,8 \pm 2,2$	$1,6 \pm 0,17$	47	$77,0 \pm 5,4$	8	$13,1 \pm 4,3$	2	$3,3 \pm 2,3$	4	$6,6 \pm 10,1$

Таблиця 2

Динаміка припинення бактеріовиділення у хворих

Група хворих	Середні терміни припинення бактеріовиділення (міс)	Кількість хворих, у яких бактеріовиділення припинилось									
		через 1 міс		через 2 міс		через 3 міс		через 4 міс		усього	
		абс.число	%	абс.число	%	абс.число	%	абс.число	%	абс.число	%
1-ша (n=46)	$2,3 \pm 0,16$	15	$32,6 \pm 6,9$	12	$26,1 \pm 6,5$	11	$23,9 \pm 5,3$	7	$15,2 \pm 5,3$	45	$97,8 \pm 2,2$
2-га (n=63)	$2,2 \pm 0,19$	24	$38,1 \pm 6,1$	21	$33,3 \pm 5,9$	11	$17,5 \pm 4,8$	7	$11,1 \pm 4,0$	63	100,0

Таблиця 3

Динаміка загоснення каверн у хворих

Група хворих	Середні строки загоснення каверн (міс)	Кількість хворих, у яких загоїлись каверни											
		за 1–2 міс		за 3–4 міс		за 5–6 міс		за 7–8 міс		за 9–10 міс		усього	
		абс.число	%	абс.число	%	абс.число	%	абс.число	%	абс.число	%	абс.число	%
1-ша (n=46)	$4,9 \pm 0,29$	3	$6,5 \pm 3,6$	18	$39,1 \pm 7,2$	12	$26,1 \pm 6,5$	6	$13,0 \pm 5,0$	1	$2,2 \pm 2,2$	40	$87,0 \pm 5,0$
2-га (n=63)	$4,9 \pm 0,32$	10	$15,9 \pm 4,6$	23	$36,5 \pm 6,1$	13	$20,6 \pm 5,1$	7	$11,1 \pm 4,9$	6	$9,5 \pm 3,7$	59	$93,7 \pm 3,1$

Таблиця 4

Тривалість основного курсу лікування та його фаз

Група хворих	Тривалість інтенсивної фази лікування, міс	Тривалість підтримувальної фази лікування, міс	Тривалість основного курсу лікування, міс
1-ша (n=46)	5,2±0,23*	2,7±0,33	7,2±0,34*
2-га (n=63)	6,5±0,27	2,4±0,38	8,2±0,35
Усього (n=109)	5,8±0,3	2,5±0,4	7,7±0,3

Примітка: * — $p < 0,05$ в порівнянні з 2-ю групою хворих

ного процесу (хворі 2-ї групи), яким призначали більш інтенсивні режими хіміотерапії, лікування було тривалішим (хворі 1-ї групи).

Середня тривалість підтримувальної фази в усіх обстежених склала $2,5 \pm 0,4$ міс і коливалася серед хворих кожної групи в середньому від $2,4 \pm 0,38$ до $2,7 \pm 0,33$ міс ($p > 0,05$).

Тривалість основного курсу лікування серед обстежених 1-ї групи склала $7,2 \pm 0,34$ міс, 2-ї групи — $8,2 \pm 0,35$ міс. Статистично за цим показником різниця достовірна ($p < 0,05$).

Виникнення побічних явищ внаслідок дії протитуберкульозних препаратів частіше спостерігали серед хворих 2-ї групи — у 23 (36,5±6,1%) осіб. У 7 (11,1±4,0%) із них виявлені виражені побічні явища, які були усунені лише після відміни всіх або частини протитуберкульозних препаратів, у 11 (17,5±4,8%) — за допомогою симптоматичних засобів, а у 5 (7,9±3,4%) осіб — взагалі без корекції лікування. У 5 (7,9±3,4%) хворих цієї групи відзначені гепатотоксичні явища — нудота, важкість в правому підребр'ї, підвищення рівня трансаміназ. У 4 (6,3±3,1%) осіб були алергічні реакції — зуд, почервоніння, папульозно-макульозні висипання, у 8 (12,7±4,2%) — диспепсичні явища, у 6 (9,5±3,7%) — виникли побічні явища різної симптоматики.

У 6 (13,0±5,0%) хворих 1-ї групи побічні явища під час хіміотерапії виявлені достовірно рідше ($p < 0,05$), ніж серед хворих 2-ї групи. У 4 (10,8±4,6%) осіб визначені прояви у вигляді гепатотоксичних реакцій, в 1-го (2,7±2,4%) — у вигляді алергічних проявів. Перебіг цих реакцій був нетяжким, їх було усунено за допомогою симптоматичних засобів або взагалі без корекції лікування. Лише в 1 (2,2±2,2%) хворого під час хіміотерапії розвинувся токсичний гепатит, що спонукало до відміни протитуберкульозних препаратів.

Встановлено, що стійкість до протитуберкульозних препаратів у процесі лікування (вторинна резистентність до 1–2 препаратів) розвинулась у 7 (6,4±2,3%) хворих від загальної кількості обстежених. Їх визначено у хворих як 1-ї, так і 2-ї групи — відповідно в 1 (2,2±2,2%) і у 6 (9,5±3,7%) осіб по відношенню до кількості хворих у кожній групі ($p > 0,05$). Про завершенні основного курсу хіміотерапії у 6 із 7 цих хворих припинилось бактеріовиділення і регресували порожнини розпаду.

У той же час хворі 2-ї групи із дещо поширенішим уперше діагностованим туберкульозом з деструкціями та бактеріовиділенням, вираженою туберкульозною інтоксикацією, за даними проведеного дослідження потребували більш тривалого проведення інтенсивної фази, за рахунок чого тривалість основного курсу лікування було подовжено ($p < 0,05$). Також треба зазначити: при застосуванні більшої кількості протитуберкульозних препаратів у режимі за триваліший час достовірно частіше виникали побічні явища, в тому числі виражені.

ВИСНОВКИ

При проведенні індивідуалізованих режимів антимікобактеріальної терапії у хворих з вперше діагностованим деструктивним туберкульозом легень з бактеріовиділенням, які в інтенсивну фазу складаються із 4 або 5–6 протитуберкульозних препаратів, досягнуто однаково високих результатів лікування, а саме: припинення бактеріовиділення відзначено в середньому за $2,2–2,3$ міс у 97,8–100% хворих, а загострення каверн — в середньому за $4,9$ міс у 87–93,7%. Однак при цьому у 28–39% хворих бактеріовиділення припинилось через 3–4 міс, а у 15–20% — каверни загоїлись через 7 міс і більше.

Режими із 5–6 препаратів достовірно частіше спричинюють розвиток побічних явищ, ніж комбінації із 4 препаратів — відповідно в 36,5±6,1 і 13±5% випадків.

В процесі лікування з використанням 4 або 5–6 препаратів лише у 2–6% хворих розвинулося резистентність МБТ до 1–2 із них.

Тому індивідуалізовані режими антимікобактеріальної терапії у хворих із вперше діагностованим деструктивним туберкульозом легень з бактеріовиділенням відрізняються від стандартних за ВООЗ більшою тривалістю інтенсивної фази лікування (в середньому 5,8 міс) у порівнянні із 2–3 міс. При індивідуалізованому режимі лікування підтримувальна фаза коротша (2,5 міс) в порівнянні з стандартним режимом ВООЗ (4 міс), а основний курс лікування — більш тривалий — 7,7 та 6 міс відповідно.

ЛІТЕРАТУРА

1. Богачельникова И.В., Перельман М.И. (1997) Антибактериальная терапия туберкулеза легких. Универсум Паблишинг, Москва, 48 с.
2. Бохонок В.С., Жук В.В., Нолепка О.Р. (1998) Організація і ефективність лікування вперше виявлених хворих з деструктивними формами туберкульозу легень. Укр. пульмонолог. журн., 3: 50–52.
3. Бялик И.Б., Людвиченко Е.П., Гурецакая А.А (1996) Возможности интенсивной 6–7-месячной химиотерапии деструктивного туберкулеза легких. Укр. пульмонолог. журн., 4: 22–25.
4. Ломако М.Н. (1998) Концептуальные подходы к решению проблемы туберкулеза. Здравоохранение, 1: 3–4.

5. Мишин В.Ю., Борисов С.Е., Соколова Г.Б., Васильева И.А., Дорогинова И.Р., Сафонова С.Г., Сидорова С.В. (2001) Разработка современных подходов диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания. *Consilium medicum*, 3(3): 9.
6. *Полирезистентный туберкулез: угроза человечеству* (1999). Бостон, 61 с.
7. *Українська Радянська Енциклопедія* (1983) Стандарт. Т. 8, Видання друге, Головна редакція української радянської енциклопедії, Київ, 497 с.
8. Хоменко А.Г., Чуканов В.И. (1996) Химиотерапия бацилярных больных — приоритетное направление современной фтизиатрии. Национальный конгресс по болезням, Новосибирск, 216 с.
9. Хоменко А.Г. (1998) Современная химиотерапия туберкулеза. *Клин. фармакология и терапия*, 7(4): 4–8.
10. Черенько С.О. (1999) Хіміотерапія туберкульозу: стани і перспектива розвитку. *Укр. хіміотерапевт. журн.*, 1: 27–30.
11. Conix R. et al. (1999) First-Line Tuberculosis Therapy and Drug-Resistant Mycobacterium tuberculosis in Prisons. *Lancet*, 353(9157): 969–973.
12. Crofton J. (1998) Рекомендации по лечению резистентных форм туберкулеза. *World Health Organization*, 48 p.
13. WHO (1997) Global Tuberculosis Programme. *Global tuberculosis control*, Geneva, 225 p.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗНЫХ РЕЖИМОВ ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С БАКТЕРИОВЫДЕЛЕНИЕМ

И.Б. Бялик, В.М. Петренко, Н.А. Литвиненко, Л.В. Кучугура-Кучеренко, С.А. Черенько, И.В. Случ, Л.М. Циганкова, Е.Р. Тарасенко, Е.В. Иванкова

Резюме. Представлены данные об эффективности режимов индивидуализированной химиотерапии у больных двух групп с применением

4, 5 и больше противотуберкулезных препаратов. Приведен анализ частоты развития вторичной резистентности и побочных эффектов во время противотуберкулезного лечения, частота и сроки устранения туберкулезной интоксикации, прекращения бактериовыделения, заживления каверн.

Ключевые слова: режимы химиотерапии туберкулеза, резистентность микобактерий туберкулеза, туберкулезная интоксикация, прекращение бактериовыделения, заживление каверн.

EFFICACY OF DIFFERENT INDIVIDUALIZED ANTIBACTERIAL REGIMENS OF PATIENTS WITH NEWLY DIAGNOSED DESTRUCTIVE SMEAR-POSITIVE TUBERCULOSIS

I.B. Byalik, V.M. Petrenko, N.A. Litvinenko, L.V. Kuchugura-Kucherenko, S.O. Cherenko, I.V. Sluch, L.M. Tsygankova, O.R. Tarasenko, O.V. Ivankova

Summary. Efficacy of individualized chemotherapy regimens, consisted of 4 and 5, 6 antituberculosis drugs was assessed in 2 groups of patients. The rate of acquired drug resistance, rates and terms of disappearance of tuberculosis intoxication, sputum conversion, healing of caverns were assessed in patients of both groups.

Key words: regimens of chemotherapy, drug resistance of MBT, tuberculosis intoxication, sputum conversion, healing of caverns.

Адреса для листування:

Литвиненко Наталія Анатоліївна
03680, Київ-110, узвіз Протасів Яр, 7
Інститут фтизіатрії і пульмонології АМН
України