

АНАЛІЗ ВПЛИВУ ЕФЕКТИВНОСТІ ОСНОВНОГО КУРСУ ХІМІОТЕРАПІЇ ВПЕРШЕ ВІЯВЛЕНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ НА ВИНИКНЕННЯ РЕЦИДИВІВ ЗАХВОРЮВАННЯ

М. М. Кужко, Л. М. Процик, О. М. Старкова, Н. М. Гульчук, О. В. Аврамчук

ДУ «Національний інститут фізіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», Київ

Резюме. З метою вивчення впливу проведеної хіміотерапії на виникнення рецидивів туберкульозу легень проаналізовано ефективність лікування у 225 пацієнтів на вперше діагностований туберкульоз легень. У хворих на туберкульоз легень, в яких у подальшому виник рецидив захворювання, вірогідно менше визначалися МБТ із збереженою чутливістю до протитуберкульозних препаратів — у $(68,0 \pm 5,4)$ % випадках, у структурі резистентності МБТ переважали полірезистентні (у 17,4 %) та мультирезистентні (у 12,0 %) штами. Корекція хіміотерапії в залежності від даних резистентності МБТ через 2 міс лікування була проведена лише у $(20,8 \pm 8,3)$ % випадків, через 4 міс — у $(66,7 \pm 9,6)$ % ($p < 0,05$), що стало причиною подовження термінів загоєння порожнин розраду до $(5,2 \pm 0,3)$ міс та тривалості стаціонарного лікування до $(5,4 \pm 0,4)$ міс. У $(43,1 \pm 4,8)$ % хворих, у яких в подальшому діагностували рецидив туберкульозу, основний курс хіміотерапії завершувався формуванням великих залишкових змін у легенях.

Ключові слова: рецидиви туберкульозу легень, хіміотерапія, резистентність мікобактерій туберкульозу.

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОСНОВНОГО КУРСА ХИМИОТЕРАПИИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ РЕЦИДИВОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ

М. М. Кужко, Л. М. Процик,

Е. М. Старкова, Н. М. Гульчук, О. В. Аврамчук

Резюме. С целью изучения влияния проводимой химиотерапии на возникновение рецидивов туберкулеза легких проанализирована эффективность лечения 225 пациентов с впервые диагностированным туберкулезом легких. У больных туберкулезом легких, у которых в последующем развился рецидив заболевания, достоверно меньше определялись МБТ с сохраненной чувствительностью к противотуберкулезным препаратам — в $(68,0 \pm 5,4)$ % случаев, в структуре резистентности преобладали полирезистентные (17,4 %) и мультирезистентные (12,0 %) штаммы МБТ. Коррекция химиотерапии в зависимости от данных резистентности МБТ через 2 мес лечения была проведена только у $(20,8 \pm 8,3)$ %, через 4 мес — у $(66,7 \pm 9,6)$ % случаях ($p < 0,05$), что стало причиной продления сроков заживления полостей распада до $(5,2 \pm 0,3)$ мес и продолжительности стационарного лечения до $(5,4 \pm 0,4)$ мес. В $(43,1 \pm 4,8)$ % больных, у которых в последующем диагностировали рецидив туберкулеза, основной курс химиотерапии заканчивался формированием больших остаточных изменений в легких.

Ключевые слова: рецидивы туберкулеза легких, химиотерапия, резистентность микобактерий туберкулеза.

THE ANALYSIS OF INFLUENCE CARRYING OUT OF CHEMOTHERAPY ON THE EMERGENCE RECURRENCE TUBERCULOSIS

M. M. Kuzhko, L. M. Protsyk,

O. M. Starkova, N. M. Gulchuk, O. V. Avramchuk

Summary. In order to study the effect of chemotherapy on the occurrence of relapses of pulmonary tuberculosis analyzed the effectiveness of treatment 225 patients with newly diagnosed pulmonary tuberculosis. In patients with pulmonary tuberculosis who subsequently developed recurrent disease was significantly less than the MBT were determined with preserved sensitivity to anti-TB drugs — in the $(68,0 \pm 5,4)$ % of cases, the structure of the resistance was dominated by multidrug-resistant (17,4 %) and multidrug (12,0 %) strains of the Office. Correction of chemotherapy, depending on the resistance of MBT data after 2 months of treatment was carried out only in $(20,8 \pm 8,3)$ %, after 4 months — a $(66,7 \pm 9,6)$ % cases ($p < 0,05$) that was the reason for extension of time to heal cavities $(5,2 \pm 0,3)$ months and the duration of hospitalization up to $(5,4 \pm 0,4)$ months. In the $(43,1 \pm 4,8)$ % of patients who subsequently was diagnosed with a relapse of tuberculosis, the main course of chemotherapy ended with the formation of large residual changes in the lungs.

Key words: recurrent pulmonary tuberculosis, chemotherapy, resistant *Mycobacterium tuberculosis*.

Адреса для листування:

Процик Любомир Миронович

Київ, ул. Амосова, 10

ГУ «Национальный институт физиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины»

За останні роки у більшості країн світу туберкульоз стає однією з найважливіших проблем сьогодення, що обумовлено неухильним погіршен-

ням епідеміологічної ситуації з цього захворювання. У нашій державі у зв'язку із соціально-економічними перетвореннями епідеміологічна ситу-

ація з туберкульозу складається вкрай несприятливо, а з 1995 р. за критеріями ВООЗ навіть оголошено епідемію цієї недуги [1].

У 2005 р. зафіксовано найбільший показник захворюваності на туберкульоз — 84,1 на 100 тис. населення. Надалі показник захворюваності з кожним роком знижувався на 1,1 — 4,1 %. За даними 2009 р., у порівнянні з 2008 р., в Україні спостерігається подальше зниження рівня захворюваності на туберкульоз до 74,5 на 100 тис. населення та стабілізація показника смертності від нього. Протилежна динаміка відмічається при розгляді захворюваності на рецидиви туберкульозу легень — від 5,6 — 6,4 на 100 тис. населення у 1995 — 2001 рр. до 10,3 — 10,9 на 100 тис. населення у 2008 — 2009 рр. [2]. Тобто, за останні роки відмічається стрімке зростання захворюваності на рецидиви туберкульозу легень.

У хворих з рецидивами туберкульозу частіше діагностують занедбані специфічні процеси з переважанням розповсюджених та деструктивних форм, схильністю до хронічного перебігу [3]. В порівнянні з вперше виявленим захворюванням при рецидиві туберкульозу органів дихання у 9,1 разу частіше зустрічається фіброзно-кавернозна форма туберкульозу, у 1,7 разу частіше бактеріовиділення та у 1,6 разу частіше деструкція [4]. Серед цих пацієнтів висока частка бактеріовиділювачів із резистентними мікобактеріями туберкульозу (МБТ) до протитуберкульозних препаратів, а також з поганою переносимістю протитуберкульозних препаратів, що значно затрудняє лікування [5]. Ефективність терапії хворих на рецидиви туберкульозу легень залишається досить низькою як за припиненням мікобактеріовиділення, так і за загоєнням порожнин розпаду, а їх виліковування проходить з розвитком масивних залишкових змін [6]. Факти свідчать про те, що одна етіотропна хіміотерапія, навіть якщо її проводять з використанням сучасних протитуберкульозних препаратів по стандартним міжнародним схемам, рекомендованим ВООЗ, не в змозі запобігти подальшого зниження ефективності лікування хворих на туберкульоз [7]. Тому лікування пацієнтів з рецидивами туберкульозу легень завжди потребувало більших зусиль, ніж лікування вперше виявлених, а на тлі невпинного зростання захворюваності та зниження ефективності терапії ця проблема набуває у фтизіатрії особливої актуальності.

ОБ'ЄКТ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

З метою вивчення впливу проведеної протитуберкульозної терапії на виникнення у подальшому рецидиву специфічного процесу проаналізовано ефективність хіміотерапії у 225 пацієнтів на вперше діагностований туберкульоз легень. Всі хворі завершили основний курс протитуберкульозної терапії тривалістю від 6 до 24 міс в залежності від встановленої резистентності МБТ. У процесі подальшого спостереження у ПТД за місцем прожи-

вання у 107 із них було діагностовано рецидив специфічного процесу у терміни від 2 до 7 років. Дані пацієнти увійшли до I (основної) групи. Ефективність хіміотерапії у цих хворих порівнювалася із лікуванням 118 пацієнтів (II група), у яких після завершення терапії протягом 5-ти років повторних випадків захворювання на туберкульоз не спостерігалось.

За статтю, віком, клінічними формами туберкульозу легень групи хворих були ідентичними. У більше половини — у (63,5 ± 4,7) % пацієнтів I групи та у (59,3 ± 4,5) % II групи — була діагностована інфільтративна форма туберкульозу легень. У пацієнтів у I та II групи дисемінований процес у легенях виявляли у 21 (19,6 %) та 27 (22,8 %) хворих, відповідно, та вогнищеві зміни — у 15 (14 %) та 20 (16,9 %), відповідно. Переважна кількість пацієнтів, які увійшли у дослідження, мали розповсюджений характер туберкульозного процесу у легенях — двобічне ураження та ураження всієї легені діагностували у 42 (39,2 %) пацієнтів I групи та у 43 (36,4 %) — II групи. Наявність порожнин розпаду у легенях за даними рентгенологічного дослідження органів грудної клітки діагностували у 72 (67,3 ± 4,5) % та 86 (72,8 ± 4,1) % хворих I та II групи пацієнтів, відповідно.

Мікобактеріовиділення бактеріологічним та бактеріоскопічним методами виявляли у 75 (70,1 ± 4,4) % осіб I групи та у 87 (73,7 ± 4,1) % хворих II групи.

У 56 (74,7 %) хворих I групи мікобактеріовиділення було виявлено за дослідженням мазка мокротиння, в інших 19 (25,3 %) пацієнтів — тільки за методом посіву. У пацієнтів контрольної групи бактеріоскопічним методом МБТ виявили у 60 (69,0 %) випадків, тільки бактеріологічним — у 27 (31,0 %) хворих.

Результати клінічного, рентгенологічного та лабораторних досліджень хворих обробляли та обчислювали за параметричними та непараметричними методами статистики. В ході обробки результатів досліджень для кожного показника обчислювали середнє квадратичне відхилення, середнє арифметичне (M) та середню помилку середнього арифметичного (m). Вірогідність різниці між групами, в яких дані розподілялись за нормальним законом, оцінювали за допомогою t-критерію за таблицею Ст'юдента. Якщо закон розподілу відрізнявся від нормального за U-критерієм — по парному критерію Уїлкоксона-Манна-Уїтні. Відмінність рахували достовірною при $p < 0,05$.

Робота виконана за кошти держбюджету.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

У всіх пацієнтів, в яких було виявлено МБТ, проведений тест медикаментозної чутливості (ТМЧ). У більшості пацієнтів обох груп зберігалася чутливість МБТ до всіх протитуберкульозних препаратів I ряду (H, R, S, E, Z). Але у хворих, у яких у подальшому виник рецидив специфічного процесу, вірогідно менше зустрічалися МБТ із збе-

реженою чутливістю до протитуберкульозних препаратів — у 51 (68,0 ± 5,4) % випадках, у порівнянні із хворими, у яких повторного захворювання на туберкульоз у подальшому не було — 72 (82,8 ± 4,0) % осіб, $p < 0,05$ (табл. 1).

HRSE, HRSZ, HRSEZ, HRSEZPtKm HRSEZPtKmOfx), що послужило причиною їх переведення у 4 категорію із терміном лікування 18 — 24 міс.

Подібна структура резистентності МБТ спостерігалася і у пацієнтів II групи, яка представлена на рисунку 2.

Таблиця 1
Частота резистентності МБТ до протитуберкульозних препаратів, (M ± m) %

№ п/п	Резистентність МБТ до протитуберкульозних препаратів	I група (n = 75)		II група (n = 87)	
		Абс. число	M ± m	Абс. число	M ± m
1.	Чутливість МБТ збережена	51	68,0 ± 5,4*	72	82,8 ± 4,0
2.	H	1	1,3 ± 1,3	2	2,3 ± 1,6
3.	R	1	1,3 ± 1,3	1	1,1 ± 1,1
4.	HS/RS	9	12,0 ± 3,8	7	8,0 ± 2,9
5.	HE/RE	2	2,7 ± 1,9	1	1,1 ± 1,1
6.	HZ/RZ	2	2,7 ± 1,9	2	2,3 ± 1,6
7.	HRS	3	4,0 ± 2,3	1	1,1 ± 1,1
8.	HRE	1	1,3 ± 1,3	—	—
9.	HRSE/HRSZ	2	2,7 ± 1,9	1	1,1 ± 1,1
10.	HRSEZ	1	1,3 ± 1,3	—	—
11.	HRSEZPtKm	1	1,3 ± 1,3	—	—
12.	HRSEZPtKmOfx	1	1,3 ± 1,3	—	—

Примітка. * — значення показника між групами вірогідно відрізняються, $p < 0,05$.

Як свідчать дані таблиці 1, у 24 (32,0 %) хворих I групи була встановлена резистентність МБТ до протитуберкульозних препаратів, що вірогідно більше ніж у пацієнтів II групи — у 15 (17,2 %) випадків, $p < 0,05$.

У структурі резистентності переважали пацієнти із стійкістю до 1 – 2 протитуберкульозних препаратів — до ізоніазиду або рифампіцину та одного із препаратів I ряду. Структура резистентності МБТ у пацієнтів I групи відображена на рисунку 1.

Характер резистентності МБТ у пацієнтів II групи відзначався переважанням полірезистентних штамів МБТ (стійкість до HS, RS, HE, RE, HZ, RZ) — у 10 (11,4 %) випадків. Монорезистентність МБТ (стійкість до H або R) — у 3 (3,4 %) пацієнтів. Значно менше було виявлено пацієнтів із мультирезистентними МБТ (стійкість до HRS, HRSE) — лише у 2 (2,2 %) випадках. Наявність мультирезистентності МБТ, яка вимагає адекватного режиму хіміотерапії та тривалого лікування при вперше діагностованому туберкульозі легень може теж служити одним із факторів розвитку повторного захворювання на туберкульоз.

Оскільки, у дослідження входили лише пацієнти на вперше діагностований туберкульоз легень, специфічна хіміотерапія була призначена тільки за 1 та 3 категоріями. Пацієнтам I групи інтенсивна фаза протитуберкульозної терапії із 5-ти препаратів (H, R, S, E, Z) була призначена у 83 (77,6 %) випадках. Іншим 24 (22,4 %) хворим в інтенсивну фазу, враховуючи обмежений характер специфічного ураження, призначали 4 препарати (H, R, Z S/E). Хворі контрольної групи отримували 5 протитуберкульозних препаратів в інтенсивну фазу у 95 (80,5 %) випадків, 4 препарати — у 23 (19,5 %). По завершенні інтенсивної фази лікування, після

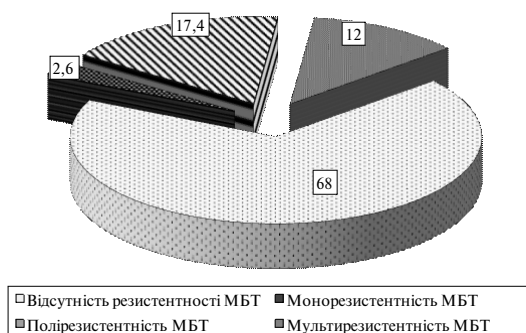


Рис. 1. Характер резистентності МБТ у пацієнтів основної групи.

У пацієнтів I групи, у яких в подальшому виник рецидив туберкульозу легень, у структурі резистентності МБТ переважали полірезистентні штамми (стійкість до HS, RS, HE, RE, HZ, RZ) — у 17,4 % випадків. У 9 (12,0 %) хворих виявлені мультирезистентні МБТ (стійкість до HRS, HRE,

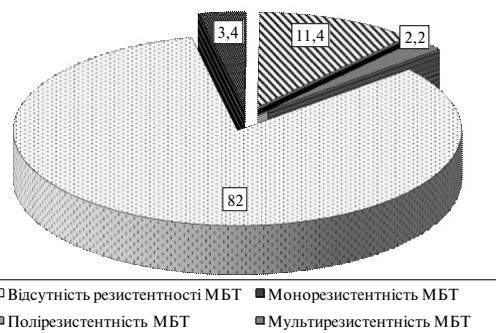


Рис. 2. Характер резистентності МБТ у пацієнтів контрольної групи.

загоєння порожнин розпаду та припинення мікобактеріовиділення, пацієнти переводилися на підтримуючу фазу терапії.

Оскільки, у частини пацієнтів, як основної так і контрольної груп, була встановлена резистентність МБТ, проведений аналіз тактики ліку-

вання і термінів корекції режимів хіміотерапії, що відображено у таблиці 2.

Таблиця 2
Частота проведення корекції протитуберкульозної терапії в залежності від резистентності МБТ, (M ± m) %

Терміни корекції терапії	I група (n = 24)		II група (n = 15)	
	Абс. число	M ± m	Абс. число	M ± m
Через 2 міс	5	20,8 ± 8,3*	9	60,0 ± 12,6
Через 4 міс	16	66,7 ± 9,6*	14	93,3 ± 6,4
Через 6 міс	22	91,7 ± 5,6	15	100,0

Примітка. * — значення показника між групами вірогідно відрізняються, p < 0,05.

Неадекватні схеми терапії вірогідно частіше зустрічалися у групі хворих, які у подальшому повторно захворіли на туберкульоз легень (табл. 2). Так, через 2 міс терапії, у зв'язку із первиною резистентністю МБТ, повинна була проведена корекція режиму терапії у 24 пацієнтів першої групи. Але зміна схеми терапії з врахуванням ТМЧ була виконана лише у 5 (20,8 %) хворих. Насамперед, це було пов'язано із відсутністю ТМЧ через 2 міс лікування, відсутністю необхідних препаратів II ряду. У хворих контрольної групи корекція режиму терапії була проведена у 9 (60,0 %) хворих, p < 0,05. Через 4 міс 16 (66,7 %) хворих основної групи отримували адекватну терапію згідно ТМЧ. Інша частина пацієнтів — 12 (33,3 %) продовжували отримувати нераціональні режими терапії. Частково причиною було відсутність протитуберкульозних препаратів у ПТД за місцем проживання та їх незадовільною переносимістю (6 хворих), в інших випадках призначення терапії, яка не відповідає ТМЧ залишається невідомим. У контрольній групі до 4 міс майже всі пацієнти (93,3 %) отримували терапію, яка враховувала ТМЧ.

Результати аналізу необхідності проведення корекції за 4 міс лікування в залежності тесту медикатозної чутливості приведено на рисунку 3.

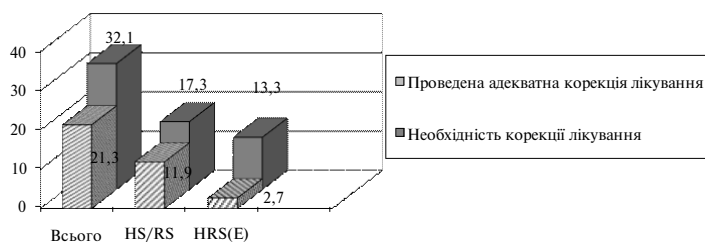


Рис. 3. Необхідність корекції протитуберкульозної терапії протягом 4-х місяців лікування в залежності від даних ТМЧ у хворих основної групи.

Як видно із рисунку 3, тільки частині пацієнтів була проведена необхідна корекція лікування. При встановленні полірезистентності МБТ (стійкість до HS, RS, HE, RE) у більшості випадків (11,9 % із 17,3 %) призначається раціональна хіміотерапія. Протилежна ситуація складається при мультирезистентному туберкульозі — вже у

більшості випадків пацієнти отримували неадекватну протитуберкульозну терапію. Тільки 2 (2,7 %) хворих за перші 4 міс отримували режим терапії за 4 категорією згідно проведеного ТМЧ. Таким чином, більшість пацієнтів із полі- та мультирезистентним туберкульозом, які повторно захворіли на туберкульоз легень, при первинному захворюванні отримували неадекватні режими протитуберкульозної терапії.

Проведений аналіз ефективності лікування вперше діагностованого туберкульозу в обох групах пацієнтів з метою виявлення закономірностей, що призводять до виникнення рецидивів туберкульозу легень.

Таблиця 3
Динаміка припинення мікобактеріовиділення, (M ± m) %

Терміни припинення мікобактеріовиділення	I група (n = 75)		II група (n = 87)	
	Абс. число	M ± m	Абс. число	M ± m
Через 2 міс	55	73,3 ± 5,1*	77	88,5 ± 3,4
Через 4 міс	67	89,3 ± 3,6*	86	98,9 ± 1,1
Через 6 міс	74	98,7 ± 1,3	87	100

Примітка. * — значення показника між групами вірогідно відрізняються, p < 0,05.

Вивчення бактеріологічної динаміки показало (табл. 3), що через 2 міс лікування бактеріовиділення припинилось у 55 (73,3 %) з 75 бактеріовиділювачів I групи, у 77 (88,5 %) з 87 бактеріовиділювачів II групи (p < 0,05), через 4 міс — у 67 (89,3 %) осіб I групи, у 86 (98,9 %) осіб II групи (p < 0,05). Таким чином, за перші 4 міс частота припинення мікобактеріовиділення була достовірно вище у групі хворих, які у подальшому повторно не захворіли на туберкульоз легень. У групі пацієнтів, у яких під час спостереження розвинувся рецидив туберкульозу, терміни і частота припинення мікобактеріовиділення були нижчими, що можливо пов'язано із більшою часткою хворих із резистентністю МБТ. Через 6 місяців достовірної різниці у припиненні мікобактеріовиділення вже не відмічалось — у 74 (98,7 %), у 87 (100 %) обстежених пацієнтів в групах відповідно, p > 0,05.

Характеризуючи динаміку рентгенологічних змін слід зазначити, що розсмоктування (ущільнення) інфільтративних та вогнищевих утворень у легенях хворих всіх груп розпочиналося вже через 1 — 2 міс лікування, досягаючи максимуму через 3 — 4 міс, і завершувалося, як правило, на 5 — 6 міс лікування.

Так, розсмоктування (ущільнення) інфільтративних і м'яковогнищевих утворень в легенях вже через 2 міс лікування спостерігалось у 34 (31,8 ± 4,5) % хворих I групи і у 48 (40,7 ± 4,5) % — II групи (p > 0,05). Значне їх розсмоктування або ущільнення було досягнуто після 4 міс лікування у 75 (70,1 ± 4,4) % із 107 пацієнтів з наявністю цих

змін до початку лікування і часткове — у 22 (29,9 ± 4,4) % пацієнтів основної групи. У контрольній групі значне розсмоктування або ущільнення спостерігалось у 94 (79,6 ± 3,7) % із 118 хворих з аналогічними змінами до лікування і часткове — у 24 (20,4 ± 3,7) %, ($p > 0,05$).

Деструктивні зміни у легенях до початку лікування відмічались у 158 (70,2 %) хворих, які увійшли у дослідження. Серед досліджуваних груп порожнини розпаду у легенях було діагностовано — у 72 (67,3 %) пацієнтів I групи і у 86 (72,9 %) — II групи.

Порівняльний аналіз динаміки загоєння деструкцій у легенях у пацієнтів досліджуваних груп представлений у таблиці 4.

Таблиця 4

Частота загоєння порожнин розпаду у легенях, (M ± m) %

Терміни загоєння порожнин розпаду	I група (n = 72)		II група (n = 86)	
	Абс. число	M ± m	Абс. число	M ± m
Через 2 міс	18	25,0 ± 5,1	25	29,1 ± 4,9
Через 4 міс	48	66,7 ± 5,6*	71	82,6 ± 4,1
Через 6 міс	67	93,1 ± 3,0	85	98,8 ± 1,2

Примітка. * — значення показника між групами вірогідно відрізняються, $p < 0,05$.

Як свідчить дані таблиці 4, у більшості хворих по завершенню стаціонарного етапу лікування відбулося загоєння порожнин розпаду у легенях — у 67 (93,1 %) із 72 хворих в яких у подальшому виник рецидив туберкульозу легень і у 85 (98,8 %) хворих, в яких випадків повторного захворювання на туберкульоз не було зареєстровано ($p > 0,05$). Але проаналізувавши динаміку загоєння порожнин деструкції, можна відмітити, що найбільш швидко рубцювання каверн відбувалося у пацієнтів II групи, що можна пояснити запізненою корекцією протитуберкульозної терапії із врахуванням даних ТМЧ (табл. 2, рис. 3), а також більшою часткою хворих із мультирезистентним туберкульозом.

При аналізі термінів зникнення клінічної симптоматики, припинення мікобактеріовиділення та загоєння порожнин розпаду, виявлені наступні закономірності.

Терміни зникнення симптомів інтоксикації, кашлю, мокротиння пацієнтів основної та контрольної груп достовірно не відрізнялися. У більшості випадків симптоми інтоксикації, задишки зникали або значно зменшувалися через (1,1 ± 0,1) і (1,0 ± 0,1) міс в обох групах ($p > 0,05$).

Терміни припинення бактеріовиділення, визначеного методами бактеріоскопії і посіву, у хворих I групи були більшими (2,8 ± 0,3) міс від термінів негативації мокротиння у II групі (2,3 ± 0,2) міс, але достовірної динаміки виявлено не було ($p > 0,05$).

Розсмоктування вогнищевих змін відбувалося в середньому через (4,8 ± 0,3) міс у I групі та (4,2 ± 0,2) міс у II групі ($p > 0,05$).

Неефективність проведеної терапії, зокрема тривале незагоєння порожнин розпаду у легенях,

сприяє виникненню рецидивів туберкульозу після завершення лікування. Так, у пацієнтів, в яких не спостерігалось випадків повторного захворювання на туберкульоз, рубцювання деструкцій у легенях наступало через (4,1 ± 0,2) міс, що вірогідно менше, ніж у хворих із рецидивами специфічного процесу — (5,2 ± 0,3) міс, $p < 0,05$.

Загоєння порожнин розпаду також відобразилось і на загальних термінах стаціонарного лікування: більш тривалими вони були у хворих основної групи — (5,4 ± 0,4) міс, у порівнянні із (4,2 ± 0,3) міс в контрольній групі, $p < 0,05$.

Залишкові зміни після перенесеного туберкульозу легень вважались малими при наявності одиничних щільних або звапнених вогнищ, обмежених фіброзних і циротичних змін в межах одного сегмента або обмежених плевральних нашарувань. До великих залишкових змін у легенях ми відносили туберкуломи, крупні ущільнені вогнища, масивні ділянки фіброзу, а також поєднання двох або більше ознак, характерних для малих залишкових змін.

Проведений аналіз залишкових змін у легенях після завершення стаціонарного етапу лікування, з метою визначення їх ролі у розвитку рецидивів специфічного процесу, який представлений у таблиці 5.

Таблиця 5

Залишкові зміни у легенях після завершення основного курсу протитуберкульозної терапії, (M ± m) %

Група хворих	Залишкові зміни в легенях			
	великі		малі	
	Абс. число	M ± m	Абс. число	M ± m
I група	45	43,1 ± 4,8	62	57,9 ± 4,8
II група	30	25,4 ± 4,0*	88	74,6 ± 4,0*

Примітка. * — значення показника між групами вірогідно відрізняються, $p < 0,05$.

Великі залишкові зміни після вилікуваного туберкульозу легень можуть бути серйозним чинником у виникненні повторного захворювання на туберкульоз (табл. 5). У 45 ((43,1 ± 4,8) %) із 118 пацієнтів із рецидивами специфічного процесу, лікування первинного захворювання на туберкульоз завершилося формуванням великих залишкових змін у легенях. У хворих без рецидивів туберкульозу легень протягом 5 років спостереження, основний курс протитуберкульозної терапії завершився формуванням великих залишкових змін у легенях лише — у 30 ((25,4 ± 4,0) %) із 118 випадків, $p < 0,05$.

ВИСНОВКИ

У вперше виявлених хворих на туберкульоз легень, в яких у подальшому виник рецидив захворювання, вірогідно менше визначалися МБТ із збереженою чутливістю до протитуберкульозних препаратів — у (68,0 ± 5,4) % випадках, у порівнянні із пацієнтами, у яких повторного захворювання на туберкульоз не спостерігалось — у (82,8 ± 4,0) % осіб, $p < 0,05$.

У пацієнтів із полі- та мультирезистентним туберкульозом, які повторно захворіли на туберкульоз легень, при первинному захворюванні корекція лікування, відповідно до результатів тесту медикаментозної чутливості МБТ, через 2 міс була проведена лише у $(20,8 \pm 8,3)$ % випадків, через 4 міс — у $(66,7 \pm 9,6)$ %, ($p < 0,05$), що стало причиною подовження термінів загоєння порожнин розраду до $(5,2 \pm 0,3)$ міс та тривалості стаціонарного лікування до $(5,4 \pm 0,4)$ міс.

Формування великих залишкових змін у легенях після завершення основного курсу протитуберкульозної терапії підвищують ризик розвитку рецидивів туберкульозу, про що свідчить їх наявність у $(43,1 \pm 4,8)$ % хворих, у яких в подальшому діагностували рецидив захворювання, у порівнянні із пацієнтами без рецидивів специфічного процесу — у $(25,4 \pm 4,0)$ % випадках, $p < 0,05$.

ЛІТЕРАТУРА

1. Фещенко, Ю. І. Медичні аспекти боротьби з туберкульозом [Текст] / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник // Укр. пульмонолог. журн. — 2005. — № 2. — С. 5–8.
2. Туберкульоз в Україні: Аналітично-статистичний довідник за 1999-2009 роки [Текст] / Під ред. З. М. Митника. — Київ, 2010. — 93 с.
3. Проблеми рецидивів туберкульозу легень [Текст] / Петренко В. М. [та ін.] // Укр. пульмонолог. журн. — 2008. — № 2. — С. 60–64.
4. Изучение причин и факторов, способствующих развитию рецидивов туберкулеза органов дыхания [Текст] / Костромцов С. В. [и др.] // Пробл. туберкулеза и болезней легких. — 2011. — № 5. — С. 43–46.
5. Мишин, В. Ю. Рецидивы туберкулеза органов дыхания [Текст] / В. Ю. Мишин, С. Н. Жестовских // Пробл. туберкулеза и болезней легких. — 2004. — № 2. — С. 11–13.
6. Степень выраженности риска возникновения рецидива туберкулеза органов дыхания у лиц, наблюдающихся по III группе диспансерного учёта [Текст] / Н. Н. Вязкова [и др.] // Пробл. туберкулеза и болезней лёгких. — 2007. — № 11. — С. 11–14.
7. Risk of relapse and failure after retreatment with the Category II regimen in Nepal [Text] / Yoshiyama T. [et al.] // Int. J. Tuberc. Lung Dis. — 2010. — № 11. — P. 1418–1423.