

Ще у двох хворих із харкотиння були висіяні *M. xenopi*, причому у одного — 6 разів. Висіяні *M. xenopi* в одному випадку були чутливими лише до канаміцину, а в другому — стійкими до всіх протитуберкульозних препаратів.

Один хворий захворів вперше, у другого в анамнезі був туберкульоз. В обох при вступі в стаціонар відмічались: сухий кашель, загальна слабкість, субфебрильна температура. Крім того, один хворий скаржився на болі в ділянці серця. МБТ виявлялись: в одного — лише мікроскопічно, а у другого — мікроскопічно і двічі посівом. Відмічались зміни показників гемограми (збільшення ШОЕ та лейкоцитоз): у одного — помірні, у другого — різкі.

На підставі клініко-рентгенологічних даних в обох діагностовано фіброзно-кавернозний туберкульоз з бактеріовиділенням. Оскільки один хворий самовільно покинув стаціонар через 2,5 місяця, а у другого, крім туберкульозу, через 3 місяці діагностовано ще й периферійний рак, і його було переведено в онкологічний заклад, аналізувати результати лікування не представляється можливим.

В однієї, 47-річної, хворої були висіяні НТМБ з групи скотохромогенних, які виявились чутливими до етамбутолу і етіонаміду. Ця жінка впродовж 17-ти років хворіла хронічними неспецифічними захворюваннями легень і раніше в неї висівались *M. fortuitum*. В стаціонар вона поступила з приводу загострення хронічного обструктивного бронхіту, МБТ не виділялись. При бронхоскопії у неї виявлено двобічний катаральний ендобронхіт і хронічний катаральний фарингіт. Окрім цього, мав місце правобічний катаральний отит. При рентгенологічному обстеженні зміни в легенях не виявлялись. Лікування проводилось антимікобактеріальними препаратами широкого спектра дії. Через місяць хвора виписалась із значним клінічним покращанням.

Наведені спостереження свідчать про значну варіабельність клінічних проявів мікобактеріозів органів дихання. З одного боку, за своїм клінічним перебігом і рентгенологічній картині ці захворювання подібні до туберкульозу. З другого боку, вони, навіть викликані одним і тим же збудником, мають різноманітні клініко-рентгенологічні прояви. Єдиним вірогідним методом диференціальної діагностики між туберкульозом та мікобактеріозами є метод комплексної ідентифікації мікобактерій при неодноразовому виділенні одного і того ж виду збудника. Проте такі дослідження проводяться вкрай рідко, хоча потреба в них за останні роки значно зросла, що обумовлено збільшенням факторів ризику щодо розвитку мікобактеріозів. Такими факторами насамперед є хронічні захворювання легень

різної етіології, а також хвороби та стани, які знижують загальну резистентність організму. Недостатньо вивчено і питання поєднання мікобактеріозів з туберкульозом.

Таким чином, проблема НТМБ і мікобактеріозів потребує більшої уваги з боку практичної фтизіопульмонології і подальших наукових розробок.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Болезни органов дыхания. Руководство для врачей* / Под ред. Палеева Н. Р. — Москва: Медицина. — 1989. — Т. 2. — С. 326–338.
2. *Васильева А. В., Оттен Т. Ф.* // Пробл. туберкулеза. — 1991. — № 4. — С. 13–15.
3. *Ильина Е. А.* // Материалы Юбилейной Сессии: 80 летие ЦНИИТ РАМН, 75 лет со дня рождения акад. РАМН А. Г. Хоменко. — Москва, — 2001. — С. 81–82.
4. *Оттен Т. Ф.* Бактериологическая и биохимическая идентификация микобактерий: Метод. рекомендации. — Санкт-Петербург, — 1994. — 20 с.

РЕЗУЛЬТАТИ КЛІНІЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ХВОРИМИ, ЯКІ ВИДІЛЯЛИ НЕТУБЕРКУЛЬОЗНІ МІКОБАКТЕРІЇ

І. О. Новожилова

Резюме

Представлено результати клінічного спостереження за 15 хворими, які лікувались у фтизіопульмонологічному стаціонарі, і з харкотиння яких були висіяні нетуберкульозні мікобактерії (НТМБ). Хворі розподілені на групи за видовою належністю виділених НТМБ (у 10 чоловік — *M. fortuitum*, у 2 — *M. kansasii*, у 2 — *M. xenopi*, у 1 — скотохромогенні). Підтверджена значна варіабельність клінічних проявів мікобактеріозів органів дихання та труднощі верифікації діагнозу.

Підкреслюється важливість проблеми мікобактеріозів, які, незважаючи на збільшення факторів ризику, за останні роки приділяється недостатня увага.

THE RESULTS OF THE CLINICAL FOLLOW-UP OF THE PATIENTS WHO PRODUCED NON-TUBERCULOSIS MYCOBACTERIA

І. О. Novozhylova

Summary

The results of the clinical follow-up of 15 patients with sputum discharge of non-tuberculosis mycobacteria (NTB), admitted to tuberculosis-pulmonary hospital, were presented. The patients were divided into the groups, depending on species of NTB (10 patients — *M. fortuitum*, 2 — *M. kansasii*, 2 — *M. xenopi*, 1 — *M. scrofulaceum*). The significant variability of the clinical symptoms of lung mycobacteriosis and the difficulty of the diagnosis verification were confirmed. The importance of the problem of the mycobacteriosis was emphasized. Although despite of the increasing of the risk factors the attention to this problem is insufficient.

О. В. Голяновський, В. П. Мельник КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ЩОДО ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ У ВАГІТНИХ ТА ПОРОДІЛЬ

Київський медичний інститут Української асоціації народної медицини

В Україні, як і в усьому світі, не дивлячись на досягнуті успіхи у діагностиці, лікуванні та реабілітації хворих на туберкульоз легень, починаючи із 90-х років ХХ сторіччя, значно підвищилася захворюваність на цю інфекцію, особливо серед молоді.

Медична громадськість говорить про епідемію туберкульозу у нашій країні. За прогнозами експертів ВООЗ, якщо ситуація не зміниться, то в найближчі 30 років захворіють не менше 200 млн. чоловік і близько 100 млн. помруть від цього захворювання. Зараз, щорічно, стають хворими на туберкульоз не менше 9 млн. чоловік, 3–4 млн. помирають (з них жінки становлять 1 млн., що скла-

дає значний відсоток) [1, 4]. Тому в сучасних умовах в акушерській практиці все частіше доводиться наглядати за вагітними, роділлями та породіллями, хворими на туберкульоз легень, які отримують протитуберкульозну терапію, що є не завжди безпечним для плода та новонародженого.

Київська міська туберкульозна лікарня № 1 у своїй структурі має єдине в Україні відділення туберкульозного акушерства, яке є однією з клінічних баз кафедри акушерства і гінекології та медичного інституту Української асоціації народної медицини.

Попередніми дослідженнями [2, 3, 5] було встановлено, що на тлі туберкульозу спостерігається підвищена частота ускладненого перебігу вагітності та пологів, але за минулі роки відбулося чимало змін у поглядах на тактику ведення вагітності та пологів, а також з'явилися нові підходи щодо діагностики та лікування туберкульозу.

Метою дослідження є розробка комплексної терапії туберкульозу легень у вагітних і породіль: зменшення кількості ускладнень перебігу вагітності, пологів та загострень туберкульозного процесу.

На базі акушерського відділення КМТЛ № 1 м. Києва було проаналізовано особливості перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду у хворих на туберкульоз легень (ретроспективний аналіз 137 історій пологів за період з 1990 по 1999рр. — І-основна група) та 100 історій пологів у жінок, що не хворіли туберкульозом легень (II група — туб. контакт). Вивчався також перебіг туберкульозу легень на тлі вагітності та післяпологового періоду, ускладнення вагітності на фоні застосування протитуберкульозних препаратів.

Критеріями відбору пацієнток основної та контрольної груп були: одноплодова вагітність, відсутність вад розвитку плода, головне передлежання, утримання від застосування препаратів, які впливають на стан плода і частоту його серцевого ритму. За віком, наявністю іншої екстрагенітальної патології, окрім туберкульозу легень, в основній групі, гінекологічним та акушерським анамнезом групи були репрезентативними.

Проведене дослідження, аналіз світової літератури з цих питань дозволили нам з сучасних позицій розробити комплекс лікувальних заходів з метою зменшення кількості ускладнень перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду, а також загострень туберкульозного процесу у вагітних та породіль, що страждають на туберкульоз легень, який був апробований у групі динамічного спостереження у 117 вагітних та породіль (III група), хворих на туберкульоз легень, протягом 2000–2002 рр. Отримані дані у групі динамічного спостереження та комплексного лікування були порівняні з I групою з метою визначення ефективності розробленого комплексу.

Статистична обробка здійснювалась методами варіаційної статистики із застосуванням параметричних методів та відповідної критеріальної оцінки достовірності отриманих результатів. Обробка даних здійснювалась на ПОЕМ.

В результаті проведеного ретроспективного аналізу нами виявлена достовірно більш висока частота ускладнень вагітності ($p < 0,05$), таких як анемія вагітних, загроза передчасного переривання вагітності та пізні гестози у жінок, які страждали на активний туберкульоз легень (рис.). Причому вказані ускладнення залежали від активності та форми туберкульозу легень. Найбільший рівень ускладнень вагітності, пологів та післяпологового періоду

спостерігався на тлі фіброзно-кавернозного та розповсюдженого інфільтративного туберкульозу легень, що супроводжується бактеріовиділенням (МБТ "+").

Встановлено більшу частоту передчасних пологів у I групі порівняно з II (відповідно 10,2 % та 4,0 %, $p < 0,05$), а також кровотеч в III періоді пологів та ранньому післяпологовому періоді (14,7 % проти 7,0 %, $p < 0,05$).

У випадку розвитку деструктивних форм туберкульозу легень частіше реєструвалась гіпоксія плода різного ступеня тяжкості (42,7 % проти 18,0 %, $p < 0,05$).

У III періоді пологів необхідність в ручному відокремленні посліду та ревізії стінок порожнини матки виникав у I групі майже у 2 рази частіше, ніж у роділь, що мали туб. контакт ($p < 0,05$). У 1,5 рази частіше спостерігалась також патологічна крововтрата (від 400 до 1000 мл) у пологах та ранньому післяпологовому періоді. В I групі 25,0 % вагітних були розроджені шляхом операції кесаревого розтину і при цьому інтраопераційна крововтрата понад 800 мл встановлена у 60,0 % (у II групі цей показник становив 37,0 %, $p < 0,05$) жінок цієї групи, що ми пов'язували із запально-дегенеративними процесами у плаценті та міометрії на тлі активного туберкульозу легень.

Вказані ускладнення перебігу вагітності та пологів безпосередньо впливали на стан фето-плацентарного комплексу та новонародженого у даного контингенту жінок, підвищуючи перинатальну захворюваність та смертність.

Виникнення вказаних ускладнень ми пов'язували з патофізіологічними механізмами, притаманними для активного туберкульозу легень на тлі вагітності. Перераховані механізми призводять до виникнення метаболічних порушень на рівні клітини у системі мати-плацента-плід. У той же час інтенсивний режим хіміотерапії (ХТ) протитуберкульозними препаратами (ПТП) лише підсилює порушення обміну протеїнів, ферментів, вітамінів, електролітів, що підтверджується як лабораторними, так і клінічними даними [7, 8, 9]. Особливо негативний ефект спостерігається на рівні білок-синтезуючої функції печінки, що підтверджується підвищенням рівня ферментів печінки — АСТ, АЛТ, ЛФ на фоні лікування активного туберкульозу основними ПТП, та високий ризик розвитку HELLP-синдрому [7, 9]. Застосування даних препаратів часто супровод-

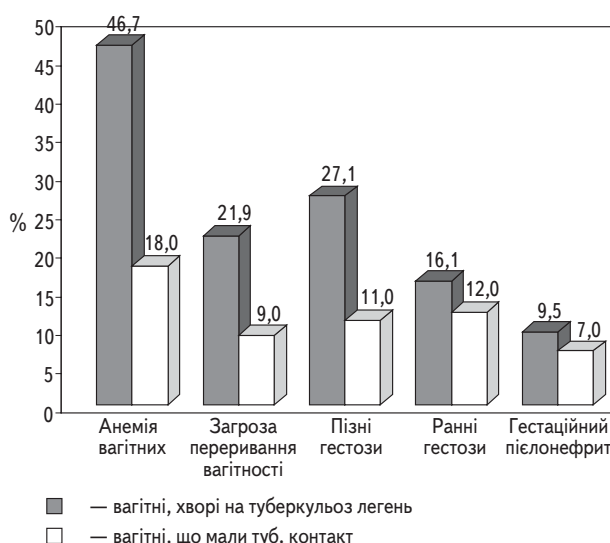


Рис. Частота ускладнень вагітності у жінок, хворих на туберкульоз, та в контрольній групі.

жується загальною та неврологічною симптоматикою, порушеннями функцій життєво-важливих органів, нерво-м'язової провідності та наступним зниженням функції дихальної мускулатури [5, 9]. Перераховані симптоми виникають, насамперед, на тлі диспротеїнемії, гіпомагніємії, порушення обміну вітамінів [9, 10].

Тому в групі динамічного спостереження у 117 вагітних, хворих на туберкульоз легень, протягом 2000–2002 рр. застосовували патогенетичний, розроблений нами, комплекс лікувальних заходів з метою зменшення кількості ускладнень вагітності, пологів та післяпологового періоду, а також загострень туберкульозного процесу (схема 1).

До комплексу заходів, окрім призначення ПТП у певному режимі, входили збалансована дієта з урахуванням терміну вагітності, ароматерапія ефірними маслами фітопрепаратів (евкаліптова, міртова, трояндова олія), використання вітамінів, насамперед групи В (В₁, В₆), гепатопротекторів (ессенціале, карсіл — особливо у разі лікування ізоніазидом та рифампіцином), комплексних магnezіальних препаратів ("Магне-В6") у спеціалізованому акушерському відділенні.

Якщо у вагітної виявлявся активний туберкульоз легень, відразу розпочиналась хіміотерапія (ХТ) ПТП і лише за відсутності ефекту від лікування та розповсюдженню туберкульозному процесі ми пропонували жінці перервати вагітність (в термін до 12 тижнів).

Правильну організацію режиму дня і харчування, лікувальну гімнастику, збалансовану дієту, використання фітопрепаратів ми вважали запорукою успішного лікування туберкульозу шляхом підвищення резистентності організму, попередження загострень захворювання у жінки тощо. У комплексній терапії впроваджували обов'язкову цілеспрямовану психотерапію, вироблення впевненості в успішному розродженні та лікуванні.

Антибактеріальна терапія в сучасних умовах є основним методом лікування хворих на туберкульоз легень, в тому числі і серед вагітних. В останні роки розроблені нові високоефективні і коротші режими ХТ для лікування різних, зокрема деструктивних, форм туберкульозу легень. Режим ХТ — це кількість та різні варіанти прийому ПТП, методика призначення (доза) та шляхи введення препаратів, та термін їх використання.

Згідно з класифікацією Міжнародного протитуберкульозного союзу всі протитуберкульозні препарати за своєю ефективністю розподілені на три групи: **група А (I)** — найбільш ефективні — ізоніазид та рифампіцин; **група В (II)** — препарати середньої ефективності — етамбутол, стрептоміцин, піразинамід, етіонамід, протіонамід, цикloserин, флориміцин; **група С (III)** — найменш ефективні — ПАСК та тіоацетазон. До препаратів групи В (II) можна віднести також такі антибіотики, як канаміцин, амікацин, капреоміцин.

Ми дотримувались основних принципів проведення ХТ у вагітних:

- ранній початок лікування;
- комбінована хіміотерапія — застосування 3–5 протитуберкульозних препаратів;
- етіо-, патогенетичне лікування — з урахуванням чутливості збудника та патогенезу захворювання;
- комплексне лікування (ХТ, патогенетичне, хірургічне лікування);
- етапно-послідовне лікування — інтенсивне (в стаціонарі) + підтримувальне, частіше інтермітивний режим застосування (амбулаторно).

Дотримуючись етапності лікування на першому етапі проводили інтенсивну терапію антибактеріальними препаратами щодня (частіше за умов стаціонару) з метою пригнічення розмноження бактеріальної популяції, зменшення та часткової стерилізації туберкульозних вогнищ. Другий етап або фазу продовження лікування — проводили менш інтенсивно, переважно за інтермітивної схеми ХТ з метою дії на бактеріальну популяцію, що залишилась, та попередження її розмноження з повною стерилізацією вогнищ у легенях. Цей етап за відсутності ускладнень вагітності можна проводити в амбулаторних умовах згідно з DOT- програмою.

Під час вибору ПТП для вагітної враховували термін вагітності, їх побічну дію для жінки і можливий тератогенний ефект. Найбільш безпечними для жінки і плода є ізоніазид, рифампіцин та етамбутол.

Ці препарати не протипоказані під час вагітності, попереджають внутрішньоутробне інфікування плода, та мають мінімальний тератогенний ефект. У термінах вагітності, коли відбувається ембріогенез (до 12 тижнів), ми призначали не більше 3-х основних ПТП з обов'язковим контролем рівня ферментів печінки (1 раз на тиждень), призначенням вітамінів і гепатопротекторів. У разі не-ефективності лікування, прогресуванні туберкульозного процесу у легенях ставили питання про можливе переривання вагітності.

Такі ото- та нефротоксичні антибіотики, як стрептоміцин, канаміцин, амікацин і флориміцин протипоказані в період вагітності. Однак, Американська Академія Педіатрів поряд з прийомом ізоніазиду, рифампіцину та етамбутолу, розглядає застосування стрептоміцину і канаміцину як можливі лікарські засоби для терапії туберкульозу після пологів за грудного годування.

Побічна дія ПТП різноманітна і може проявлятися індивідуально різними клінічними симптомами та синдромами. Можливі непередбачувані прояви дії ПТП на фоні вагітності. У цілому переносимість кожного ПТП задовільна. Дещо частіше побічні ефекти викликають цикloserин, етіонамід, протіонамід і канаміцин, рідше — інші препарати. Призначення рифампіцину в останні тижні перед пологами може спричинити післяпологову кровотечу.

Необхідно пам'ятати, що за комбінованого призначення ізоніазиду та рифампіцину їх гепатотоксична дія посилюється, тому обов'язковим є динамічне спостереження за лабораторними показниками печінки (АЛТ, АСТ, ЛФ, білірубін та ін.), а також профілактичне призначення гепатопротекторів, вітамінів, фітозборів [7,8]. У деяких випадках (різке підвищення ферментів печінки, білірубину) ми негайно відміняли ці препарати. У разі застосування для терапії туберкульозу ізоніазиду обов'язкове призначення піридоксину 60–100 мг/добу, або препарату "Магне-В6" (10,0 тричі на добу, перорально).

Вагітних жінок, хворих на туберкульоз легень, для оптимізації ефективності лікування умовно розподіляли на 4 категорії:

- Уперше виявлені хворі з бактеріовиділенням або без нього, але з поширеним процесом у легенях (I).
- Хворі із загостренням та рецидивом захворювання (II).
- Уперше виявлені хворі на туберкульоз без бактеріовиділення з обмеженим процесом у легенях (III).
- Хворі з хронічним перебігом туберкульозу (IV).

Для першої категорії хворих призначали інтенсивне лікування протягом 3–4 місяців:

Таблиця 1

Порівняльна характеристика ускладнень у вагітних, роділь та породіль різних груп

Групи	Ускладнення								
	Під час вагітності		Патологічні пологи		У післяпологовому періоді		Перинатальна смертність	Загострення туберкульозного процесу	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	%0	Абс.	%
I група (ретроспективний аналіз) n = 137	102	74,5	85	62,0	31	22,7	15,2 %0	5	6,85
II група (туб. контакт) n = 100	42	42,0	39	39,0	9	9,0	6,0 %0	—	—
III група (динамічне спостереження) n = 117	63	53,8	52	44,4	15	12,8	6,5 %0	1	1,7
p ₁₋₃	< 0,05		< 0,05		< 0,05		< 0,05	< 0,05	
p ₂₋₃	> 0,05		> 0,05		> 0,05		> 0,05	> 0,05	

***Інтенсивний курс** ізоніазид 5 мг/кг
рифампіцин 10 мг/кг
етамбутол 20 мг/кг
стрептоміцина 0,75–1,0 сульфат

щоденно, 3–4 місяці або до припинення МБТ+
1–2 місяці після пологів

***Інтермітивний курс** ізоніазид 10 мг/кг
рифампіцин 10 мг/кг

2 рази на тиждень,
4–6 місяців

Для II категорії хворих інтенсивний режим включав суворе дотримання застосування не менше 4–5 основних ПТП щодня у субмаксимальних терапевтичних дозах протягом 3–4 місяців з наступним інтермітивним режимом (2 препарати через день) на весь період вагітності.

Для III категорії хворих призначали інтенсивне лікування протягом 2–3 місяців:

***Інтенсивний курс** ізоніазид 5 мг/кг
рифампіцин 10 мг/кг
етамбутол 25 мг/кг

щоденно

***Інтермітивний курс** ізоніазид 10 мг/кг
рифампіцин 10 мг/кг

2 рази на тиждень,
3–4 місяці

Підбір ПТП для хворих з хронічним перебігом туберкульозу (**IV категорія**) проводили індивідуально.

У випадках прогресуючих форм туберкульозу легень вагітність переривали (до 12 тижнів) з наступним інтенсивним режимом контрольованої хіміотерапії 4–5 ПТП не менше 3-х місяців. Виняток становлять міліарний туберкульоз легень, туберкульозний менінгіт, за яких штучний аборт може спровокувати генералізацію процесу та загибель хворої [5]. Після пологів за активності туберкульозного процесу у легенях повторювали інтенсивний курс хіміотерапії терміном 2–3 місяці.

Застосування комплексу лікувальних заходів дозволило нам достовірно зменшити частоту ускладнень перебігу вагітності та пологів у групі динамічного спостереження (III група) порівняно з I групою (ретроспективного аналізу), і ці показники наближались до таких у контрольній групі (II група — туб. контакт).

Штучний пневмоторакс згідно даних літератури [4, 5] можливо використовувати у будь-якому терміні вагітності у випадках, коли консервативне лікування неефективне:

кровохаркання, непереносимість ПТП, за тривалого бактеріовиділення з епідеміологічних показань. До 24 тижня вагітності можливі всі види хірургічних втручань на легенях (резекція, торакопластика та ін.). Пневмоперитонеум корисний у післяпологовому періоді (на 5–7 добу) у хворих з поширеним деструктивним туберкульозом легень, а також у випадках нижньочасткової локалізації каверни. Це зменшує небезпеку післяпологового прогресування процесу [4, 5].

Результати нашого дослідження доводять необхідність комплексної терапії туберкульозу легень у вагітних, роділь та породіль з метою зменшення кількості загострень туберкульозного процесу і ускладнень перебігу вагітності, пологів і післяпологового періоду, а також зниження тератогенної дії протитуберкульозних препаратів.

Хворі потребують особливої уваги після пологів, коли підвищується загроза поширення туберкульозу (протягом 6 місяців), а при грудному годуванні — до року. У цих випадках має бути лікарський нагляд та рентгенологічний контроль кожні 3 місяці.

ЛІТЕРАТУРА

1. Визель А. А., Гурылева М. Є. Туберкулез / Под ред. М. Н. Перельмана. — Москва: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999 — 209 с.
2. Голяновський О. В., Сенчук А. Я., Берестовий О. О. Вагітність, пологи та стан новонароджених у жінок із різними формами активного туберкульозу легень. // Науковий вісник Ужгородського університету, серія "Медицина". — 2000. — № 12 — С. 197–199.
3. Голяновський О. В., Сенчук А. Я., Мельник В. П. Особливості перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду у жінок з активним туберкульозом легень. // Вісник Асоціації акушерів-гінекологів України. — 1999. — № 5/6. — С. 60–64.
4. Лечение туберкулеза: рекомендации для национальных программ. 2-ое изд., ВОЗ. — 1997. — 77с.
5. Тимошенко Л. В., Кулачковський Ю. В., Голубева Р. Є., Шрамкевич А. Ф. Вагітність при туберкульозі легень. — Київ: Здоров'я, 1973. — 167 с.
6. Bothamley G., Elston W. Pregnancy does not mean that patients with tuberculosis must stop treatment // Brit. Med. J. — 1999. — Vol. 318. — P. 1286.
7. Brost B. C., Newman R. B. The maternal and fetal effects of tuberculosis therapy // Obstet. Gynecol. Clin. N. Am. — 1997. — Vol. 24. — P. 659–673.
8. Millard P. S., Wiscosky T. C., Reade-Christopher S. J. Isoniazid-associated fetal hepatitis // West J. Med. — 1996. — Vol. 164. — P. 486–491.

9. Rubin P. Drug treatment during pregnancy // BMJ. — 1998. — Vol. 317. — P. 1503–1505.
10. Starke J. R. Tuberculosis. An Old Disease but a New Threat to the Mother, Fetus and Neonate // Clinics in Perinatology — 1997. — Vol. 24, № 1. — P. 1–31.

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ЩОДО ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ У ВАГІТНИХ ТА ПОРОДІЛЬ

О. В. Голяновський, В. П. Мельник

Резюме

Проаналізовано особливості перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду у хворих на туберкульоз легень (ретроспективний аналіз 137 історій пологів I-основна група) та 100 історій пологів у жінок, що не хворіли туберкульозом легень (II група — туб. контакт). У жінок I групи у порівнянні із II групою спостерігалася більш висока частота післяпологових ускладнень, а також більш важкий перебіг туберкульозного процесу. В результаті дослідження виявлено, що запропонований комп-

лекс лікувальних заходів у вагітних, роділь та породіль зменшує кількість загострень туберкульозного процесу і ускладнень перебігу вагітності, пологів і післяпологового періоду.

COMPLEX APPROACHES TO PULMONARY TUBERCULOSIS MANAGEMENT IN PREGNANT AND RECENTLY DELIVERED WOMEN

O. V. Golyanovskyy, V. P. Melnik

Summary

The authors have made a retrospective analysis of 137 childbirth histories (group 1) of women, affected by pulmonary tuberculosis (TB), and 100 childbirth histories (group 2) of women, who had contacts with TB patients. In comparison with group 2, group 1 showed a higher number of pregnancy, childbirth and postpartum complications, as well as aggravation in the TB process. As a result of the study, it was revealed that the proposed set of interventions had reduced the number of complications in pregnancy, childbirth and postpartum as well as.

Ю. В. Просветов

СТАН ДЕЯКИХ ПОКАЗНИКІВ ОКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ З УСКЛАДНЕННЯМИ ХІМІОТЕРАПІЇ

Запорізький державний інститут удосконалення лікарів

Ліпіди та їхні природні комплекси являють собою основу побудови біологічних мембран, в складі яких вони здійснюють життєво важливі функції [6]. При окисленні ліпідів спостерігається перегрупування подвійних зв'язків в дієнову кон'юговану систему. Вільнорадикальне окислення ненасичених жирних кислот відіграє важливу роль як в нормі, так і при патології. Перекисне окислення ліпідів (ПОЛ) є нормальним метаболічним процесом, який постійно перебігає в усіх органах і системах організму. Його активізація веде до появи продуктів ліпопероксидації, які здатні стати надто загрозливими для організму при значному їх накопиченні (спирти, кетони, альдегіди та інші сполуки). Ліпоперекиси, які утворились в якомусь з учасників організму, переносяться кров'ю до інших органів і тканин та здатні викликати їх пошкодження [5]. На протидію ПОЛ в організмі існує система антиоксидантного захисту (АОЗ). Нормальне існування організму можливе лише завдяки рівновазі між цими двома ланками оксидантно-антиоксидантної системи. Дисбаланс між ними може привести до лавиноподібних реакцій пероксидації та загибелі клітин.

Реакції ПОЛ досить чітко віддзеркалюють функціональний стан клітинних та субклітинних мембран, які мають суттєве значення для життєзабезпечення цілісності організму. Розвиткові того чи іншого патологічного процесу передують саме ушкодження клітинних мембран, що виявляється перш за все порушенням функціонального стану ліпідного шару. Відомі численні захворювання, для яких характерно порушення рівноваги ПОЛ-АОЗ. Помічено, що при багатьох захворюваннях спостерігається активізація ПОЛ і недостатність антиоксидантного захисту організму, тобто має місце дисбаланс між оксидантним та антиоксидантним процесами [1, 5, 6]. Посилення процесів ПОЛ спостерігали і при туберкульозі [2, 3, 4].

З метою вивчення стану деяких показників ПОЛ визначали — гідроперекиси ліпідів (ГПЛ) за методикою Б. В. Гаврилова та М. І. Мишкарудної (1988), малоновий діальдегід (МДА) за методикою М. С. Гончаренко та А. Н. Латанової (1985), рівень в сироватці крові загальних ліпідів. Про стан антиоксидантних механізмів судили за рівнем в крові вітамінів А (ретинолу) та Е (токоферолу) — метод J. N. Thompson та співавт. (1973) в модифікації Р. Г. Черняускене (1982), активності каталази за методикою М. А. Королюка з співавт. (1988).

З метою оцінки взаємовідносин між системами ПОЛ та АОЗ використовувався інтегральний показник ПОЛ/АОЗ (відношення суми всіх показників ПОЛ до суми всіх показників АОЗ) [1]. Для більш детального вивчення взаємовідносин між собою цих систем та їх складових частин запропоновані інтегральні показники: ПОЛінт/ ПОЛрів (відношення суми проміжних продуктів ПОЛ до кінцевих) та АОЗф/АОЗнф (відношення суми активності ферментної ланки АОЗ до суми вмісту неферментних антиоксидантів). За одиницю приймали співвідношення між показниками здорових осіб. Для показників ПОЛ/АОЗ та ПОЛінт/ ПОЛрів нормальні значення знаходяться в межах (0,9–1,1), для показника АОЗф/АОЗнф — (0,8–1,2).

В задачу дослідження входило вивчення оксидантно-антиоксидантної системи як у хворих на туберкульоз легень з доброю переносністю протитуберкульозних препаратів (ПТП), так і на фоні побічної дії ліків (ПДЛ). Сам туберкульозний процес, а тим більше з ПДЛ здатен суттєво впливати на діяльність багатьох органів і систем організму. З метою отримання відповіді на деякі питання патогенезу медикаментозної алергії нами були вивчені в динаміці деякі показники цієї важливої у підтриманні гомеостазу системи.

Під нашим спостереженням знаходилося 197 хворих на різні форми туберкульозу легень з ПДЛ, 120 — з доброю переносністю препаратів та 28 практично здорових осіб. Показники у хворих на туберкульоз легень вивча-