

В. М. Петренко, Н. А. Литвиненко

ОБ'ЄКТИВНІ КРИТЕРІЇ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ІНТЕНСИВНОСТІ РЕЖИМУ ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ДЕСТРУКТИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України

Ефективність лікування хворих на туберкульоз легень в значній мірі залежить від інтенсивності режиму антибактеріальної терапії [2, 8]. В останні роки Європейське бюро ВООЗ поширює впровадження програми DOTS (Directly observed treatment short) у різних країнах світу, в тому числі і в Україні [3]. Згідно програмі DOTS, для лікування хворих з вперше діагностованим поширеним процесом застосовуються у перші 2 місяці (інтенсивній фазі антибактеріальної терапії) 4, а в подальші 4 місяці (підтримувальній фазі лікування) 2 протитуберкульозні препарати [6]. Але ефективність цього методу, яка враховується по припиненню бактеріовиділення, значно коливається — від 93 % [1] до 54 % [4]. В той же час в Україні розроблено альтернативний метод лікування хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень, згідно якому на протязі 5 місяців застосовується 5 антибактеріальних препаратів 1 ряду. Ефективність цього методу дуже висока: бактеріовиділення припиняється у 100 % хворих, а каверни загоюються у 93,8 % [5]. Однак, існує помітна різниця в ефективності лікування хворих на туберкульоз, яку наводять науковці і аспіранти, та лікарі практики. В зв'язку з цим, ефективність лікування у масштабах України залишається недостатньою і потребує вдосконалення [7].

В "Інструкції про групування диспансерних контингентів протитуберкульозних закладів та її застосування", затвердженої наказом МОЗ України від 28.10.2003 р. № 499, наведені варіанти основних режимів хіміотерапії для лікування хворих 1-ї категорії із поєднання 4-х та 5-ти препаратів 1 ряду у вигляді формул: 2HRZS(E) 2HRZ₃E₃ 3HRZ₃; 2HRZS(E) 2HRZ₃E₃ 3H₃R₃Z₃; 2HRZS(E) 2HRZ₃E₃ 3HRZ₃; 2HRZS(E) 2HRZ₃E₃ 3H₃R₃Z₃; 2HRZS(E) 1HRZ₃E₃ 3HR; 2HRZS(E) 1HRZ₃E₃ 3H₃R₃.

У формулах режимів хіміотерапії: Н — ізоніазид, R — рифампіцин, Z — піразинамід, E — етамбутол, S — стрептоміцин. Альтернативні препарати позначені буквами в дужках. Цифра, яка знаходиться перед групою символів, що позначають препарати, показує тривалість їхнього застосування в місяцях. Цифра після символу препарату в нижньому індексі позначає кількість днів його прийому за тиждень.

В інструкції визначено, що кількість препаратів у режимі антибактеріальної терапії та термін їх застосування залежить від характеру і динаміки процесу. Але у ній не наведені критерії вибору режиму лікування за його інтенсивністю (із поєднання 4 чи 5 препаратів) у хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень. Це пов'язано з тим, що до цього часу критерії визначення інтенсивності лікування туберкульозу не були сформульовані. У цій роботі наведені дослідження, на основі яких сформульовані критерії для вибору інтенсивності режимів антибактеріальної терапії у хворих із вперше діагностованим туберкульозом легень, які адекватні тяжкості перебігу захворювання.

Нами проведено аналіз ефективності лікування хворих в залежності від ступеня руйнування легень туберкульозним процесом. За критерії ступеня руйнування легень були прийняті розміри і кількість каверн. Розміри каверн класифікувалися за загальноприйнятими критеріями: малого розміру — діаметром до 2 см, середні — 2-3,9 см, великі — 4 і більше сантиметрів.

Матеріали та методи

У клініці Інституту фтизіатрії і пульмонології й у стаціонарі районного протитуберкульозного диспансеру м. Києва лікували 250 хворих із вперше діагностованим деструктивним туберкульозом легень, що виділяли МБТ.

Усіх пацієнтів, яких включили у дослідження, поділили на групи відповідно до розмірів порожнин розпаду в легенях (за даними рентгенівського дослідження) та інтенсивністю режимів хіміотерапії (із поєднання 4 або 5 протитуберкульозних препаратів). При призначенні 4 препаратів вони застосовувалися щоденно до припинення бактеріовиділення і загоєння каверн. При призначенні 5 препаратів, крім щоденного застосування, у частини хворих 2 із них могли використовувати через день (один по парним, другий по непарним числам). Завдяки інтермітуючому застосуванню 2 із 5 препаратів, щоденно хворий приймав не більше 4-х.

Контингент хворих, що спостерігався, розподілено на 8 груп, що були порівнянні за статтю, віком, поширеністю процесу, наявністю супутніх захворювань, характером ускладнень туберкульозу та розвитком первинної резистентності МБТ.

1-а група — 56 хворих, що мали в легенях одну порожнину розпаду діаметром менше 4 см (невелика каверна), та приймали 4 препарати у режимі хіміотерапії (1 CV / < 4см / 4 АБП);

2-а група — 37 хворих, що мали в легенях одну порожнину розпаду діаметром менше 4 см, та приймали 5 та більше препаратів у режимі хіміотерапії (1 CV / < 4 см / 5 АБП);

3-я група — 15 хворих із наявністю в легенях однієї порожнини розпаду діаметром 4 см та більше (велика каверна), яким призначили 4 препарати у режимі хіміотерапії (1 CV / ≥ 4см / 4 АБП);

4-а група — 14 хворих з наявністю в легенях однієї порожнини розпаду діаметром 4 см і більше, яким призначили 5 препаратів у режимі хіміотерапії (1 CV / ≥ 4см / 5 АБП).

5-а група — 59 хворих, що мали в легенях дві та (або) більше порожнин розпаду (множинні) діаметром менше 4 см та приймали 4 препарати у режимі хіміотерапії (множинні CV / < 4см / 4 АБП);

6-а група — 30 хворих, що мали в легенях множинні порожнини розпаду діаметром менше 4 см, та приймали 5 та більше препаратів у режимі хіміотерапії (множинні CV / < 4 см / 5 АБП);

7-а група — 22 хворих із наявністю в легенях множинних порожнин розпаду діаметром 4 см і більше, яким призначили 4 препарати у режимі хіміотерапії (множинні CV / ≥ 4см / 4 АБП);

8-а група — 17 хворих з наявністю в легенях множинних порожнин розпаду діаметром 4 см і більше, яким призначили 5 препаратів у режимі хіміотерапії (множинні CV / ≥ 4 см / 5АБП).

Для уніфікації даних спостереження у разі визначення множинних каверн у легенях розподіл хворих до груп порівняння проводився за розмірами найбільшої каверни.

Хворі 1-ї та 2-ї груп ідентичні за віком і статтю, більше було чоловіків: (83,9 $\pm$ 4,9) % серед хворих 1-ї групи та (73,0 $\pm$ 7,3) % — 2-ї; працездатного віку — від 18 до 40 років: (64,3 $\pm$ 11,3) % серед хворих 1-ї групи та (76,6 $\pm$ 12,2) % — 2-ї ($P>0,05$). Хворі 3-ї та 4-ї груп ідентичні за віком і статтю, більше було чоловіків: (73,3 $\pm$ 11,8) % серед хворих 3-ї групи та (64,3 $\pm$ 13,29) % — 4-ї; працездатного віку — від 18 до 40 років: (73,3 $\pm$ 11,4) % серед хворих 3-ї групи та (71,4 $\pm$ 12,3) % — 4-ї ($P>0,05$).

За віком і статтю 5-а і 6-а групи хворих були співставними ($P>0,05$): більшість складала чоловіки (79,7 $\pm$ 5,2) % серед хворих 5-ї групи та (63,3 $\pm$ 8,8) % — 6-ї та особи працездатного віку — від 18 до 40 років (61,0 $\pm$ 5,3) % серед хворих 5-ї групи та (63,3 $\pm$ 6,3) % — 6-ї.

За віком і статтю 7-а і 8-а групи хворих також були співставними ($P>0,05$): більшість складала чоловіки (86,4 $\pm$ 7,5) % серед хворих 7-ї групи та (88,2 $\pm$ 8,1) % — 8-ї та особи працездатного віку (60,1 $\pm$ 6,4) % серед хворих 7-ї групи та (61,8 $\pm$ 8,3) % — 8-ї.

У хворих з кавернами діаметром менше 4 см визначили поширений туберкульозний процес (туберкульозні ураження в межах більше частки в одній легені або різної поширеності в обох легенях): у 1-ї групі у 21 (37,5 $\pm$ 6,5) %, у 2-й — у 15 (40,5 $\pm$ 8,8) %; у 5-ї групі у 41 (69,4 $\pm$ 6,0) %, у 6-й — у 21 (70,0 $\pm$ 8,4) %. Обмежений процес (в межах однієї частки) визначили у 35 (62,5 $\pm$ 6,5) % хворих 1-ї групи та у 22 (59,5 $\pm$ 8,1) % — 2-ї; у 18 (30,5 $\pm$ 6,0) % хворих 5-ї групи та у 9 (30,0 $\pm$ 8,4) % — 6-ї ($P>0,05$). Така ж сама залежність зберігається і серед хворих із каверною діаметром 4 см і більше. Поширений туберкульозний процес визначили у 3-ї групі у 10 (66,7 $\pm$ 12,6) %, у 4-й — у 7 (50,0 $\pm$ 13,9) %; у 7-ї групі у 17 (77,3 $\pm$ 9,1) %, у 8-й — у 14 (82,4 $\pm$ 9,5) %. Обмежений процес (в межах однієї частки) визначили у 5 (33,3 $\pm$ 12,6) % хворих 3-ї групи та у 7 (50,0 $\pm$ 13,9) % — 4-ї; у 5 (22,7 $\pm$ 9,1) % хворих 7-ї групи та у 3 (17,6 $\pm$ 9,5) % — 8-ї ($P>0,05$).

Існують фактори, котрі обтяжують перебіг туберкульозного процесу — ускладнення туберкульозу (синдром плеврального випоту, кровохаркання, дихальна недостатність, спонтанний пневмоторакс) та супутні захворювання (хронічний бронхіт, цукровий діабет, пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки, системні захворювання сполучної тканини, серцево-судинні захворювання). За частотою виникнення ускладнень туберкульозу (у 6 (10,7 $\pm$ 4,1) % хворих 1-ї групи проти 6 (16,2 $\pm$ 6,1) % осіб — 2-ї), а також супутніх захворювань (у 14 (25 $\pm$ 5,8) % проти 8 (21,6 $\pm$ 6,8) % обстежених, відповідно), вірогідної різниці не визначили ($P>0,05$). Серед хворих 3-ї та 4-ї групи, за частотою виникнення ускладнень туберкульозу (у 2 (13,3 $\pm$ 9,1) % проти відсутності обстежених, відповідно) та супутніх захворювань (у 6 (40 $\pm$ 13,1) % проти 6 (42,9 $\pm$ 13,7) % осіб, відповідно) значимої різниці також не отримали ($P>0,05$). Серед хворих 5-ї та 6-ї груп за частотою виникнення ускладнень туберкульозу — (у 5 (8,5 $\pm$ 3,6) % пацієнтів 5-ї групи та у 5 (16,7 $\pm$ 6,8) % — 6-ї), та супутніх захворювань — (у 20 (33,9 $\pm$ 6,2) % та у 6

(20,0 $\pm$ 7,3) % обстежених, відповідно), вірогідної різниці не визначили ($P>0,05$). Серед хворих 7-ї та 8-ї груп, за частотою виникнення ускладнень туберкульозу (лише у 1 (4,5 $\pm$ 4,5) % пацієнта 7-ї групи), та супутніх захворювань (у 9 (40,9 $\pm$ 10,7) % та у 3 (17,7 $\pm$ 9,5) % осіб, відповідно) значимої різниці також не отримано ($P>0,05$).

Первинну резистентність МБТ до 1-4 протитуберкульозних препаратів виявили у 20 (37,7 $\pm$ 6,7) % хворих 1-ї групи та у 14 (37,8 $\pm$ 8,0) % — 2-ї; у 1 (6,7 $\pm$ 6,7) % хворого 3-ї групи та у 4 (28,6 $\pm$ 12,5) % — 4-ї; у 13 (23,2 $\pm$ 5,6) % хворих 5-ї групи та у 12 (40,0 $\pm$ 8,0) % — 6-ї ($P>0,05$). Первинну резистентність МБТ до 1-4 протитуберкульозних препаратів виявили у 11 (52,4 $\pm$ 11,1) % хворих 7-ї групи та у 2 (13,3 $\pm$ 9,1) % — 8-ї ($P<0,05$). Тобто, частота первинної резистентності визначена у значимо більшій кількості хворих 7-ї підгрупи, порівняно з 8-ю. Але з'ясовано, що первинна резистентність серед хворих 7-ї групи представлена переважно монорезистентністю (33,3 %), і не може у великій мірі вплинути на ефективність лікування.

Середній ступінь туберкульозної інтоксикації визначали серед обстежених 1-ї групи — у 34 (60,7 $\pm$ 6,5) % осіб, а серед обстежених 2-ї групи — у 23 (62,1 $\pm$ 8,0) %, виражений — у 8 (14,3 $\pm$ 4,7) % осіб 1-ї та у 11 (29,7 $\pm$ 7,5) % — 2-ї ($P>0,05$). Середній ступінь туберкульозної інтоксикації визначили серед обстежених 3-ї групи — у 9 (60,0 $\pm$ 13,1) %, а серед обстежених 4-ї групи — у 7 (50,0 $\pm$ 13,9) %, виражений ступінь — у 4 (26,7 $\pm$ 11,8) % осіб 3-ї та у 7 (50,0 $\pm$ 13,9) % — 4-ї ($P>0,05$). Середній ступінь туберкульозної інтоксикації встановили серед обстежених 5-ї групи — у 32 (54,2 $\pm$ 6,5) % осіб, а серед обстежених 6-ї підгрупи — у 15 (60,0 $\pm$ 9,1) %; виражений — у 17 (28,8 $\pm$ 5,9) % осіб 5-ї та у 13 (43,3 $\pm$ 9,0) % — 6-ї ($P>0,05$). Середній ступінь туберкульозної інтоксикації визначили серед обстежених 7-ї групи — у 9 (40,9 $\pm$ 10,7) %, а серед обстежених 8-ї групи — у 5 (29,4 $\pm$ 11,4) %, виражений ступінь — у 11 (50,0 $\pm$ 10,9) % осіб 7-ї та у 12 (70,6 $\pm$ 11,4) % — 8-ї ($P>0,05$).

Оцінювали результати ефективності лікування за такими показниками: термін і частота припинення бактеріовиділення та загоєння каверн, частота розвитку рецидивів туберкульозу легень.

Результати та їх обговорення

Групи порівняння (1-а і 2-а або 3-я і 4-а, 5-а і 6-а або 7-а і 8-а) були ідентичні між собою за статтю, віком, наявністю факторів, котрі обтяжують перебіг туберкульозу, поширеністю туберкульозного процесу, вираженістю симптомів інтоксикації при вступі. 7-а та 8-а групи порівняння відрізнялися між собою за частотою визначення первинної резистентності МБТ, але за рахунок монорезистентності.

Дані про частоту припинення бактеріовиділення (табл. 1) свідчать, що у хворих із множинними кавернами, з початку лікування 5-и компонентні режими, порівняно із 4-х компонентними, дозволяють досягти значно більш високої ефективності лікування, не залежно від розмірів деструкцій у легенях (у 88,2 % проти 59,1 % — з великими кавернами та у 100,0 % проти 93,2 % — з невеликими кавернами).

Серед хворих із множинними невеликими кавернами їх загоєння відбувається на 17,2 % частіше серед хворих, котрим застосовано 5 протитуберкульозних препаратів від початку лікування, порівняно із хворими, котрих лікували 4-ма протитуберкульозними препаратами.

Таблиця 1

Безпосередні результати лікування хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень із бактеріовиділенням в залежності від кількості, розмірів каверн та інтенсивності антибактеріальної терапії

Група	Бактеріовиділення			Каверни		
	Кількість хворих, у котрих бактеріовиділення припинилось		Середні терміни припинення бактеріовиділення (міс)	Кількість хворих, у котрих каверни загоїлись		Середні терміни загоєння каверн (міс)
	абс.	%		абс.	%	
1-а (1CV/<4см/4АБП), n=56	53	94,6±3,0	2,2±0,2	46	82,1±5,1	4,6±0,3
2-а (1CV/<4см/5АБП), n=37	36	97,3±2,7	2,2±0,2	33	89,2±5,1	4,3±0,3
3-я (1CV/>4см/4АБП), n=15	13	86,7±9,1	2,8±0,3	9	60±13,1	5,3±0,6
4-а (1CV/>4см/5АБП), n=14	14	100	2,3±0,3	12	85,7±9,7	4,2±0,5
5-а (множинніCV/<4см/4АБП), n=59	55	93,2±3,3*	2,6±0,2	41	69,5±5,9*	4,5±0,3
6-а (множинніCV/<4см/5АБП), n=30	30	100	2,4±0,2	26	86,7±6,2	3,9±0,2
7-а (множинніCV/>4см/4АБП), n=22	13	59,1±10,7*	3,3±0,	5	22,7±9,1	5,4±0,6
8-а (множинніCV/>4см/5АБП), n=17	15	88,2±8,1	2,8±0,4	5	29,4±11,4	4,2±0,4

Примітка: * — встановлена істотна різниця частоти припинення бактеріовиділення між хворими 5-ї та 6-ї, 7-ї та 8-ї груп і загоєння каверн між хворими 7-ї та 8-ї груп ($p < 0,05$).

Таблиця 2

Частота рецидивів захворювання у осіб вилікуваних від туберкульозу в залежності від кількості, розміру каверн та інтенсивності антибактеріальної терапії в період основного курсу лікування у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень

Кількість протитуберкульозних препаратів застосованих у 1-й фазі лікування	Кількість та розмір каверн	Кількість осіб вилікуваних від туберкульозу	Частота рецидивів туберкульозу	
		абс. число	абс. число	%
4	Одна невелика каверна	34	3	8,8*
	Одна велика або множинні каверни	38	11	28,9*
	Усього	72	14	19,4**
5 і більше	Одна невелика каверна	16	0	0
	Одна велика або множинні каверни	22	1	4,5
	Усього	38	1	2,6**

Примітки:

- * — статистично значима різниця у хворих із застосуванням 4 протитуберкульозних препаратів, які мали одну невелику та одну велику або множинні каверни, $P < 0,05$.
- ** — статистично значима різниця між хворими, котрим застосовано 4 та 5 і більшу кількість протитуберкульозних препаратів, $P < 0,01$.

Безпосередні результати лікування хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень свідчать про те, що частота припинення бактеріовиділення залежить від кількості, розміру каверн та інтенсивності антибактеріальної терапії.

Найгірші результати лікування у хворих із множинними та великими кавернами (особливо при їх поєднанні) при застосуванні менш інтенсивних режимів антибактеріальної терапії (із 4 препаратів). Застосування 5 антибактеріальних препаратів у хворих із множинними великими кавернами суттєво підвищує частоту припинення бактеріовиділення (із 59,1 % до 88,2 %), але не підвищує частоту загоєння каверн.

У хворих з однією великою каверною застосування 5 антибактеріальних препаратів (у порівнянні з 4-а) підвищує частоту припинення бактеріовиділення (від 86,7 % до 100 %) і частоту загоєння каверн (від 60,0 % до 85,7 %).

Віддалені результати зібрано у 110 (44,0 %) осіб від загальної кількості хворих вилікуваних від туберкульозу (табл. 2).

У хворих, яких лікували 4 антибактеріальними препаратами, після вилікування туберкульозу частота рецидивів залежала від кількості та розміру каверн. Після загоєння однієї невеликої каверни рецидиви виникли у 8,8 %, а після загоєння однієї великої або множинних каверн — у 28,9 % (у 3,3 рази частіше, $P < 0,05$). У осіб вилікуваних від туберкульозу із застосуванням у 1-й фазі лікування 5 препаратів після загоєння однієї каверни рецидиви не виникли, а після загоєння великих та множинних каверн спостерігалися у 4,5 % ($P < 0,05$).

Загалом у хворих, яких лікували 5-ю антибактеріальними препаратами (без урахування розмірів та кількості каверн) після вилікування рецидиви виникли в 7,5 разів рідше, ніж у тих хворих, яких лікували 4-а препаратами, відповідно 2,6 % та 19,4 % ($P < 0,05$).

Із наведених даних можна зробити висновок, що у хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень антибактеріальний режим із поєднання 4 протитуберкульозних препаратів 1 ряду доцільно призначати лише при виявленні однієї каверни невеликого

розміру (діаметром до 4 см). У хворих з однією великою або множинними кавернами має рацію призначати у 1-й фазі лікування 5 препаратів 1 ряду.

Таким чином, розмір та кількість каверн в легенях можуть служити об'єктивними критеріями для встановлення інтенсивності режиму антибактеріальної терапії. На їх основі можна розподілити стандартні режими лікування, які наведені в "Інструкції про групування диспансерних контингентів протитуберкульозних закладів та її застосування", затвердженої наказом МОЗ України від 28.10.2003 р. № 499, на дві групи.

1. У хворих 1-ї категорії з невеликими кавернами в легенях доцільно застосовувати такі режими лікування: 2HRZS(E) 2HRZ₃E₃ 3HRZ₃; 2HRZS(E) 2HRZ₃E₃ 3H₃R₃Z₃; 2HRZS(E) 1HRZ₃E₃ 3HR; 2HRZS(E) 1HRZ₃E₃ 3H₃R₃.

2. У хворих 1-ї категорії з однією великою або множинними кавернами в легенях слід призначати такі режими лікування: 2HRZS₃E₃ 2HRZ₃E₃ 3HRZ₃; 2HRZS₃E₃ 2HRZ₃E₃ 3H₃R₃Z₃.

Висновки

1. Безпосередні і віддалені результати лікування хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень із бактеріовиділенням залежать від інтенсивності антибактеріальної терапії, розмірів і кількості каверн.

2. У хворих з однією невеликою каверною в легенях при застосуванні стандартної антибактеріальної терапії із поєднання 4-х препаратів досягається висока ефективність лікування: припинення бактеріовиділення у (94,6–97,3) %, загоєння каверн у (82,1–89,2) %.

3. У хворих з однією великою або множинними невеликими кавернами в легенях при застосуванні 4 антибактеріальних препаратів бактеріовиділення припинилося у (86,7–93,2) %, а каверни загоїлися у (60,0–69,5) % хворих, а при застосуванні 5 препаратів бактеріовиділення припинилося у 100 %, а каверни загоїлися у (85,7–86,7) %.

4. У хворих з великими множинними кавернами в легенях при застосуванні 4-х антибактеріальних препаратів бактеріовиділення припинилося у 59,1 %, а каверни загоїлися у 22,7 %; при застосуванні 5 препаратів бактеріовиділення припинилося у 88,2 %, а каверни загоїлися у 29,4 %.

5. Після вилікування хворих з однією невеликою каверною в легенях у осіб, яких лікували 5 антибактеріальними препаратами, рецидиви туберкульозу не спостерігалися, але виникли у 8,8 % осіб, яких лікували поєднанням 4-х препаратів.

Після вилікування хворих з однією великою або множинними невеликими кавернами застосуванням 4-х антибактеріальних препаратів рецидиви виникли у 28,9 % осіб, а при застосуванні 5 препаратів рецидиви захворювання спостерігалися у 4,5 % осіб.

6. У хворих з вперше діагностованим деструктивним туберкульозом легень розмір та кількість каверн в легенях можуть служити об'єктивними критеріями для встановлення інтенсивності режиму антибактеріальної терапії. Хворим з однією невеликою каверною достатньо призначати стандартний режим лікування із поєднання 4-х антибактеріальних препаратів 1 ряду. Хворим з великою та

множинними кавернами доцільно призначати стандартний режим лікування із поєднання 5-и антибактеріальних препаратів 1 ряду.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Жангіреев А. А.* Лечение больных впервые выявленным туберкулезом легких в режиме DOTS-стратегии // Пробл. туберкулеза. — 2000. — № 3. — С. 23–25.
2. *Мишин В. Ю., Чуканов В. И., Вылегжанин С. В.* Эффективность стандартного режима химиотерапии при лечении впервые выявленных больных деструктивным туберкулезом легких с бактериовыделением // Пробл. туберкулеза. — 2001. — № 7. — С. 13–18.
3. *План расширения программы DOTS для борьбы с туберкулезом в Европейском регионе ВОЗ 2002-2006 гг.* // ВОЗ: 2002. — 50 с.
4. *Полирезистентность туберкулеза: угроза человечеству.* Бостон, 1999. — 61 с.
5. *Результаты применения 5-месячной интенсивной полихимиотерапии у впервые выявленных больных деструктивным туберкулезом легких* / И. Б. Бялик, Л. М. Цыганкова, Ж. Э. Вялых и др. / Укр. пульмонолог. журн. — 2001. — № 2. — С. 20–24.
6. *Фещенко Ю. И., Мельник В. М., Ильницький І. Г., М'ясніков В. Г.* Лікування туберкульозу. — К.: Логос, 1996. — 120 с.
7. *Фещенко Ю. И., Мельник В. М.* Туберкулез легень в період епідемії: епідеміологічні, клініко-діагностичні, лікувально-профілактичні та організаційні аспекти. — К.: Логос, 1998. — 28 с.
8. *Фещенко Ю. И., Мельник В. М.* Фтизіоепідеміологія. К.: Здоров'я, 2004. — 624 с.

ОБ'ЄКТИВНІ КРИТЕРІЇ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ІНТЕНСИВНОСТІ РЕЖИМУ ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ДЕСТРУКТИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

В. М. Петренко, Н. А. Литвиненко

Резюме

Вивчена безпосередня ефективність антибактеріальної терапії у 250 хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень із бактеріовиділенням. У 110 із них, вилікуваних від туберкульозу, спостерігалася частота виникнення рецидивів захворювання. Встановлено, що безпосередні і віддалені результати лікування залежать від інтенсивності антибактеріальної терапії, кількості та розмірів каверн в легенях. Кількість та розміри каверн в легенях є об'єктивним критерієм визначення потрібної інтенсивності лікування. У хворих з невеликими кавернами можна застосовувати стандартні режими лікування із поєднання 4-х протитуберкульозних препаратів 1 ряду. У хворих із однією великою або множинними кавернами в легенях слід застосовувати стандартні режими лікування із 5 препаратів.

OBJECTIVE CRITERIA FOR DETERMINATION OF INTENSITY OF TREATMENT REGIMEN IN NEWLY-DIAGNOSED DESTRUCTIVE PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS

V. M. Petrenko, N. A. Litvinenko

Summary

In 250 smear-positive patients with newly-diagnosed destructive pulmonary tuberculosis there have been studied a direct effectiveness of antibacterial therapy. Among 110 cured from tuberculosis subjects the rate of relapses was quite high. There have been established that both early and distant results of treatment depended on intensity of antibacterial therapy, quantity and sizes of lung caverns. The quantity and the size of the caverns served as objective criterion for determination of required intensity of treatment. In patients with small caverns it was possible to use a combination of 4 first-line antituberculous medications. In patients with one large or multiple caverns it was necessary to use standard regimens with 5 medications.