

М. М. Кушко, О. Ю. Гриб, О. М. Старкова, А. В. Тараненко
РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ЯК НАСЛІДОК ВИНИКНЕННЯ РЕЦИДИВІВ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ

ДУ “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”

Метою роботи було дослідження впливу резистентності на формування великих залишкових змін та частоту виникнення рецидиву туберкульозу. Робота виконана за державні кошти.

Матеріали та методи

Для вирішення поставленої мети нами було проаналізовано 198 випадків туберкульозу. Пацієнти були розподілені на 2 групи. До I групи увійшли 102 хворих із рецидивом туберкульозу легень. До II групи увійшли 96 пацієнтів, у яких після завершення першого курсу лікування повторних випадків захворювання протягом 5 років не спостерігалось. Групи хворих були ідентичними за статтю, віком, клінічними формами туберкульозу легень. Деструкції були у $(68,2 \pm 3,6) \%$ та у $(70,6 \pm 4,0) \%$ хворих I та II групи пацієнтів відповідно. Розповсюджений характер туберкульозного процесу у легенях діагностували у 38,9 % пацієнтів I групи та у 34,6 % хворих II групи.

Результати

Проведений аналіз медикаментозної чутливості показав, що у хворих I групи чутливість мікобактерій туберкульозу (МБТ) до протитуберкульозних препаратів (ПТП) I ряду реєструвалась у $(62,4 \pm 3,6) \%$ випадків. Серед пацієнтів II групи збережена чутливість була у $(81,2 \pm 4,6) \%$ осіб, $p < 0,05$. Встановлено резистентність до ПТП у 37,6 % пацієнтів I групи, що вірогідно більше ніж у хворих II групи (18,8 % випадків), $p < 0,05$.

У хворих I групи в структурі резистентності МБТ переважали штамми з полірезистентністю (стійкість до HS, RS, HE, RE, HZ, RZ) — 18,2 % випадків. У 11,6 % пацієнтів I групи виявлені мультирезистентні штамми МБТ (стійкість до HRS, HRE, HRES, HRSZ, HRESZ, HRESZPtKm, HRESZPtKmOfx), що стало причиною їх переведення у 4 категорію.

У пацієнтів II групи також переважали полірезистентні штамми МБТ (стійкість до HS, RS, HE, RE, HZ, RZ) — 10,6 % випадків, монорезистентність МБТ (стійкість до H) була виявлена у 3,2 % хворих, а мультирезистентність (стійкість до HRS, HRES)

— лише у 2,2 % випадків.

У зв'язку із первинною резистентністю МБТ була проведена корекція режиму хіміотерапії у 23 хворих I групи. Але своєчасно корекція лікування була виконана лише у 5 (20,8 %) хворих. Через 4 місяці 17 (68,7 %) хворих I групи отримували відповідну терапію згідно тесту медикаментозної чутливості (ТМЧ). Основними причинами нераціонального лікування були: відсутність протитуберкульозних препаратів, незадовільна переносимість. У хворих II групи своєчасна корекція лікування була проведена у 9 (60,0 %) пацієнтів ($p < 0,05$). Через 4 місяці майже всі пацієнти цієї групи (92,6 %) отримували лікування з урахуванням ТМЧ.

Аналіз бактеріологічної динаміки показав, що через 2 місяці лікування бактеріовиділення припинилось у 72,5 % хворих I групи та у 86,6 % хворих II групи ($p < 0,05$), через 4 місяці — у 89,6 % хворих I групи та у 98,6 % пацієнтів II групи ($p < 0,05$). Через 6 місяців достовірної різниці між групами у припиненні бактеріовиділення вже не відмічалось — у 98,6 % і у 100 % обстежених пацієнтів ($p < 0,05$). Найбільш швидко, через 4 місяці, відбулось рубцювання деструкції у пацієнтів II групи 82,4 %, проти 65,8 % у I групі ($p < 0,05$). У 42 (44,2 %) із 96 пацієнтів I групи лікування першого випадку туберкульозу завершилось формуванням великих залишкових змін у легенях. У хворих II групи основний курс протитуберкульозної терапії завершився формуванням великих залишкових змін у легенях лише у 26 (27,3 %) випадків ($p < 0,05$).

Висновки

Пацієнти із полі- та мультирезистентністю, яким несвоєчасно проведена корекція лікування, мають більш тривалий термін загоєння порожнин розпаду, що сприяє виникненню рецидивів захворювання при подальшому спостереженні. Наявність первинної резистентності та формування великих залишкових змін у хворих на туберкульоз легень підвищує ризик виникнення рецидиву захворювання майже у 1,5 рази.