

М. І. Сахелашвілі, О. П. Костик, І. Л. Платонова, Г. Д. Штибель, О. І. Сахелашвілі-Біль
АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ТА ТУБЕРКУЛЬОЗУ
З РОЗШИРЕНОЮ РЕЗИСТЕНТІСТЮ У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Хіміорезистентний туберкульоз є суттєвою медичною та соціальною проблемою, що негативно позначається на демографічній ситуації і загрожує національній безпеці України. Проведено ретроспективний аналіз щорічних звітів протитуберкульозних медичних закладів Львівської області і медичної документації 990 хворих (з них 660 хворих на мультирезистентний туберкульоз і 330 — на розширений).

У порівнянні з 2010 роком у Львівській області показник захворюваності на нові форми туберкульозу дещо зменшився (з 57,3 до 53,2 на 100 тис. населення у 2015 році). Разом з тим, в області спостерігається зростання захворюваності на бактеріальні форми туберкульозу легень на 8,8 (з 22,8 у 2011 р. до 31,6 на 100 тис. у 2015 р.). У структурі бактеріального туберкульозу частка мультирезистентного туберкульозу (МРТБ) і туберкульозу з розширеною резистентністю (РРТБ) зросла на 6,6 на 100 тис. нас. (з 11,4 в 2014 році до 18,0 на 100 тис. населення у 2015 році (рис. 1).

Прогностичний аналіз захворюваності до 2025 р. показав, що для всіх регіонів України характерною є тенденція зростання частки мультирезистентного туберку-

льозу серед нових та повторних випадків туберкульозу легень. Серед нових випадків найвищі темпи приросту МРТБ мають місце у південному регіоні (+6,0 %) із частотою виявлення у 2025 році 91,9 %, проти 30,1 % у 2015 році та у центральному регіоні (+3,0 %) із прогнозованою частотою 54,2 %, проти 25,2 %, відповідно. Найнижчими — у західному регіоні (+1,1 %) з прогнозованою частотою — 23,9 %, проти 13,1 % та північному (+2,0 %) і очікуваною частотою виявлення 37,4 %, проти 17,7 %, відповідно.

Серед хворих, зареєстрованих до 4-ї категорії, у 66,7 % виявляли мультирезистентні штами і у 2 рази рідше МБТ з розширеною медикаментозною стійкістю (33,3 %). Найпоширенішими штамами МБТ, які виділяли хворі на МРТБ були штами з профілем резистентності HRSE (57,1 %), HRSEZ (16,7 %) і HRS (14,4 %). Інші комбінації зустрічались вірогідно рідше порівняно з вказаними. При РРТБ, у порівнянні з МРТБ, достовірно збільшується частка штамів МБТ, стійких до комбінацій АМБП I ряду (HRES в 1,6 разу, HRZS — в 10,5 разу, HREZS — в 1,4 разу) і одночасно — до препаратів II ряду. При цьому резистентність до канаміцину констатована у 52,3 %, до капреоміцину — у



Рис. 1. Кількість випадків туберкульозу, що були зареєстровані до 4 категорії (на 100 тис. населення).

47,5 %, до амікацину — у 23,7 %, до офлоксацину — у 61,8 %, до левофлоксацину у 28,5 %, етіонаміду — у 56,9 % і ПАСКу — у 33,2 %.

За останні роки збільшилась частота дисеміновано-го і фіброзно-кавернозного туберкульозу (рис. 2). При цьому, практично у всіх хворих спостерігали деструкції,

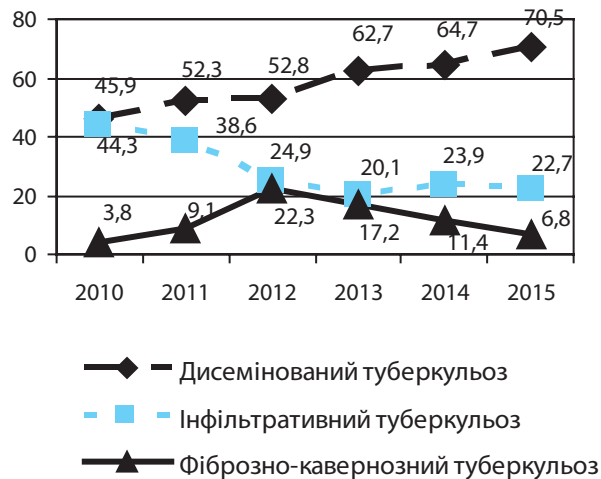


Рис. 2. Розподіл хворих на МРТБ легень за клінічними формами (%).

і майже у половини — виявляли МБТ. Отже, у клінічній структурі переважали деструктивні та поширенні форми туберкульозу легень. Наявність стійких штамів МБТ до антимікобактеріальних препаратів I та II ряду суттєво впливала на ефективність лікування у цих хворих.