

М. М. Кужко, А. В. Тараненко
ВЕЛИКІ ЗАЛИШКОВІ ЗМІНИ В ЛЕГЕНЯХ ЯК НАСЛІДОК РЕЗИСТЕНТНОСТІ
МІКОБАКТЕРІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського НАМН України»

Метою роботи було дослідження впливу резистентності мікобактерії на терміни загоєння порожнин деструкції та на формування великих залишкових змін в легенях.

Матеріали та методи

Для вирішення поставленої мети нами було проаналізовано 196 випадків туберкульозу. Пацієнти були розподілені на 2 групи. До I групи увійшли 100 хворих із рецидивом легень. До II групи увійшли 96 пацієнтів, у яких після завершення першого курсу лікування повторних випадків протягом 5 років захворювання 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 (далі — 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 штами з полірезистентністю (стійкість до HS, RS, HE, RE, HZ, RZ) — 18,2 % випадків. У 11,6 % пацієнтів I групи виявлені мультирезистентні штами МБТ (стійкість до HRS, HRE, HRES, HRSZ, HRESZ, HRESZPtKm, HRESZPtKmOfx), що стало причиною їх переводу у 4 категорію.

У пацієнтів II групи також переважали полірезистентні штами 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 повинна 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 (далі — 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 ($p < 0,05$).

Висновок

Пацієнти із полі- та мультирезистентністю, яким несвоєчасно проведена корекція лікування, мають більш тривалий термін загоєння порожнин розпаду, що в подальшому призводить до формування великих залишкових змін у хворих на туберкульоз легень та підвищує ризик виникнення рецидиву захворювання майже у 1,4 рази.