

**Н. А. Литвиненко, Л. М. Процик, Ю. М. Валецький, М. М. Кужко,
Т. В. Тлустова, А. В. Тараненко**

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПОЛІРЕЗИСТЕНТНОСТІ МБТ

*ДУ «Національний інститут фізіотерії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»
Волинське обласне територіальне медичне протитуберкульозне об'єднання*

У дослідження увійшли 77 хворих на полірезистентний туберкульоз (ПРТБ), які лікувалися в ДУ «Національний інститут фізіотерії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України» (64 осіб) та Волинському обласному територіальному медичному протитуберкульозному об'єднанню (13 осіб) у 2014-2018 рр. Хворі були розподілені на наступні групи: I група — монорезистентність до ізоніазиду (26 хворих); II група — резистентність до 2 протитуберкульозних препаратів (ПТП) першого ряду, окрім рифампіцину (34 хворих); III група — резистентність до 3-4 ПТП першого ряду, окрім рифампіцину (17 хворих). У пацієнтів II групи переважала резистентність МБТ до H та S — у 31 (91,2 %) хворих. Серед пацієнтів III групи переважала резистентність до поєднання HSZ — у 7 (41,2 %) та HSE — у 6 (35,3 %) хворих.

У кожній групі ПРТБ був встановлений з наступних випадків туберкульозу: вперше діагностований туберкульоз у 23 (88,5 %) хворих I, у 32 (94,1 %) — II та у 15 (88,2 %) — III групи. Невдача першого курсу хіміотерапії спостерігалась у 1 (2,9 %) пацієнта II групи, рецидив захворювання — у 2 (7,7 %) пацієнтів I та 1 (2,9 %) — II і 1 (5,8 %) — III групи, ЛПП — у 1 (3,8 %) пацієнта I та 1 (5,8 %) III груп.

За демографічними характеристиками у I групі було 18 (69,2 %) чоловіків та 8 (30,8 %) жінок, у II — 23 (67,6 %) та 11 (32,4 %); у III — 8 (47,1 %) та 11 (32,4 %) відповідно. Середній вік хворих становив — $(38,5 \pm 1,2)$ років у I групі, $(33,5 \pm 1,4)$ років у II та $(34,1 \pm 1,3)$ роки у III групі. В усіх групах пацієнти були ідентичні за віком, однаково переважали особи до 40 років, найбільш працездатного віку: 15 (57,7 %) пацієнтів у I групі, 22 (64,7 %) — у II та 9 (52,9 %) — у III групі.

Аналіз поширеності туберкульозного процесу за даними рентгенологічного обстеження легень показав, що у I групі переважали хворі з обмеженим специфічним процесом у легенях — 12 (46,2 %), тоді як у II групі переважали пацієнти із поширеним двобічним процесом у легенях — 14 (41,2 %). У III групі діагностували з однаковою частотою як обмежений туберкульозний процес у легенях — у 6 (35,3 %) хворих, так і поширений із односторонніми або двобічними інфільтративно-вогнищевими змінами у легенях — у 6 (35,3 %) пацієнтів. Незалежно від випадку захворювання у всіх групах переважали пацієнти з 1 каверною до 4 см в діаметрі. Відсутність деструкцій у легенях найбільш часто була діагностована серед хворих із монорезистентністю — 9 (34,6 %) пацієнтів та із полірезистентністю до 2-4 ПТП — у 5 (29,4 %) хворих. Наявність 2 та більше порожнин розпаду у легенях найбільш часто виявляли у хворих II групи із резистентністю до 2 ПТП — у 8 (23,5 %) осіб. У всіх хворих, які були вклю-

чені у дослідження, у мокротинні визначали МБТ. У більшій половині пацієнтів у всіх групах бактеріовиділення було масивним, визначалося методами мікроскопії мазка і засіву: 18 (69,2 %) осіб у I, 25 (73,5 %) — у II та 13 (76,5 %) хворих у III групах відповідно. Тільки культуральним методом бактеріовиділення виявили лише у третини хворих — у 8 (30,8 %), 9 (26,5 %), 4 (23,5 %) осіб відповідно у I, II і III групах відповідно.

Побічні реакції різного ступеня тяжкості у досліджуваних хворих реєстрували в різні періоди проведення інтенсивної фази хіміотерапії — з перших тижнів до її завершення. Тяжкими побічними реакціями вважали такі, які проявлялись клінічними симптомами, зміненими лабораторними показниками, що вимагало відміни препарату або всього режиму хіміотерапії без подальшого відновлення прийому препарату або продовження його прийому у зміненому режимі (дозування, кратність прийому).

При застосуванні протитуберкульозної хіміотерапії у хворих із ПРТБ різноманітні побічні дії зустрічалися доволі часто — у кожного третього пацієнта. Призначення при ПРТБ препаратів другого ряду II, які характеризуються гіршою переносимістю, ніж препарати першого ряду, призвело до зростання частоти побічних реакцій. Необхідно також відзначити, що лікування пацієнтів із резистентністю до 3-4 препаратів не призвело до суттєвого зростання побічних реакцій у порівнянні із морезистентністю до H — у 8 (30,8 %) і у 6 (35,3 %) випадках відповідно.

При резистентності МБТ до 3-4 препаратів першого ряду (III група), виникає необхідність у призначенні більшої кількості резервних ПТП, що у свою чергу, призводить до зростання кількості побічних дій із тяжкими проявами — у 3 (17,6 %) хворих III групи, у порівнянні із пацієнтами I і II груп — 2 (7,7 %) і 3 (8,8 %) відповідно.

Аналіз частоти припинення бактеріовиділення та загоєння каверн на кінець інтенсивної фази хіміотерапії у хворих на ПРТБ показав досить високі результати лікування. Режим хіміотерапії, який застосовували при монорезистентності до ізоніазиду призводив на кінець інтенсивної фази хіміотерапії у хворих на ПРТБ до припинення бактеріовиділення у 24 (92,3 %) хворих, із них загоєння каверн діагностували у 11 (42,3 %) випадків, збереження порожнин розпаду у легенях — у 13 (50,0 %) пацієнтів.

Аналогічні високі результати лікування на кінець інтенсивної фази хіміотерапії, були отриманні при лікуванні пацієнтів із резистентністю до 2-4 препаратів: припинення бактеріовиділення та загоєння каверн відмічали у 15 (44,1 %) хворих II групи і у 10 (58,8 %) — III, при-

пинення бактеріовиділення та наявність каверн — у 19 (55,9 %) і 6 (35,3 %) пацієнтів відповідно у II і III групах. Серед пацієнтів усіх груп на кінець інтенсивної фази помер лише 1 (3,8 %) у першій групі. Невдача лікування була діагностована також в 1 (5,9 %) хворого при резистентності до 3-4 ПТП, перерва у лікуванні була в 1 (3,8 %) пацієнта з резистентністю до ізоніазиду.

На кінець основного курсу хіміотерапії (ОКХТ) кількість хворих, котрі були вилікувані від туберкульозу становила 12 (46,2 %) у I групі, 18 (52,9 %) у II і 5 (29,4 %) у III, відповідно ($p > 0,05$). Лікування завершено відмічали у 12 (46,2 %), 10 (29,4 %), 8 (47,1) хворих відповідно у I, II та III групах ($p > 0,05$). Отже, на кінець ОКХТ кількість вилікуваних пацієнтів, або у котрих було лікування завершено, була більше у групі з монорезистентністю, порівняно з полірезистентністю до 2-х або 3-х ПТП 1-го

ряду, і становила 24 (92,3 %) проти 28 (82,4 %) та 13 (76,5 %), хоча достовірної різниці отримано не було, що пов'язано з малою кількістю хворих у групах спостереження.

Невдача лікування була діагностована лише у 2 (11,8 %) пацієнтів у групі із резистентністю до 3–4 ПТП першого ряду. На даний час ще продовжують лікування 2 (5,9 %) хворих II групи. Вибули із спостереження 1 (2,9 %) пацієнт II і 1 (5,9 %) — III груп.

Між хворими груп порівняння, у жодного пацієнта не виникло рецидивів після завершення ОКХТ. Це доводить необхідність подальшого вивчення ефективності лікування хворих на ПРТБ, та доцільність застосування хворим на ПРТБ із різним профілем резистентності МБТ різні за інтенсивністю та тривалістю режими хіміотерапії.