

О. А. Ткач, К. Д. Мажак, І. Л. Платонова, Н. Є Лаповець, Є. І. Писаренко
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА
МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ НА СТАЦІОНАРНОМУ ЕТАПІ

ДУ«Львівський науково-дослідний інститут епідеміології та гігієни МОЗ України»

Однією з особливостей епідемічної ситуації з хіміо-резистентного туберкульозу за результатами першого національного епідеміологічного дослідження є зростання частоти виявлення як серед нових (24,1 %), так і повторних (58,1 %) випадків мультирезистентного туберкульозу та туберкульозу із розширеною резистентністю збудника (14,0 %). Ефективність лікування даної категорії хворих є недостатньою (70,4 %), що обумовлює доцільність проведення детального аналізу причин та пошук нових підходів до підвищення результативності лікування на стаціонарному етапі.

Метою роботи було вивчення особливостей клінічного перебігу та ефективності лікування хворих з новими та повторними випадками мультирезистентного туберкульозу (МР ТБ) на стаціонарному етапі лікування.

Клінічне спостереження проведено у 176 хворих на МР ТБ, із яких вперше виявленими були 95 осіб з новими випадками МР ТБ (I група) та 81 хворий з рецидивом МР ТБ (II група). В обох групах чоловіки склали переважну більшість - 78,9 % і 84,0 %, частіше хворіли у продуктивно-працездатному віці ($37,5 \pm 4,12$ років). У більшій половини хворих з новими випадками та 2/3 - з рецидивом МР ТБ діагностовано дисеміновану форму (57,9 % та 79,0 %, відповідно), інфільтративний туберкульоз - втричі частіше виявлено серед вперше діагностованих хворих на МР ТБ порівняно з рецидивом (42,1% та 12,3 %).

При вивченні характеру бактеріовиділення залежно від клінічної форми МР ТБ легень встановлено, що у більшій половини обстежених хворих обох груп переважало помірне бактеріовиділення (46,3 % та 56,8 %, відповідно), яке частіше виявляли при інфільтративній формі МР ТБ, частота рясного бактеріовиділення була порівнявальною в обох групах (38,9 % та 38,3 %, відповідно), а наявність масивного бактеріовиділення переважала у хворих з новими випадками МР ТБ (14,7 % проти 4,9 % відповідно) і виявлялась з однаковою частотою при інфільтративному та дисемінованому (15,0 % та 14,5 %) туберкульозі легень.

Частота первинної та вторинної мультирезистентності до препаратів I ряду за результатами тесту медикamentозної чутливості у хворих обох груп була порівнюваною (44,4 % проти 40,8 %, відповідно), в структурі мультирезистентності МБТ найчастіше виявляли штам з профілем HRSE (33,3 % та 36,8 %, відповідно). Частота розширеної МР МБТ при рецидивах була вдвічі вищою, ніж при нових випадках (34,2 % проти 16,7 %, відповідно). Частота прерозширеної мультирезистентності була вищою серед хворих з новими випадками МР ТБ в порівнянні з рецидивами (38,9 % проти 25,0 %), що є обтяжливим фактором в досягненні ефективного вилікування.

Дисемінована форма процесу найбільш поширена (67,6 %) серед обстежених, вогнищеві зміни з перифокальною інфільтрацією в легеневій тканині виявлялися в обох легенях, охоплювали переважно одну (5,1 %) чи 2 частки (37,5 %), або 1 (5,1 %) чи 2 (37,5 %) легені. Частота виявлення одинарних каверн у хворих з новими випадками МР ТБ вірогідно вища, ніж з рецидивом (40,0 % та 28,4 %, відповідно), а питома вага множинних порожнин розпаду в легеневій тканині - вища у хворих з рецидивами МР ТБ (71,6 % і 60,0 %, відповідно). При інфільтративній формі МР ТБ в обох групах переважно виявляли одинарні каверни (57,5 % та 80,0%, відповідно), при дисемінованій формі МР ТБ - діагностували переважно множинні (72,8 % та 79,7 % відповідно) порожнини розпаду в легеневій тканині. При рецидиві фіброзно-кавернозного туберкульозу з однаковою частотою (28,6 %) виявляли або одинарні гігінські, або множинні каверни в легеневій тканині.

Антимікобактеріальна терапія (АМБТ) хворих на МР ТБ проводилася з врахуванням результатів ТМЧ до препаратів I та II ряду. Результати лікування хворих оцінювали за частотою негативації мазка мокротиння та динамікою зміни порожнин розпаду в легеневій тканині.

Ефективність лікування за результатами припинення бактеріовиділення була вищою у хворих з новими випадками порівняно з рецидивом процесу (82,1% проти 74,1 %, відповідно). Частота припинення бактеріовиділення у хворих I групи з інфільтративною та дисемінованою клінічними формами МР ТБ була порівнюваною (80,0 % та 83,6 %, відповідно), у хворих з рецидивом дисемінованої та фіброзно-кавернозної форми МР ТБ - була нижчою (76,6 % та 42,9 %, відповідно).

За час стаціонарного лікування вдалося досягти повного закриття каверн лише у 12,6 % та 10,2 % хворих I та II груп. У більшій половини хворих обох груп (51,6 % та 55,1 %, відповідно) досягнуто позитивної динаміки каверни із зменшенням розмірів та зміною форми, а у третини хворих (35,8 % та 33,3 %, відповідно) констатовано відсутність позитивної рентгенологічної динаміки каверни.

Таким чином, висока питома частка мульти- розширеної та прерозширеної резистентності МБТ у хворих на МР ТБ, наявність поширених занедбаних легеневих форм обумовлює пошук нових, пацієнт-орієнтованих підходів не лише до призначення режимів ХТ, а й вимагає індивідуальної корекції у ведення випадків мультирезистентного туберкульозу із застосуванням засобів симптоматичної терапії різного спрямування для підвищення результативності високоспеціалізованої медичної допомоги на стаціонарному етапі лікування.