



Р. М. Ясинський^{1,2}, О. О. Коваленко², В. В. Смирнова², А. М. Красневич³

Клінічні особливості перебігу неефективно лікованого вперше діагностованого туберкульозу легень

¹Запорізький державний медичний університет,

²КУ «Запорізький обласний протитуберкульозний клінічний диспансер» ЗОР,

³КУ «Запорізький протитуберкульозний диспансер №4» ЗОР

Ключові слова: туберкульоз, невдача лікування.

У світі частка хворих із невдачею лікування вперше діагностованого туберкульозу сягає 22,6% та майже 12%, за офіційними даними, у Запоріжжі.

Мета роботи – встановити анамnestичні, клініко-рентгенологічні та лабораторні особливості перебігу туберкульозу в пацієнтів із неефективно лікованим уперше діагностованим туберкульозом легень.

Матеріали та методи. Здійснено ретроспективний аналіз 88 історій хвороб пацієнтів, які лікувалися у Запорізькому обласному протитуберкульозному клінічному диспансері протягом 2013–2015 років. Хворих поділили на 2 групи: 49 пацієнтів, які мали невдачу лікування (НЛТБ), увійшли в 1 групу та 39 осіб, які успішно завершили курс терапії (ВДТБ), становили 2 групи.

Результати. Встановлено, що 63,3% хворих на НЛТБ мали несвоєчасне флюорографічне обстеження та 26,6% не обстежувалися понад 5 років, $p < 0,05$. У структурі легеневого ураження при НЛТБ переважали інфільтративна (55,1%) та дисемінована (34,7%) клінічні форми. Майже 90% хворих на НЛТБ мали ураження понад одну частку легень або обох легень ($p < 0,001$) із наявністю кількох або множинних деструкцій у 79% із розмірами понад 3 сантиметри у 56% хворих порівняно з тим, що у 46% пацієнтів із ВДТБ діагностували обмежений туберкульоз з одиничними або кількома деструкціями з розмірами до 3 сантиметрів у 86%, $p < 0,05$. При НЛТБ переважала частка пацієнтів із масивним бактеріовиділенням, $p < 0,05$. За наявності стійкості до лікарських засобів у 70% визначили полірезистентність, тоді як при ВДТБ у 26% бактеріовиділення виявляли лише засівом на поживні середовища та при наявності стійкості у 67% спостерігали монорезистентність.

Терміни припинення бактеріовиділення у хворих на НЛТБ в середньому становили $6,3 \pm 0,2$ місяця та сягали понад 6 місяців у 30,6% хворих. Середні терміни загоєння деструкцій – у межах $5,1 \pm 1,2$ місяця. Деструкції не загоїлися у 85,4% пацієнтів, але у більшості випадків їхні розміри наприкінці лікування не перевищували 2 сантиметри.

Висновки. Тривалі терміни припинення бактеріовиділення та загоснення деструкцій у хворих на НЛТБ свідчать про необхідність тривалої етіотропної терапії пацієнтам із масивним бактеріовиділенням і поширеним деструктивним туберкульозом. Низька частка загоснення деструкцій у цієї категорії пацієнтів визначає пошуки шляхів своєчасного хірургічного та комплексного патогенетичного лікування.

Клинические особенности течения неэффективно леченого впервые диагностированного туберкулёза лёгких

Р. Н. Ясинский, Е. А. Коваленко, В. В. Смирнова, А. Н. Красневич

В мире доля больных с неудачей лечения впервые диагностированного туберкулёза составляет 22,6% и около 12%, по официальным данным, – в Запорожье.

Цель работы – установить анамnestические, клинико-рентгенологические и лабораторные особенности течения туберкулёза у пациентов с неэффективно леченым впервые диагностированным туберкулёзом лёгких.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ 88 историй болезни пациентов, которые лечились в Запорожском областном противотуберкулёзном клиническом диспансере в 2013–2015 гг. Больных разделили на 2 группы: 49 пациентов, у которых установили неудачу лечения (НЛТБ), вошли в 1 группу, 39 человек, которые успешно завершили курс терапии (ВДТБ), составили 2 группы.

Результаты. Установлено, что 63,3% больных НЛТБ выполняли флюорографическое обследование несвоевременно и 26,6% не обследовались более 5 лет, $p < 0,05$. В структуре лёгочных поражений при НЛТБ преобладали инфильтративная (55,1%) и диссеминированная (34,7%) клинические формы. Около 90% больных НЛТБ имели объём поражения лёгких более одной доли или обоих лёгких сразу ($p < 0,001$) с наличием нескольких или множественных деструкций у 79% с размерами более 3 см у 56% больных в сравнении с тем, что у 46% пациентов с ВДТБ диагностировали ограниченный туберкулёз с одиночными или несколькими деструкциями с размерами до 3 см у 86%, $p < 0,05$. При НЛТБ преобладала доля пациентов с массивным бактериовыделением, $p < 0,05$. При наличии устойчивости к лекарственным препаратам у 70% определяли полирезистентность, тогда как при ВДТБ у 26% бактериовыделение определялось только при посеве на питательные среды и при наличии устойчивости у 67% имела место монорезистентность.

Сроки прекращения бактериовыделения у больных НЛТБ в среднем составляли $6,3 \pm 0,2$ месяца и превышали 6 месяцев у 30,6% больных. Средние сроки заживления деструкций были в пределах $5,1 \pm 1,2$ месяца. Деструкции в лёгких не зажили у 85,4% пациентов, но в большинстве случаев их размеры в конце лечения не превышали 2 см.

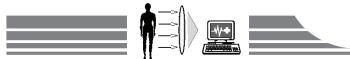
Выводы. Длительные сроки прекращения бактериовыделения и заживления деструкций у больных НЛТБ свидетельствуют о необходимости длительной этиотропной терапии пациентам с массивным бактериовыделением и распространённым деструктивным туберкулёзом. Низкая доля заживления деструкций у данной категории пациентов определяет поиск путей своевременного хирургического и комплексного патогенетического лечения.

Ключевые слова: туберкулёз, неудача лечения.

Запорожский медицинский журнал. – 2016. – №3 (96). – С. 49–54

Clinical course features of newly diagnosed pulmonary tuberculosis treatment failure

R. M. Yasynskiy, O. O. Kovalenko, V. V. Smirnova, A. M. Krasnevich



Percentage of patients with newly diagnosed tuberculosis treatment failure is 22.6 % in the world and is approximately 12% according to the official statistics in Zaporizhzhia.

Aim. To establish anamnestic, clinical-radiographic and laboratory features of the tuberculosis course in patients with newly diagnosed tuberculosis treatment failure.

Materials and methods. A retrospective analysis of 88 patient's histories who were treated at the Zaporizhzhia Regional Clinical Tuberculosis Dispensary in 2013–2015 years was carried out. Patients were divided into 2 groups: 49 patients with treatment failure (TF) have been included into 1st group, 39 people who successfully completed the course of therapy (NDTB) were in the 2nd group.

Results. It was found that 63.3% of TF patients carried fluorography untimely and 26.6% have not been inspected more than 5 years, $p < 0.05$. Infiltrative (55.1%) and disseminative (34.7%) tuberculosis clinical forms in TF patients prevailed in the structure of the lung lesions. Approximately 90% of TF patients had lung lesion volume more than one lobe or both of the lungs ($p < 0.001$) with the presence of several or multiple destructions in 79% of patients with a size greater than 3 cm in 56% of patients compared with the fact, that 46% of patients with NDTB limited tuberculosis diagnosed with single or several destructions with sizes up to 3 cm in 86% cases, $p < 0.05$. When TF percentage of patients with massive bacterial excretion prevailed, $p < 0.05$. In the presence of drug resistance in 70% polyresistance determined, whereas 26% of NDTB bacterial excretion was determined only by culture methods and in resistance cases it was monoresistance in 67% patients.

Terms of bacteriological conversion at TF were 6.3 ± 0.2 months and greater than 6 months in 30.6% of patients. Destruction not healed in 85.4 % of patients, but in most cases, their sizes did not exceed 2 cm at the end of treatment.

Long terms of bacteriological conversion and destructions healing in TF patients demonstrate the necessity for long-term etiotropic therapy in patients with smear-massive bacterial excretion and disseminative destructive tuberculosis. The low proportion of destructions healing in these patients determines searchings' for ways to the timely surgical and complex pathogenetic treatment.

Key words: Tuberculosis, Treatment Failure.

Zaporozhye medical journal 2016; №3 (96):49–54

З 2013 року почали реєструвати новий тип випадку туберкульозу – неефективно лікований туберкульоз. Дотепер такі випадки не відокремлювали від вперше діагностованого (ВДТБ) і рецидиву туберкульозу. За даними закордонних авторів, частка хворих на невдачу лікування серед пацієнтів із вперше діагностованим туберкульозом легень (НЛТБ) сягає 22,6%, а 48% із них успішно завершують курс лікування [3,6]. У Запорізькій області, за даними єдиного реєстру, у 2015 році в 11,79% хворих із ВДТБ діагностовано НЛТБ. Вітчизняними науковцями встановлено, що на зниження ефективності лікування хворих на ВДТБ впливають стійкість мікобактерій туберкульозу, недоліки організації лікування, пізні виявлення туберкульозу, безробіття, погані матеріально-побутові умови проживання, алкоголізм, безпритульність, перебування хворих у місцях позбавлення волі в анамнезі, а також тяжка супутня патологія, погана переносимість протитуберкульозних засобів, медикаментозна алергія [1,2].

Серед пацієнтів із НЛТБ – більша летальність, висока частка мультирезистентного туберкульозу, вони тривалий час поширюють інфекцію в суспільстві [4].

Нині активно вивчаються чинники ризику невдачі лікування ВДТБ [4–6], але не зустрічалися роботи, що присвячені вивченню особливостей клінічного перебігу захворювання серед пацієнтів із НЛТБ.

Мета роботи

Встановити анамнестичні, клініко-рентгенологічні та лабораторні особливості перебігу туберкульозу в пацієнтів із неефективно лікованим вперше діагностованим туберкульозом.

Матеріали і методи дослідження

Здійснили ретроспективний аналіз історій хвороб 49 пацієнтів, які лікувалися у відділенні легеневого туберкульозу №1 з 2013 по 2015 рік із діагнозом «неефективно лікований туберкульоз легень» серед пацієнтів із вперше діагностованим туберкульозом (НЛТБ). Серед хворих було 37 чоловіків (75,5%) і 12 жінок (24,5%). Середній вік

пацієнтів – $45,8 \pm 1,5$ року. Критерії включення в дослідження: пацієнти, які лікувалися з уперше діагностованим туберкульозом легень, вік – 18–70 років. Критерії виключення із дослідження: наявність ВІЛ-інфекції, онкологічного захворювання, наявність мультирезистентного туберкульозу, перерви в лікуванні, не завершена інтенсивна фаза лікування в стаціонарі.

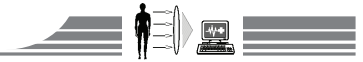
Контрольну групу становили 39 хворих на вперше діагностований туберкульоз легень (ВДТБ), які лікувалися протягом визначеного терміну, завершили надалі основний курс лікування та були переведені до категорії 5.1. Відбір до контрольної групи здійснювали випадково з-поміж випадків вперше діагностованого туберкульозу (кожен п'ятий), надалі виключали хворих, в яких були ВІЛ-інфекція, онкологічне захворювання, невідомий результат лікування, рецидив туберкульозу, невдача лікування, мультирезистентний туберкульоз. Чоловіків серед них було 30 (76,9%), жінок – 9 (23,1%), середній вік пацієнтів – $41,8 \pm 1,9$ року. Групи репрезентативні за віком і статтю.

Ефективність лікування оцінювали за термінами припинення бактеріовиділення, загоєння деструкцій та розсмоктування запальних змін у легенях.

Статистичне опрацювання матеріалів виконували за допомогою статистичного пакета ліцензійної програми «STATISTICA® for Windows 6.0» (Stat Soft Inc, №AXXR712D833214FAN5). Статистичну значущість відмінностей у межах груп і між групами пацієнтів визначали за допомогою критерію χ^2 із застосуванням правки Єтеса для даних, де кількість спостережень не перевищувала 20. За рівень статистичної значущості брали значення показника вірогідності різниці між групами, (p) $< 0,05$.

Результати та їх обговорення

Пацієнти обох груп здебільшого були безробітними: 46 осіб (93,9%) – хворі на НЛТБ та 15 (38,5%) – ВДТБ, $p < 0,001$. У місцях позбавлення волі перебували у минулому 9 осіб (18,4%) 1 групи та 6 (15,4%) – 2, серед шкідливих



звичок паління відзначено у 44 чоловік (90,0%) 1 групи та у 29 (74,4%) – 2, зловживання алкогольними напоями – у 18 (36,7%) хворих на НЛТБ і 7 (17,9%) пацієнтів із ВДТБ, наркотичними засобами – у 4 (8,2%) осіб 1 групи, у 2 групі не було осіб, які вживали наркотики.

У обох групах туберкульоз виявлений переважно під час звернення за медичною допомогою: у 36 випадках (73,5%) – НЛТБ та у 28 (71,8%) – ВДТБ.

Попереднє флюорографічне обстеження терміном менше ніж 2 роки до виявлення туберкульозу здійснювали 18 пацієнтів (36,7%) 1 групи та 28 (71,8%) – 2, $p < 0,01$; терміном від 2 до 5 років – 18 хворих (36,7%) на НЛТБ і 9 (23,1%) – на ВДТБ; 26,6% (13) хворих 1 групи та 2 (5,1%) 2 групи не обстежували понад 5 років, $p < 0,05$. Контакт із хворими на туберкульоз мали 13 чоловік (26,5%) з НЛТБ і 12 (30,8%) із ВДТБ.

Тобто анамнестичною особливістю НЛТБ порівняно з ВДТБ була наявність обтяжливих соціальних факторів: безробіття, несвоєчасне флюорографічне обстеження. Це можна пояснити низьким бажанням таких пацієнтів лікуватися, а у зв'язку з несвоєчасним їх обстеженням – більшою ймовірністю тяжкого туберкульозного ураження.

Поділ пацієнтів за клінічними формами туберкульозу легень наведений на *рисунку 1*.

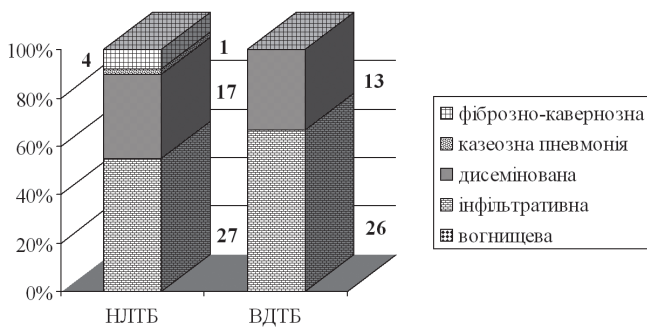


Рис. 1. Клінічні форми туберкульозу легень у групах пацієнтів.

У структурі легеневого ураження переважали інфільтративна (55,1% у 1 групі та 66,7% у 2) та дисемінована (34,7% у 1 групі та 33,3% у 2) клінічні форми. Фіброзно-кавернозний (8,2%) туберкульоз і казеозну пневмонію (2%) спостерігали лише у хворих на НЛТБ.

Порівнюючи групи пацієнтів за поширеністю легеневого ураження, встановили: ураження об'ємом до однієї частки (кілька сегментів) було у 46,2% хворих на ВДТБ і лише у 10,2% пацієнтів із НЛТБ, $p < 0,001$. Натомість ураження обох легень спостерігали у 57,1% осіб 1 групи та тільки у 12,8% хворих 2 групи, $p < 0,001$. Ураження легень понад одну частку мали 32,7% хворих на НЛТБ і 41% – із ВДТБ (*рис. 2*).

Тобто, якщо за клінічними формами групи формально не відрізнялися, то за об'ємом легеневого ураження при НЛТБ переважали випадки з двостороннім специфічним процесом.

Деструкції в легенях визначали в 48 осіб (98%) першої групи та у 28 (71,8%) другої, $p < 0,01$. Одну деструкцію спостерігали в 10 хворих (20,8%) на НЛТБ та у 16 (57,1%) на ВДТБ, $p < 0,01$, декілька – у 30 (62,5%) хворих 1 групи та

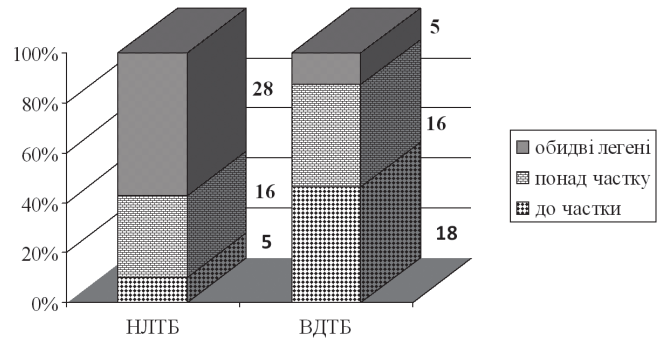


Рис. 2. Об'єм ураження легеневої тканини у групах хворих.

у 12 (42,9%) 2, множинні були у 8 пацієнтів (16,7%) із НЛТБ і не траплялися у хворих на ВДТБ, $p < 0,05$.

За розмірами максимально великої деструкції у легенях деструкції до 1 см мали лише 5 хворих (10,4%) на НЛТБ і 9 осіб (32,1%) на ВДТБ, $p < 0,05$; розмірами від 1 до 2 см – 3 хворих (6,3%) 1 групи та 8 чоловік (28,6%) 2 групи, $p < 0,05$; 2–3 см – 13 (27,1%) пацієнтів 1 групи та 7 (25%) 2; 3–5 см – 14 хворих (29,2%) на НЛТБ і 2 пацієнти (7,2%) з ВДТБ, $p < 0,05$, 13 пацієнтів (27%) 1 групи були з деструкціями понад 5 см і лише 2 особи (7,1%) з 2, $p < 0,05$.

Деструкції лише в одній легені були у 30 хворих (62,5%) на НЛТБ і 22 пацієнти (78,6%) на ВДТБ, у обох легенях деструкції спостерігали у 18 хворих (37,5%) 1 групи та у 6 (21,4%) 2.

Отже, у хворих на НЛТБ порівняно з ВДТБ у більшості випадків у легенях були деструкції, у 79% їх було кілька або навіть множинні та у 56% – розміром понад 3 см.

У 17 випадках (34,7%) НЛТБ та у 18 (46,2%) ВДТБ у легенях, окрім свіжих вогнищево-інфільтративних затемнень, визначали пневмофіброз, щільні вогнищево-фокусні затемнення та в деяких випадках – зменшення об'єму гемітораку. Можливо, ці зміни не відігравали суттєвої ролі у невдачі лікування хворих із ВДТБ.

49 пацієнтів (100%) 1 групи та 31 хворий (79,5%) 2 групи мали бактеріовиділення (*табл. 1*).

Таблиця 1

Частка хворих на НЛТБ і ВДТБ залежно від методу визначення бактеріовиділення

Метод визначення бактеріовиділення	НЛТБ		ВДТБ	
	абс.	%	абс.	%
Мікроскопія по Цилю-Нільсену	46	94	22	71
Засів на тверді та рідкі середовища	48	98	28	90,3
Будь-яким одним із методів	49	100	31	79,5
Двома методами	45	91,8	21	67,7
Лише засівом	3	6,1	8	25,8

Більшість пацієнтів мали бактеріовиділення, виявлене будь-яким одним із методів, але 25,8% хворих на ВДТБ стали бактеріовиділювачами тільки після результатів засіву мокротиння на поживні середовища (порівняно з 6,1% осіб НЛТБ), $p < 0,05$.



Слід відзначити, що масивне бактеріовиділення визначено у 35 осіб (71,4%) 1 групи та лише у 13 (41,9%) 2, $p < 0,05$.

У 20 пацієнтів (40,8%) 1 групи та в 9 (29%) осіб 2 групи виявлена стійкість до протитуберкульозних засобів (окрім випадків мультирезистентного туберкульозу). Стійкість до 1 препарату виявили в 6 пацієнтів (30%) 1 групи та у 6 осіб (66,7%) 2 групи, $p > 0,05$, але $p < 0,1$, до 2 – у 8 (40%) пацієнтів 1 групи та у 2 (22,2%) 2 групи, до 3 – у 5 осіб (25%) із НЛТБ і в 1 (11,1%) з ВДТБ, до більшої кількості лікарських засобів – у 1 хворого (5%) на НЛТБ.

Тобто в усіх хворих на НЛТБ визначали бактеріовиділення, котре в 94% випадків виявлялось методом мікроскопії та у 92% – обома методами, у 71,4% було масивне бактеріовиділення, а за наявності стійкості до лікарських засобів у 70% визначалась полірезистентність, тоді як у 26% пацієнтів із ВДТБ бактеріовиділення виявлялось лише засівом на поживні середовища та при наявності стійкості у 67% була монорезистентність.

Позалегеновий туберкульоз відзначений у 15 випадках (30,6%) НЛТБ і в 14 (35,9%) – ВДТБ. Серед них переважала частка ураження бронхів – у 10 пацієнтів (66,7%) 1 групи та у 12 хворих (85,7%) 2 групи. Траплялися поодинокі випадки туберкульозного ураження гортані – 3 хворі (20%) на НЛТБ, плеври – 2 пацієнти (13,3%) 1 групи та 1 (7,1%) 2, внутрішньо-грудних лімфатичних залоз – 1 пацієнт (6,7%) 1 групи та 1 (7,2%) 2. У 1 хворого із НЛТБ було поєднання позалегенового туберкульозу бронхів і гортані. Статистично значущих відмінностей не виявлено, можливо, головна роль у прогресуванні захворювання належить тяжкості ураження легеневої тканини або поєднанню поширеного легеневого процесу із позалегеновими ураженнями.

Усім хворим здійснювали лікування за 1 категорією, після діагностування НЛТБ призначали терапію за 2 категорією, за наявності стійкості до лікарських засобів виконували корекцію схеми хіміотерапії згідно з клінічними протоколами.

Хворі 2 групи завершили інтенсивну фазу лікування за 2–3 місяці (20 чоловік (51,3%) – через 2 місяці та 19 (48,7%) – через 3). Усі хворі мали позитивну рентгенологічну динаміку через 2 місяці терапії. У більшості пацієнтів деструкції загоїлися наприкінці інтенсивної фази, оскільки у 85% пацієнтів розміри деструкцій не перевищували 3 сантиметри. У 6 хворих (15,4%) деструкції залишалися, але мали розміри до 2 сантиметрів.

Детальніше розглянули рентгенологічну та лабораторну динаміку щодо хворих 1 групи. Терміни припинення бактеріовиділення наведені в таблиці 2.

У більшій частині пацієнтів терміни припинення бактеріовиділення становили 2–3 місяці від початку лікування за 2 категорією (85,7%), або 5–6 місяців від початку лікування за 1 категорією (63,3%). Вагома частка хворих не мала конверсії мокротиння понад 6 місяців від початку терапії туберкульозу (30,6%). У 18,4% пацієнтів, які були переведені в підтримувальну фазу лікування, при контрольному обстеженні бактеріовиділення відновилося. У 12,3% із них терміни конверсії мокротиння подовжувалися понад 6 місяців від початку хіміотерапії туберкульозу. Середні терміни припинення бактеріовиділення становили $6,3 \pm 0,2$ місяця.

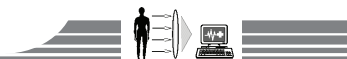
Рентгенологічне обстеження пацієнтів здійснювали згідно з термінами, що визначені уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим «Туберкульоз». Контрольне обстеження виконали наприкінці інтенсивної фази лікування (яка становила від 5 до 12 місяців залежно від термінів припинення бактеріовиділення). У більшості випадків позитивна рентгенологічна динаміка у вигляді розсмоктування вогнищево-інфільтративних тіней спостерігалась через 2–3 місяці від початку курсу лікування (69,4%), тобто хворих переводили до 2 категорії передусім за результатами даних мікроскопічного та бактеріологічного обстежень (табл. 3).

Таблиця 2

Частота хворих на НЛТБ залежно від термінів припинення бактеріовиділення

Терміни конверсії мокротиння	Від початку лікування за 2 категорією		Від початку лікування за 1 категорією		З урахуванням ОКЛ ¹ для хворих, яких переведено у ПФ ²	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2 місяці	28	57,1	–	–	–	–
3 місяці	14	28,6	–	–	–	–
4 місяці	5	10,2	–	–	–	–
5 місяців	1	2,1	21	42,9	–	–
6 місяців	1	2	10	20,4	3	6,1
7 місяців	–	–	6	12,2	–	–
8 місяців	–	–	1	2	2	4,1
9 місяців	–	–	2	4,1	2	4,1
12 місяців	–	–	–	–	2	4,1
Усього	49	100	40	81,6	9	18,4

Примітки: ¹ – основний курс лікування; ² – підтримуюча фаза лікування.



Таблиця 3

Частка пацієнтів із різними термінами позитивної рентгенологічної динаміки

Терміни	Від початку курсу лікування	
	абс.	%
2 місяці	25	51
3 місяці	9	18,4
4 місяці	1	2
5 місяців	8	16,3
6 місяців	4	8,2
Понад 6 місяців	2	4,1
Усього	49	100

Під час курсу лікування деструкції загоїлися в 7 пацієнтів (14,6%). Середні терміни загоєння порожнин розпаду становили $5,1 \pm 1,2$ місяця. Серед пацієнтів, у яких деструкції залишилися у процесі курсу хіміотерапії, у 29 (70,7%) зменшилися в розмірах, у 6 випадках (14,6%) залишались без змін та у 6 хворих (14,7%) збільшилися у розмірах. Тобто, незважаючи на те, що припинення бактеріовиділення досягнуто в усіх випадках, у 85,4% випадків залишались порожнини розпаду, а у 25% вони або не змінювались, або навіть збільшувались у розмірах.

Поділ хворих за розмірами деструкцій у динаміці наведений на *рисунку 3*.

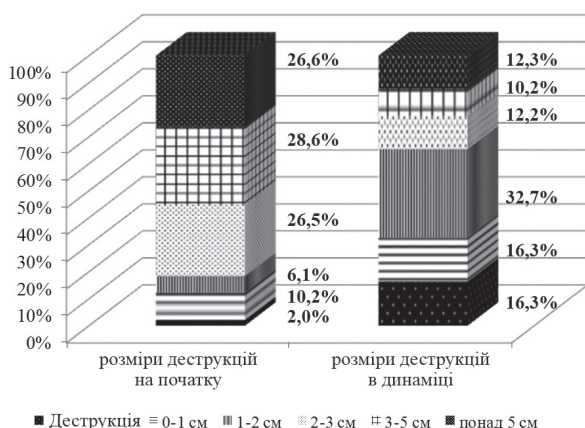


Рис. 3. Частка пацієнтів із різними розмірами деструкцій у хворих на НЛТБ у динаміці.

У процесі лікування в більшості хворих на НЛТБ розміри деструкцій або загоїлися, або зменшилися й сягали менше ніж 2 см у 65,3%, у той час як на початку лікування частка пацієнтів без деструкцій та з розмірами порожнин менше ніж 2 см сягала 18,3%, $p < 0,001$.

Висновки

1. Серед хворих на НЛТБ порівняно з ВДТБ переважає частка осіб, які тривалий час не виконували флюорографію та були безробітними. Соціальні чинники зумовлюють клінічні особливості НЛТБ, котрі полягають у тому, що майже 90% хворих мають ураження понад однієї частки легень або обох легень із наявністю кількох або множинних деструкцій у 79% із розмірами понад 3 сантиметри у 56% хворих порівняно з тим, що у 46% пацієнтів із ВДТБ діагностується обмежений туберкульоз з одиничними або кількома деструкціями з розмірами до 3 сантиметрів у 86%.

2. При НЛТБ переважає частка пацієнтів із масивним бактеріовиділенням, за наявності стійкості до лікарських засобів у 70% визначають полірезистентність, тоді як при ВДТБ у 26% бактеріовиділення виявляють лише засівом на поживні середовища та за наявності стійкості у 67% визначають монорезистентність.

3. Терміни припинення бактеріовиділення у хворих на НЛТБ в середньому становлять $6,3 \pm 0,2$ місяця і сягають понад 6 місяців у 30,6% осіб. Середні терміни загоєння деструкцій – у межах $5,1 \pm 1,2$ місяця. Деструкції не загоїлись у 85,4% пацієнтів, але в більшості випадків їхні розміри наприкінці лікування не перевищують 2 сантиметри.

4. Результати дослідження свідчать про необхідність тривалої етіотропної терапії пацієнтам із масивним бактеріовиділенням і поширеним деструктивним туберкульозом. Низька частка загоєння деструкцій у цієї категорії пацієнтів визначає пошуки шляхів своєчасного хірургічного та комплексного патогенетичного лікування.

Перспективи подальших досліджень. На підставі урахування особливостей перебігу захворювання в пацієнтів із НЛТБ передбачається розроблення лікарської тактики щодо підвищення ефективності лікування цієї категорії хворих.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Список літератури

- Ефективність лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз та чинники, які погіршують її в сучасних умовах / В.М. Мельник, І.О. Новожилова, В.Г. Магусевич, Л.В. Ареф'єва // Український пульмонологічний журнал. – 2008. – №2. – С. 55–59.
- Кузьмін М.М. Лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, ускладнений ренальною дисфункцією : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня к.мед.н. : спец. 14.01.26 «Фтизіатрія» / М.М. Кузьмін. – К., 2006. – 23 с.
- Prevalence of treatment failure among pulmonary tuberculosis patients in Federal Medical Centre, Gombe, North-eastern Nigeria [Electronic resource] / Y.B. Jibrin, A.B. Ali, S.T. Saad, P.M. Kolo // International scholarly research notices. Infectious disease. – 2013. – Vol. 2013. – Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.5402/2013/461704>.
- Profile and determinants of treatment failure among smear-positive pulmonary tuberculosis patients in Ebonyi, Southeastern Nigeria / I. Alobu, D.C. Oshi, S.N. Oshi, K.N. Ukwaja / International journal of mycobacteriology. – 2014. – №3. – P. 127–131.
- Risk factors for tuberculosis treatment failure among pulmonary tuberculosis patients in four health regions of Burkina Faso, 2009: case control study [Electronic resource] / B. Sawadogo, K.S. Tint, M. Tshimanga et al. // Pan African medical journal. – 2015. – Vol. 21. – Retrieved from <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/21/152/full/#.Vvh3eEO69qk>.
- Risk factors for tuberculosis treatment failure, default, or relapse and outcomes of retreatment in Morocco / K.E. Dooley, O. Lahlou, I. Ghali et al. // BMC public health. – 2011. – Vol. 11. – P. 140.



References

1. Melnyk, V. M., Novozhylova, I. O., Matushevych, V. H., Arefeva, L. V. (2008). Efektyvnist likuvannia khvorykh na vpershe diahnostovanyi tuberkuloz ta chynnyky, yaki pohirshuiut yii v suchasnykh umovakh [The effectiveness of treatment of newly diagnosed tuberculosis patients and factors that worsen it in present day]. *Ukrayinskyi pulmonolohichnyi zhurnal*, 2, 55–59. [in Ukrainian].
2. Kuzmin M.M. (2006) *Likuvannia khvorykh na vpershe diahnostovanyi tuberkuloz lehen, uskladnenyi renalnoiu dysfunktsieiu* (Avtoref. dis ...kand. med. nauk). [Treatment of patients with newly diagnosed pulmonary tuberculosis complicated by renal dysfunction]. (Extended abstract of candidate's thesis). Kyiv. [in Ukrainian].
3. Jibrin, Y. B., Ali, A. B., Saad, S. T., & Kolo, P. M. (2013). Prevalence of treatment failure among pulmonary tuberculosis patients in Federal Medical Centre, Gombe, Northeastern Nigeria. *International scholarly research notices. Infectious disease*, 2013. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.5402/2013/461704>.
4. Alobu, I., Oshi, D. C., Oshi, S. N., & Ukwaja, K. N. (2014). Profile and determinants of treatment failure among smear-positive pulmonary tuberculosis patients in Ebonyi, Southeastern Nigeria. *International journal of mycobacteriology*, (3), 127–131. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijmyco.2014.02.005>.
5. Sawadogo, B., Tint, K. S., Tshimanga, M., Kuonza, L., & Ouedraogo, L. (2015). Risk factors for tuberculosis treatment failure among pulmonary tuberculosis patients in four health regions of Burkina Faso, 2009: case control study. *Pan African medical journal*, 21. Retrieved from <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/21/152/full/#.Vvh3eEO69qk>.
6. Dooley, K. E., Lahlou, O., Ghali, I., Knudsen, J., Elmessaoudi, M. D., Cherkaoui, I., & Aouad, E. (2011). Risk factors for tuberculosis treatment failure, default, or relapse and outcomes of retreatment in Morocco. *BMC public health*, 11, 140. doi: 10.1186/1471-2458-11-140.

Відомості про авторів:

Ясинський Р. М., канд. мед. наук, асистент каф. фтизіатрії і пульмонології, Запорізький державний медичний університет, лікар-фтизіатр відділень легеневого туберкульозу №2, 3 КУ «Запорізький обласний протитуберкульозний клінічний диспансер» ЗОР, E-mail: yarn85@mail.ru.

Коваленко О. О., лікар-фтизіатр відділення легеневого туберкульозу №1, КУ «Запорізький обласний протитуберкульозний клінічний диспансер» ЗОР.

Смирнова В. В., зав. відділення легеневого туберкульозу №1, КУ «Запорізький обласний протитуберкульозний клінічний диспансер» ЗОР.

Красневич А. М., дільничний лікар-фтизіатр, КУ «Запорізький протитуберкульозний диспансер №4» ЗОР.

Сведения об авторах:

Ясинский Р. Н., канд. мед. наук, ассистент каф. фтизиатрии и пульмонологии, Запорожский государственный медицинский университет, врач-фтизиатр отделений лёгочного туберкулёза №2, 3 КУ «Запорожский областной противотуберкулёзный клинический диспансер» ЗОС, E-mail: yarn85@mail.ru.

Коваленко Е. А., врач-фтизиатр отделения лёгочного туберкулёза №1, КУ «Запорожский областной противотуберкулёзный клинический диспансер» ЗОС.

Смирнова В. В., зав. отделением лёгочного туберкулёза №1, КУ «Запорожский областной противотуберкулёзный клинический диспансер» ЗОС.

Красневич А. Н., участковый врач-фтизиатр, КУ «Запорожский противотуберкулёзный диспансер №4» ЗОС.

Information about authors:

Yasynskiy R. M., PhD, assistant of professor of the Department of Phthysiology and Pulmonology, Zaporizhzhia State Medical University, E-mail: yarn85@mail.ru.

Kovalenko O. O., doctor phthysiologist of pulmonary tuberculosis number 1 department of municipal institution Zaporizhzhia Regional Clinical TB Dispensary of Zaporizhzhia Regional Council.

Smirnova V. V., the head of pulmonary tuberculosis number 1 department of municipal institution Zaporizhzhia Regional Clinical TB Dispensary of Zaporizhzhia Regional Council.

Krasnevich A. M., doctor phthysiologist of municipal institution Zaporizhzhia TB Dispensary №4 of Zaporizhzhia Regional Council.

Поступила в редакцию 08.06.2016 г.