

В. М. Петренко, С. О. Черенько, Н. А. Литвиненко, Ю. О. Сенько ПРОБЛЕМИ РЕЦИДИВІВ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ

ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України"

У літературі зустрічається велика кількість робіт, присвячених причинам виникнення рецидивів туберкульозу органів дихання. Серед причин їхнього розвитку називають несприятливі соціальні фактори [17], неповноцінно проведений основний курс антибактеріальної терапії [14], недостатній за часом основний курс хіміотерапії [11], великі залишкові зміни в легенях [16], хронічні соматичні хвороби [10], не проведення протирецидивних курсів хіміотерапії [18].

У документі складеному у 2006 році спільно Головним і Європейським регіональними офісами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), Міжнародним союзом по боротьбі з туберкульозом і легеневиими захворюваннями (IUATLD) і Королівською протитуберкульозною асоціацією Нідерландів (KNCV) сформульовані дефініції, які застосовуються у фтизіатрії [7]. В ньому звернена увага на те, що в документах і публікаціях ВООЗ та IUATLD, зустрічаються розбіжності у формулюванні термінів, щодо контролю туберкульозу. Деякі з раніше опублікованих визначень, які були застосовані у фтизіатрії, становлять суміш дефініцій і рекомендацій. У зв'язку з цим, запропоновано деякі дефініції змінити і надати у новій редакції. Зокрема, сформульоване поняття рецидиву туберкульозу. "Рецидив: пацієнт, що раніше закінчив повний курс лікування туберкульозу й визначений вилікуваним, у якого відновилася бактеріовиділення за результатами бактеріологічного дослідження" [7]. В Інструкції про групування диспансерних контингентів протитуберкульозних закладів та її застосування, затвердженої наказом МОЗ України від 09.06.06 № 485, наведено більш широке поняття рецидиву туберкульозу, ніж запропоновано ВООЗ та IUATLD. "Рецидив може бути зареєстрований у хворого, який успішно закінчив повний курс антимікобактеріальної терапії та вважався вилікуваним, або закінчив основний курс лікування з результатом "лікування завершено" і у нього повторно виявляється активний туберкульозний процес. Рецидив туберкульозу може бути з (МБТ+) і з (МБТ-), з (ГІСТ+) і з (ГІСТ-), в тому числі: після стандартного лікування"[6].

Тобто в дефініції рецидиву туберкульозу, яка застосовується в Україні, до нього відносять реактивацію туберкульозного процесу з виділенням і без виділення МБТ. В той час, як за визначенням ВООЗ, рецидивом вважають повторне захворювання на туберкульоз із виділенням МБТ. Безумовно, така розбіжність в дефініціях рецидиву туберкульозу відіб'ється на статистичних показниках частоти їх реєстрації. В Україні їх частота буде більшою ніж у країнах, які реєструють їх за дефініцією ВООЗ, за рахунок кількості повторних випадків захворювання на туберкульоз без виділення МБТ. Рецидиви туберкульозу без бактеріовиділення становлять третю частину усіх рецидивів туберкульозу органів дихання і відіграють значну роль у формуванні усього контингенту хворих [4]. У 14,6 % хворих рецидиви туберкульозу легень

діагностують шляхом виявлення мікобактерій туберкульозу в мокротинні при відсутності клініко-рентгенологічних і лабораторних даних щодо активності залишкових туберкульозних змін [9].

В Україні з 1991 р. відзначається значний ріст захворюваності на туберкульоз. Очікувалося, що на тлі галопуючого росту захворюваності туберкульозом буде паралельно відбуватися зростання частоти розвитку рецидивів туберкульозу. Але, на подив фтизіатрів, цього не відбулося, що видно із даних таблиці 1.

Із даних, які наведені в табл. 1, видно, що з 1991 до 2006 року захворюваність на усі форми туберкульозу (в тому числі з виділенням МБТ і деструкціями в легенях) зростала із року в рік. Паралельно відбувалося зростання смертності від туберкульозу. В той же час, частота рецидивів туберкульозу з 1991 року до 2003 року суттєво не змінювалася. Вона коливалася в межах 6,4–6,9 на 100 тис населення (за винятком окремих років: у 1998 р. — 7,1, у 2003 р. — 5,9 на 100 тис населення). Збільшення частоти рецидивів туберкульозу почалося у 2004 р., коли вперше за 15 років спостереження їх кількість перевищила 8 випадків на 100 тис населення та наступні 2 роки (2005 рік — 9,8, 2006 рік — 10,3 випадків на 100000 населення).

Збільшення частоти рецидивів туберкульозу фахівці зі статистики пояснюють застосуванням нових форм їх реєстрації. Безумовно цей фактор має місце. Але чим тоді пояснити зростання кількості рецидивів кожного року, а не тільки в рік запровадження нових форм обліку? Ймовірно це пов'язано із запровадженням в Україні стандартних короткострокових курсів хіміотерапії вперше діагностованих хворих на туберкульоз легень. В літературі наведені вражаючі данні щодо частоти розвитку рецидивів у хворих після завершення основного курсу хіміотерапії за методикою ДОТС. У Бухаресті стратегія ДОТС застосовується з 2001 р., що швидко дало позитивні результати. Так, частота припинення бактеріовиділення у хворих зросла з 78,9 % у 1998 р. до 83,4 % у 2002 р. і до 90,2 % у 2003 р. Але відповідно зросло число хворих, які потребували проведення повторного курсу лікування з приводу відновлення бактеріовиділення (з 62,5 % у 2002 р. до 73,1 % у 2003 р.) [22].

Можна навести низку фактів, які свідчать про те, що діагностика і лікування туберкульозу за методикою ДОТС-стратегії є фактором ризику розвитку рецидивів туберкульозу легень.

1. В останні роки, у зв'язку з припиненням суцільного флюорографічного обстеження населення, впровадження пасивного методу діагностики хворих на туберкульоз органів дихання (за звертанням до поліклініки) у контингенту із вперше діагностованим туберкульозом органів дихання невпинно збільшується відсоток хворих із бактеріовиділенням і деструкціями в легенях. У цього контингенту хворих в 1991 році частота виявлення бактеріовиділення становила 13,4 %, деструкції визначалися у 12,4 %, а у 2006 році відповідно 30,4 % і 30,5 %, тобто збільшились у 2,3 і 2,4 рази відповідно (табл.1). Звісно,

Таблиця 1

Захворюваність на вперше діагностований туберкульоз (в тому числі з виділенням МБТ і деструкціями в легенях), рецидиви захворювання та смертність хворих від цієї недуги (на 100000 населення)

Роки	Захворюваність на всі форми ТБ	Захворюваність на бактеріальні форми ТБ	Захворюваність на деструктивний ТБ легень	Рецидиви туберкульозу	Смертність від туберкульозу
1991	32	13,4	12,4	6,9	8,7
1992	35	14,5	13,9	6,6	9,5
1993	38,2	15,9	15,3	6,9	10,5
1994	39,7	16,3	16,1	6,8	10,7
1995	41,6	17,4	17,8	6,7	14,3
1996	45,8	18,7	19,1	6,7	16,1
1997	49,1	19,2	20,2	6,8	17,1
1998	55,2	21,1	21,6	7,1	16,1
1999	54,3	20,9	21,4	6,4	19,9
2000	60,1	21,7	23,1	6,5	22,2
2001	68,6	24,4	25,5	6,4	22,6
2002	75,6	26,1	26,7	6,4	20,5
2003	77,5	26,8	24,7	5,9	21,8
2004	80,9	29,3	26,7	8,2	22,6
2005	84,1	31,1	28,3	9,8	25,3
2006	83,2	30,4	30,5	10,3	22,1

що ефективність лікування деструктивного туберкульозу (особливо із полікавернозним процесом) і бактеріовиділенням (особливо з мульти- та полірезистентністю) гірше, ніж недеструктивного без бактеріовиділення. Після вилікування хворих із деструкціями в легенях виникають великі залишкові зміни, які є ризиком розвитку рецидивів туберкульозу [3]. Не зважаючи на це, у рекомендаціях ВООЗ пріоритетним вважається пасивне виявлення різних випадків туберкульозу шляхом дослідження мазків мокротиння, головним чином серед дорослих, що відвідують амбулаторний лікувальний заклад і кашляють протягом 2–3 тижнів і більше [19].

2. Діагностика хворих на туберкульоз тільки за дослідженням мазку мокротиння на кислотостійкі мікобактерії дозволяє виявити туберкульозний процес у 30 % хворих на цю недугу (табл. 1). Інші 70 % мають шанс виявлення захворювання після наростання туберкульозного запалення з утворенням каверн в легенях і появи бактеріовиділення, тобто несвоєчасно.

3. Застосування інтенсивного лікування в 1-й фазі стандартної інтенсивної терапії у хворих на вперше діагностований туберкульоз органів дихання з бактеріовиділенням (1 категорія) призводить до припинення бактеріовиділення у 93,8 % за $(2,8 \pm 0,2)$ міс. Тобто інтенсивна фаза на 1 міс коротша від середнього терміну потрібного для припинення бактеріовиділення. За даними ВООЗ негативація мазків та посівів мокротиння спостерігається до 3 міс терапії [8].

4. Оцінка ефективності лікування тільки за припиненням бактеріовиділення дозволяє припинити основний курс хіміотерапії через 6–8 місяців у хворих із незагоєними кавернами. В той час, як у осіб з припиненням виділення МБТ із незагоєними кавернами в легенях рецидиви виникають у декілька разів частіше [1]. Це обумовлено тим, що у хворих із залишеними кавернами (без бактеріовиді-

лення) виявляли збудника туберкульозу у вмісті каверн та їх стінках від 37,5 % до 58,3 %, залежно від їх розміру [2]. Збільшення інтенсивної фази лікування до 3–4 місяців та основного курсу лікування до 8–10 місяців у хворих із вперше діагностованим деструктивним туберкульозом легень і незагоєними кавернами зменшує частоту рецидивів захворювання у 4 рази [1].

5. Загоєння деструкцій досягається в середньому за 4,1–4,6 міс, а основний курс хіміотерапії становить 6,2–7,3 місяців [12]. Тобто, при стандартному основному курсі хіміотерапії 6–8 місяців, застосування протитуберкульозних препаратів після загоєння каверн продовжується в середньому 3 місяці. Цей термін не завжди достатній для повної ліквідації активного туберкульозного процесу. У зв'язку з цим, у таких осіб зберігається високий ризик реактивації туберкульозного процесу.

У 1980–1983 роках в інституті проводилося вивчення залежності виникнення рецидивів туберкульозу від різних факторів (робота виконана за кошти державного бюджету). З цієї метою у 7076 осіб, які були виліковані від туберкульозу до 1980 року, на протязі 4-х років реєструвалися рецидиви туберкульозу органів дихання. Згідно з існуючою на той час інструкцією основний курс хіміотерапії вважали повноцінним, якщо його завершували через 9 місяців після припинення бактеріовиділення і загоєння каверн [15]. Основні результати цих спостережень наведені у таблицях 2 і 3.

Із даних табл. 2 видно, що за 4 роки у всього контингенту рецидиви туберкульозу виникли у 3,3 %, тобто в середньому у 0,82 % за 1 рік. Причому, у осіб, які повноцінно лікувалися у 2,2 %, а у неповноцінно лікованих у 6,3 % (у 2,9 раз частіше). Встановлено, що у осіб, які приймали хіміопрепарати після припинення бактеріовиділення і загоєння каверн менше 9 місяців рецидиви виникали частіше, ніж у повноцінно лікованих: при великих за-

Таблиця 2

Залежність розвитку рецидивів туберкульозу органів дихання від повноцінності лікування, розмірів залишкових змін та мешкання у місті або у селі

Групи ризику розвитку рецидивів туберкульозу у осіб, які вилікувалися у період до 1980 р.	Кількість осіб, які вилікувані від туберкульозу	Рецидиви туберкульозу, які виникли у 1980–1983 роки		Рецидиви туберкульозу у осіб із повноцінно проведеним основним курсом лікування			Рецидиви туберкульозу у осіб із неповноцінно проведеним основним курсом лікування			р
		абс. число	%	усього	абс. число	%	усього	абс. число	%	
Особи вилікувані від туберкульозу	7076	233	3,3	5201	115	2,2	1875	118	6,3	0,001
Особи з великими залишковими змінами в легенях або обтяжуючими факторами та їх поєднанням	4095	194	4,7	2699	89	3,3	1396	105	7,5	0,001
Особи з малими залишковими змінами в легенях без обтяжуючих факторів	2981	39	1,3	2502	26	1,0	479	13	2,7	0,1
Мешканці міста	5513	144	2,6	4052	72	1,8	1461	72	5,0	0,001
Мешканці села	1563	89	5,7	1147	44	3,8	416	45	10,8	0,01

Таблиця 3

Частота розвитку рецидивів туберкульозу органів дихання залежно від проведення сезонних курсів хіміотерапії

Групи спостереження осіб, які вилікувані від туберкульозу до 1980 року	Вилікувані від туберкульозу		Чисельність рецидивів туберкульозу	
	абс. число	%	абс. число	%
Регулярно проведені сезонні курси хіміотерапії	1810	25,6	60	3,3
Не проведені та нерегулярно проведені сезонні курси хіміотерапії	5266	74,4	173	3,3
Усього	7076	100,0	233	3,3

лишкових змінах у 1,6 рази, при малих залишкових змінах — у 2 рази, у мешканців міста і села — у 1,9 рази.

Із даних таблиці 3 видно, що рецидиви туберкульозу виникли із однаковою частотою у осіб, у яких не проводилися або нерегулярно проводилися протицидивні курси хіміотерапії (60 із 1810, тобто 3,3 %) та у яких вони проводилися регулярно (173 із 5266, тобто 3,3 %).

З 1983 р., згідно нової методики лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень [20], на першому етапі до припинення бактеріовиділення і загоєння каверн застосовувалися 3 протитуберкульозних препарати — ізоніазид, рифампіцин і стрептоміцин (HRS). Замість стрептоміцину могли застосовуватися етамбутол (E) або протіонамід (Pt) або етіонамід (Et), що відображає формула застосування препаратів: HRS(E,Pt,Et). Подальша тактика лікування залежала від його результатів. При припиненні бактеріовиділення і загоєння каверни через 3 місяці такого лікування стрептоміцин і рифампіцин відмінялися і лікування продовжувалося двома препаратами — ізоніазидом і етамбутолом на протязі 6 місяців після загоєння каверни (3HRS 6HE). При збереженні каверни, незалежно від результатів бактеріологічного обстеження, лікування проводилося ізоніазидом, рифампіцином і етамбутолом або протіонамідом (етіонамідом) на протязі 3 місяців, що відображає формула 3HRS 3HRE(Pt,Et). Через 6 місяців лікування знову переглядалася тактика лікування. Після загоєння каверн і припинення бактеріовиділення після 6 місяців хіміотерапії рифампіцин відміняється і лікування продовжується протіонамідом (етіонамідом)

ще на протязі 3-х місяців після загоєння каверни — 3HRS 3HRE 3HEPt(Et). При збереженні каверни приймається рішення щодо хірургічного втручання. У випадках значного зменшення каверни можливо продовжувати терапію ізоніазидом, рифампіцином та етамбутолом або протіонамідом (або іншими хіміопрепаратами) у цілому до 9 місяців (3HRS 3HRE 3HRE(Pt), після чого рифампіцин відміняється і лікування проводиться по індивідуальному плану із використанням препаратів, що впливають на МБТ (3HRS 6HRE 3HPt). Основний курс хіміотерапії проводиться до припинення бактеріовиділення і загоєння каверн, але не менше 6 місяців.

У 2003 році видана "Інструкція про групування диспансерних контингентів протитуберкульозних закладів та її застосування", що затверджена Наказом МОЗ України від 28.10.2003 р. № 499 [5], згідно якій вперше діагностованих хворих на туберкульоз легень належить лікувати 4 або 5 протитуберкульозними препаратами. Залежно від поширеності та тяжкості процесу застосовуються режими лікування із 4 або 5 препаратів. Чотирьохкомпонентний режим лікування включає HRZE або HRZS впродовж 3–4 місяців щоденно або інтермітуючі (через день), застосовуючи 4 препарати за 1 день (стрептоміцин використовували лише перші 2 місяці). В наступні 3 місяці застосовується поєднання 3 або 2 із них, переважно ізоніазид або рифампіцин щоденно або інтермітуючі. Загальний курс лікування становить 6–7 місяців, що відображають формули хіміотерапії.

2HRZS(E) 2HRZ₃E₃ 3HRZ₃ або 2HRZS(E) 2HRZ₃E₃ 3H₃R₃Z₃

Таблиця 4

Віддалені результати спостереження за вперше діагностованими хворими на туберкульоз легень, які вилікувані від захворювання у період 1990–2004 роки

Безпосередні результати ефективного лікування хворих на туберкульоз легень	Віддалені результати вилікуваних хворих від туберкульозу легень			
	Усього		виникли рецидиви туберкульозу	
	абс. число	%	абс. число	%
МБТ –, каверна –	568	80,8	59	10,4*
МБТ –, каверна +	135	19,2	52	38,5
Усього	703	100,0	111	15,8

Примітка: * — статистично достовірна різниця між частотою рецидивів у осіб вилікуваних від туберкульозу із МБТ(–), каверна (–) та МБТ (–), каверна (+), $p < 0,001$.

У хворих із тяжким перебігом туберкульозу застосовується у 1-й фазі лікування 5 протитуберкульозних препаратів. 2HRZS₃E₃ 2HRZ₃E₃ 3HRZ₃ або 2HRZS₃E₃ 2HRZ₃E₃ 3H₃R₃Z₃.

2HRZS(E) 1HRZ₃E₃ 3HR або 2HRZS(E) 1HRZ₃E₃ 3H₃R₃.

Звертає увагу факт подовження інтенсивної фази лікування до 3–4 місяців.

Остання інструкція щодо лікування хворих стандартними режимами хіміотерапії видана у 2006 році [6]. У ній викладені 2 режими антибактеріального лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз органів дихання. Хворим на туберкульоз легень із бактеріовиділенням і нетяжким перебігом та без бактеріовиділення із розповсюдженим процесом призначається 4-компонентний режим лікування: 2HRZE 4HR або 4 HRZS 4 H₃R₃.

5-компонентний режим хіміотерапії призначається для хворих на тяжкі поширені форми деструктивного туберкульозу легень з великими або численими деструкціями незалежно від розміру, казеозною пневмонією. Інтенсивна фаза лікування становить 3 місяці, підтримуюча 5 місяців. Весь курс хіміотерапії становить 8 місяців: 2HRZES 1HRZE 3HRE 2HR або 2HRZES 1HRZE 3HRZ 2HR. Згідно цієї методики не передбачено проводити основний курс хіміотерапії до загоєння деструкцій, а тим паче якогось терміну застосування протитуберкульозних препаратів після припинення бактеріовиділення та закриття каверн.

В нашій клініці лікувались 743 хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень стандартними режимами хіміотерапії (табл. 4).

У 703 (94,6 %) із 743 хворих припинилося бактеріовиділення, у 568 (76,4 %) загоїлися деструкції, у 40 (5,4 %) ефекту не було (табл. 4). У 135 (19,2 %) із 703 вилікуваних від туберкульозу припинилося бактеріовиділення, але залишилися каверни. Це значить, що майже у кожного п'ятого хворого із ефективним лікуванням залишається деструкція в легенях. У віддаленому періоді спостереження у 111 (15,8 %) із 703 осіб виникли рецидиви туберкульозу. Причому, у 59 (10,4 %) із 568 осіб вилікуваних від туберкульозу із припиненням бактеріовиділення і загоєними кавернами та у 52 (38,5 %) із 135 із припиненням бактеріовиділення, але залишеними кавернами виникли рецидиви захворювання. Тобто рецидиви туберкульозу у осіб із припиненням виділення МБТ, але незагоєними кавернами (неповноцінно лікованих), виникають у 3,7 разів частіше, ніж у осіб із припиненням бактеріовиділення і загоєними кавернами (повноцінно лікованих). Тобто, більше ніж у третини осіб (38,5 %) із припиненням бактеріовиділення, але залишеними кавер-

нами, виникає рецидив туберкульозу. З нашої точки зору, у хворих, із припиненням бактеріовиділення зі збереженими кавернами, доцільно продовжити основний курс хіміотерапії до їх загоєння. Адже рецидиви туберкульозу порівнянно рідко виникають після тривалої і повноцінної антибактеріальної терапії [13, 21].

У осіб, які були вилікувані від туберкульозу за схемами лікування до 1983 року (при застосуванні препаратів на протязі 12–18 місяців) рецидиви виникали в середньому у 0,82 % за рік. У осіб, які вилікувалися скороченими курсами хіміотерапії (6–8 місяців) у 1990–2004, рецидиви туберкульозу легень становили в середньому 1,12 % за рік. Тобто їх частота суттєво не відрізнялася ($p < 0,1$). Але із впровадженням ДОТС-стратегії в Україні змінилися критерії завершення основного курсу лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, із орієнтацією на припинення бактеріовиділення без урахування строків загоєння каверн. У 19,2 % хворих на вперше діагностований туберкульоз після припинення бактеріовиділення завершується основний курс хіміотерапії, не зважаючи на те, що залишилися каверни в легенях. Саме цей контингент має високий ризик виникнення рецидивів туберкульозу і буде впливати на збільшення їх кількості в Україні.

Аналіз даних літератури і власні спостереження щодо основних причин росту рецидивів туберкульозу за останні 3 роки в Україні дозволяє зробити висновок, що після впровадження ДОТС-стратегії виникли додаткові фактори ризику їхньої появи. Перехід на пасивне виявлення туберкульозу в населення привів до зростання несвоєчасної діагностики цього захворювання (до 30 %). Лікування хворих з пізно діагностованим туберкульозом легень (зокрема, по виявленню МБТ у мокротинні) приводить до формування великих залишкових змін у легенях, що є одним із основних факторів ризику рецидиву захворювання. Перехід на завершення короткотривалих курсів хіміотерапії із орієнтацією на припинення бактеріовиділення та скорочений стандартний термін застосування (6–8 місяців), без звертання уваги на результати загоєння каверн у легенях, створив додатковий фактор ризику розвитку рецидивів туберкульозу. У осіб, що завершили основний курс хіміотерапії після припинення бактеріовиділення, але із незагоєною каверною (майже у 5-й частини вилікуваних), рецидиви туберкульозу виникають у кілька разів частіше, ніж у осіб із загоєною каверною, які перестали виділяти МБТ. Для зменшення частоти розвитку рецидивів туберкульозу необхідно проводити основний курс хіміотерапії до припинення бактеріовиділення, загоєння каверн, розсмоктування й ущільнення вогнищ у легенях.

Висновки

1. Дефініція рецидивів туберкульозу, згідно формулюванню ВООЗ та в Україні, частково не співпадають. За формулюванням ВООЗ реєструються випадки рецидивів тільки із виділенням МБТ. В Україні реєструються усі випадки повторного захворювання на туберкульоз із виділенням і без виділення МБТ. Рецидиви туберкульозу без бактеріовиділення становлять третю частину усіх рецидивів туберкульозу органів дихання і відіграють значну роль у формуванні усього контингенту хворих. У зв'язку з цим, в Україні буде реєструватися кількість рецидивів на третину більше, ніж виявлених повторних випадків захворювання на туберкульоз із виділенням МБТ, на відміну від країн, де реєструють випадки рецидиву лише по відновленню бактеріовиділення.

2. У зв'язку із методикою пасивної діагностики туберкульозу легень невпинно зростає кількість несвоєчасно діагностованих нових випадків туберкульозу. За останні 16 років частота виявлення бактеріовиділювачів серед контингенту вперше діагностованих хворих на туберкульоз легень зросла у 2,3 рази (із 13,4 % до 30,4 %), а деструктивних процесів у 2,4 рази (із 12,4 % до 30,5 %). Зростання бактеріовиділювачів із деструкціями в легенях серед контингенту вперше діагностованих випадків туберкульозу є підґрунтям для зниження ефективності їх лікування, а завершення основного курсу хіміотерапії у хворих із незагоєними кавернами сприяє збільшенню частоти рецидивів захворювання.

3. У контингенту осіб, вилікуваних від туберкульозу, рецидиви захворювання виникають в межах 0,82–1,12 % за рік. У кожного 5-го хворого на вперше діагностований туберкульоз легень основний курс хіміотерапії припиняється до загоєння каверн. У осіб із незагоєними кавернами в легенях рецидиви виникають у 38,5 %, що у 3,7 рази більше, ніж у осіб вилікуваних від туберкульозу із припиненням бактеріовиділення і загоєнням каверн (10,4 %). Тому доцільно продовжувати основний курс лікування до загоєння каверн в легенях та досягнення клінічної і рентгенологічної стабілізації процесу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бєгоулев О. Є. Віддалені результати лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень. Автореф. канд. дис. Київ. — 2007. — 21 с.
2. Ворожцова М. П., Колешко Л. Е. Состояние бронхов, дренирующих "санитарные" каверны. // Проблемы туберкулеза. — 1986 — № 1. — С. 63–64.
3. Двойрин М. С. Диспансерная работа противотуберкулезных учреждений. — Киев. — 1993. — 135 с.
4. Ильина Т. Я. Абациллярные рецидивы туберкулеза органов дыхания. // Проблемы туберкулеза. — 2004 — № 2, с. 33–35.
5. Інструкція про групування диспансерних контингентів протитуберкульозних закладів та її застосування. Наказ МОЗ України від 28.10.2003 р. № 499
6. Інструкція про групування диспансерних контингентів протитуберкульозних закладів та її застосування. Наказ МОЗ України від 09.06.2006 № 385.
7. Исправленные определения в области контроля туберкулеза // Международный журнал Туберкулез и легочные заболевания. — 2006. — вып. 1. — № 2. — С. — 89–91.
8. Мишин В. Ю. К вопросу об оптимизации химиотерапии больных с впервые выявленным туберкулезом легких. // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. — 2002. — Т. 4. — № 1. — С. 4–14
9. Мишин В. Ю., Жестовских С. Н. Особенности диагностики рецидивов туберкулеза органов дыхания. // Проблемы туберкулеза и болезней легких. — 2005. — № 5. — С. 39–42.
10. Олиферовська Р. П., Норейко Б. В., Лепшина С. М. Особливості перебігу, виявлення і профілактики рецидивів туберкульозу легень. // Вісн. гіг. епід. — 2001. — Т. 5, № 1. — С. 73–75.

11. Петренко В. М. Достижения и проблемы химиотерапии туберкулеза легких в Украине. // Український хіміотерапевтичний журнал. — 1999. — № 4. — С. 22–25.
12. Петренко В. М., Литвиненко Н. А. Эффективность применения в клинике краткосрочного контролируемого лечения (DOTS) больных с впервые выявленным деструктивным туберкулезом легких // Проблемы туберкулеза и болезней легких. — 2005. — № 3. — С. 16–20.
13. Рабухин А. Е. Избранные труды. Москва: Медицина. 1983. — 255 с.
14. Риекстиня В., Торп Л., Леймане В. Факторы риска ранних рецидивов туберкулеза в Латвии. // Пробл. туб. и болезней легких. 2005. № 1. — С. 43–47.
15. Справочник фтизиатра. Москва: Медицина. — 1975. — 408 с. (С. 118).
16. Турченко Л. В., Бобарыкин В. С., Пархоменко С. И. Частота и причины рецидивов туберкулеза у взрослого населения // Врач. дело. — 1990 — № 9. — С. 85–87
17. Фещенко Ю. І., Мельник В. М. Організація протитуберкульозної допомоги населенню. Київ: Здоров'я, 2006. — 680 с.
18. Фещенко Ю. І., Мельник В. М., Лірник А. В. Менеджмент у фтизиатрії. Київ: Здоров'я. — 2007. — 680 с.
19. Фещенко Ю. І., Мельник В. М. Контроль за туберкульозом в умовах адаптованої ДОТС-стратегії. — Київ: Здоров'я, 2007. — 480 с.
20. Химиотерапия больных туберкулезом легких. (Методические указания). — Москва, 1983. — 79 с.
21. Яценко Б. П. Актуальные вопросы туберкулеза органов дыхания. — Киев: Вища школа, 1980. — 312 с.
22. Marica C. D., Didilescu C, Spinu V. Results of DOTS strategy within the tuberculosis control program in Bucharest. // European. Resp. J. — 2005. — Suppl. 40, Vol. 26. — P. 4106

ПРОБЛЕМИ РЕЦИДИВІВ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ

**В. М. Петренко, С. О. Черенько,
Н. А. Литвиненко, Ю. А. Сенько**

Резюме

Аналіз даних літератури і власних спостережень свідчить про те, що перехід на пасивне виявлення туберкульозу легень у населення України збільшив кількість хворих з несвоєчасно діагностованим процесом. Лікування їх від туберкульозу приводить до формування великих залишкових змін у легенях, що є одним з основних факторів ризику розвитку рецидивів захворювання. Масове застосування короткочасних курсів хіміотерапії (6–8 місяців) з орієнтацією на припинення виділення МБТ, без урахування факту загоєння каверн, є додатковим фактором ризику виникнення рецидивів туберкульозу. У хворих із уперше діагностованим туберкульозом легень, що вважаються вилікуваними від туберкульозу після завершення стандартного основного курсу хіміотерапії із припиненням бактеріовиділення, але не загоєними кавернами, у віддаленому періоді спостереження в 38 % випадків виникають рецидиви захворювання. Це в 3,7 рази частіше, ніж у осіб, які завершили основний курс хіміотерапії після припинення бактеріовиділення і загоєння каверн. Для зменшення частоти розвитку рецидивів туберкульозу необхідно проводити основний курс хіміотерапії до припинення бактеріовиділення, загоєння каверн, розсмоктування й ущільнення вогнищ у легенях.

THE PROBLEMS OF THE RELAPSES OF PULMONARY TUBERCULOSIS

**V. M. Pentrenko, S. O. Cherenko,
N. A. Litvinenko, Ju. A. Senko**

Summary

According the literature data and the results of own studies it was established, that delay in the diagnosis of pulmonary tuberculosis was due to passive detection of pulmonary tuberculosis cases in Ukraine. In patients with late diagnosis of pulmonary tuberculosis there were extensive residual lung lesions, which were the major risk-factor of relapse of disease. Frequent use of short courses therapy (6–8 months) in order to reach negative sputum smear/culture without consideration of cavern closure served as additional risk factor. The relapses of tuberculosis were in 38 % patients with residual cavities after successful short course chemotherapy. That was 3,7 fold higher than in patients, receiving therapy until the closure of cavities. In order to decrease the rate of relapses it is necessary to continue chemotherapy until negative of sputum smear/culture, closure of cavities and resolution/densification of pulmonary nodules.