

3. Антиоксиданты и иммуностропные препараты в терапии больных туберкулезом легких / Л.Лазаренко, А.Петров, Д.Суханов [и др.] // Врач. – 2005. – № 9. – С. 66-67.
4. Реамберин в комплексной терапии полиорганной недостаточности: методические рекомендации // Днепропетровск, 2004. – 41 с.
5. Синицын М.В. Глутоксим – 10 лет во фтизиатрии (опыт применения при лечении туберкулеза) / М.В.Синицын, Л.В.Богадельникова, М.И.Перельман // Туберкулез и болезни легких. – 2010. – № 10. – С. 3-9.
6. Сологуб Т.В. Реамберин в клинической практике / Т.В.Сологуб, М.Г.Романцов.– СПб., 2001. – С. 31-39.
7. Фещенко Ю.І. Перспективи контролю за туберкулезом в Україні / Ю.І.Фещенко, Л.В.Турчанко, В.М.Мельник // Укр. пульмонолог. ж. – 2005. – № 2. – С. 5-8.
8. Яковлева Л.П. Эффективность озонотерапии и искусственного перитонеума в лечении больных, выделяющих лекарственно-устойчивые штаммы туберкулезных возбудителей / Л.П.Яковлева // Туберкулез и болезни легких. – 2009. – № 11. – С. 38-42.

### РОЛЬ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХИМИОРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

*Л.Д.Тодорико, В.О.Степаненко, А.С.Шевченко, А.А.Герман, Б.И.Квасницький*

**Резюме.** Патогенетическая терапия, направленная на повышение иммунитета, сопротивляемости иммунитета к туберкулезной инфекции, является обязательным компонентом лечения больных химиорезистентного туберкулеза легких.

**Ключевые слова:** химиорезистентный туберкулез, лечение, патогенетические средства.

### THE ROLE OF PATHOGENETIC THERAPY IN TREATING PATIENTS WITH CHEMORESISTANT TUBERCULOSIS

*L.D.Todoriko, V.A.Stepanenko, O.S.Shevchenko, A.O.Herman, B.I.Kvasnytskyi*

**Abstract.** Pathogenetic therapy aimed at improving immunity, resistance to immunity to tuberculosis infection is an obligatory component of treating chemoresistant pulmonary tuberculosis.

**Key words:** resistant TB, treatment, pathogenetic agents.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)  
National Medical University (Kharkiv)

Рецензент – проф. О.І.Федів

Buk. Med. Herald. – 2011. – Vol. 15, № 3 (59). – P. 253-255

Надійшла до редакції 29.06.2011 року

© Л.Д.Тодоріко, В.О.Степаненко, О.С.Шевченко, А.О.Герман, Б.І.Квасницький, 2011

УДК 616.24-002.5-085.28:615.035

*Л.Д.Тодоріко, <sup>1</sup>В.П.Шаповалов, <sup>1</sup>І.В.Єременчук, <sup>2</sup>І.І.Гуска*

### ЗАСТОСУВАННЯ ОПТИМАЛЬНОГО ДЛЯ РЕГІОНУ БУКОВИНА РЕЖИМУ АНТИМІКОБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ В ІНТЕНСИВНІЙ ФАЗІ ЛІКУВАННЯ (ЗНРАМЗ/ЕQ) ХВОРИМ ДРУГОЇ ДИСПАНСЕРНО-КЛІНІЧНОЇ КАТЕГОРІЇ

<sup>1</sup>Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці  
<sup>2</sup>Чернівецький обласний протитуберкульозний диспансер

**Резюме.** Аналіз епідеміологічних показників на Буковині за 2008-2009 рр. показав у раніше лікованих хворих на туберкулез легень 2-ї клінічної категорії подальше поширення штамів мікобактерій туберкульозу (МБТ) з набутою множинною резистентністю до препаратів 1-го ряду з явним трендом, до збільшення випадків мультирезистентності (в 1,3 раза) та зі стало високою будь-якою стійкістю до стрептоміцину (31,9 %

та 26,9 % відповідно). Тобто, використання в регіоні емпіричного режиму хіміотерапії з поєднанням препаратів 1-го і 2-го ряду (ЗНРАМ/КQ), спрямованого на клінічне подолання феномену набутої множинної лікарської стійкості, є цілком правомірним.

**Ключові слова:** антимікобактеріальна терапія, диспансерно-клінічна категорія, вперше діагностований туберкулез легень.

© Л.Д.Тодоріко, В.П.Шаповалов, І.В.Єременчук, І.І.Гуска, 2011

**Вступ.** Серед головних причин невдачі лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень в Україні вважається стрімке поширення резистентних штамів збудника (значна поширеність первинних медикаментозно стійких форм та формування під час курації набутої опірності МБТ до антимікобактеріальних препаратів (АМБП) [3]. У хворих на вперше діагностований туберкульоз, з повторним лікуванням, під час інтенсивної фази лікування успішні результати хіміотерапії стандартного режиму препаратами 1-го ряду втрачаються, у середньому, у кожного п'ятого із відновлення бактеріовиділенням за високого ризику формування туберкульозу з медикаментозною резистентністю МБТ [2]. Це свідчить про доцільність застосування в таких випадках ще до отримання результатів мікробіологічного обстеження режимів хіміотерапії з поєднанням препаратів 1-го і 2-го ряду (залежно від відомостей щодо поширеності медикаментозної резистентності у регіоні), які спрямовані на клінічне подолання феномену набутої лікарської стійкості [3, 5]. В Україні така стійкість перевищує середній показник ВООЗ у 3,5 рази [4]. Доведено, що навіть полірезистентність тільки до двох АМБП знижує ефективність лікування на 50 %, що свідчить про надзвичайну актуальність вивчення режимів хіміотерапії, які спрямовані на клінічне подолання феномену набутої лікарської стійкості та забезпечення її виникнення, особливо проявів множинного типу [1]. В Україні до 2009 року не існувало статистичного контролю за хіміорезистентними формами захворювання на туберкульоз. Сьогодні потрібно створити Національний реєстр таких хворих на основі регіональних з урахуванням когортного аналізу медикаментозної резистентності штамів МБТ та результатів лікування, що дозволяє систематизувати кількісні та якісні показники, розробити фаховий прогноз такого захворювання, здійснювати керований менеджмент персоналіїв таких випадків на місцях, а також визначати найбільш доцільні режими хіміотерапії з урахуванням епідеміологічних особливостей регіону.

Зазначене визначає надзвичайну актуальність аналізу даних регіональної поширеності та профілю первинного/набутого резистентного легеневого туберкульозу та вивчення режимів хіміотерапії, які спрямовані на клінічне подолання феномену набутої лікарської стійкості та забезпечення виникнення її проявів множинного типу.

**Мета дослідження.** Визначити поширеність та профіль хіміорезистентного туберкульозу на Буковині та покращити результати хіміотерапії повторно лікованих осіб другої клінічної категорії з високим ризиком виникнення полі- та мультирезистентних штамів збудника.

**Матеріал і методи.** Аналіз поширеності та профілю хіміорезистентного легеневого туберкульозу у 2008-2009 рр. проведений серед 227 хворих з бактеріовиділенням, за базою даних персоналіїв Буковинського реєстру хіміорезистентного туберкульозу.

Клінічний перебіг туберкульозу вивчався в ретроспективному дослідженні у 64 вперше діагностованих хворих другої диспансерно-клінічної категорії, які перебували на лікуванні в Чернівецькому обласному протитуберкульозному диспансері, у Чернівецькому міському протитуберкульозному диспансері, у Вижицькому протитуберкульозному відділенні (2007-2009 рр). Критерії включення в клінічне дослідження: первинно чутливі до АМБП вперше діагностовані хворі з повторною курацією та ризиком формування набутої полі- та мультирезистентності.

Пацієнти розподілені на дві групи. У першій групі (33 пацієнти) в інтенсивній фазі (3 міс.) призначався стандартний 5-компонентний комплекс АМБП I ряду (2HRSZE 1HRZE)), до другої групи увійшли 31 пацієнт – з режимом хіміотерапії препаратами 1-го ряду із залученням резервних аміноглікозидів та респіраторних фторхінолонів (3HRAm\KZQ). Обидві групи були репрезентативні за статево-віковими ознаками, клінічними формами та фазами процесу.

Результати клінічних досліджень та статистичних показників оброблялись і порівнювались на ПЕОМ із використанням програмної оболонки (Face 1) та пакета Microsoft Office Professional 2000 (Excel) із застосуванням методів варіаційної та рангової статистики.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Аналіз епідеміологічних показників чутливості/резистентності збудника туберкульозу до АМБП у регіоні за 2008-2010 рр. визначив подальше підвищення розповсюдженості полі- та мультирезистентних штамів МБТ, виділених від осіб із вперше діагностованим туберкульозом легень до препаратів першого ряду. Дані динаміки показників первинної та набутої медикаментозної резистентності збудника туберкульозу свідчать про те, що порівняно з 2008 роком у 2009 році визначався стало високий рівень як первинної, так і набутої мультирезистентності штамів МБТ, виділених у таких хворих, до АМБП.

Аналізу епідеміологічних показників в регіоні за 2008-2009 рр. показав, що в повторно лікованих, вперше діагностованих хворих з перервою курації більш ніж 2 місяці та первиною чутливістю до АМБП (друга диспансерно-клінічна категорія), спостерігається подальше поширення штамів МБТ з набутою полі- та мультирезистентністю до препаратів 1-го ряду (44,4 і 23,7 % та 37,7 і 46,2 % відповідно). Зокрема, серед множинних типів медикаментозної резистентності визначився явний тренд у бік збільшення (в 1,3 рази) випадків мультирезистентності до 46,2 % у 2009 році проти 37,7 % у 2008 р. (таблиця).

Привертає також увагу і те, що у вперше діагностованих осіб із повторним лікуванням у 2008-2009 рр. (рис. 1) стали високі показники (моно- та з будь-яким іншим АМБП) медикаментозної резистентності до стрептоміцину (31,9 % та 26,09 % відповідно).

Таблиця

**Профіль медикаментозної резистентності штамів мікобактерій туберкульозу, виділених від хворих на вперше діагностований туберкульоз легень клінічної категорії 2 у 2008-2009 рр.**

Рік	Штами мікобактерій туберкульозу					
	Монорезистентність		Полірезистентність		Мультирезистентність	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2008	8	17,9	19	44,4	16	37,7
2009	7	19,1	10	23,7	16	46,2

Примітка.  $p < 0,05$  – вірогідність різниці до монорезистентності

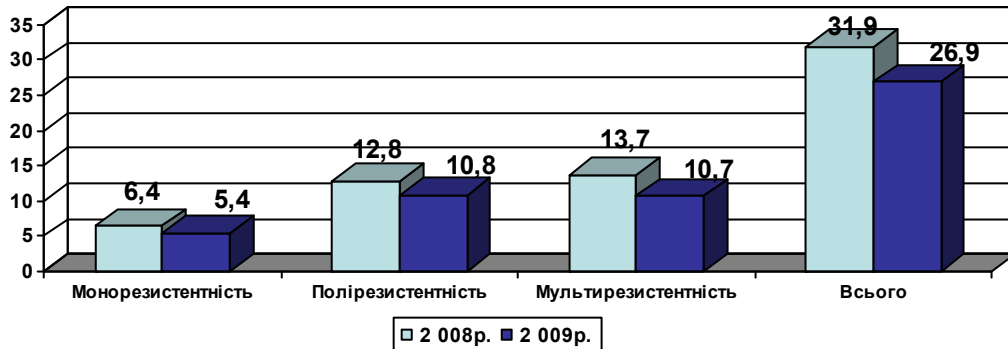


Рис. 1. Частота штамів МБТ з будь-якою резистентністю до стрептоміцину у вперше діагностованих осіб другої клінічної категорії (2008-2009 рр.) за даними Буковинського Реєстру персоналів ХР ТБ

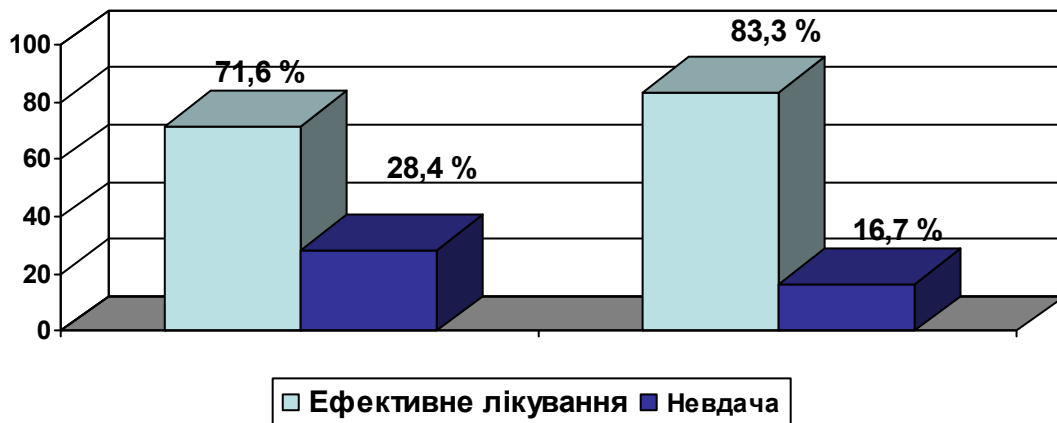


Рис. 2. Результати лікування хворих на туберкульоз легень другої диспансерно-клінічної категорії за когортним аналізом

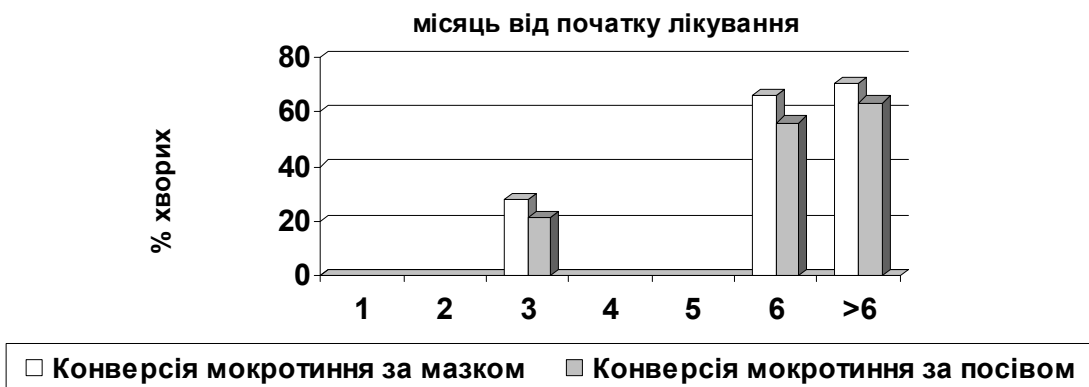


Рис. 3. Динаміка припинення бактеріовиділення у хворих на туберкульоз легень зі стандартним режимом хіміотерапії за результатами мазок/посів



Рис. 4. Динаміка припинення бактеріовиділення у хворих на туберкульоз легень з емпіричним режимом хіміотерапії за результатами мазок/посів

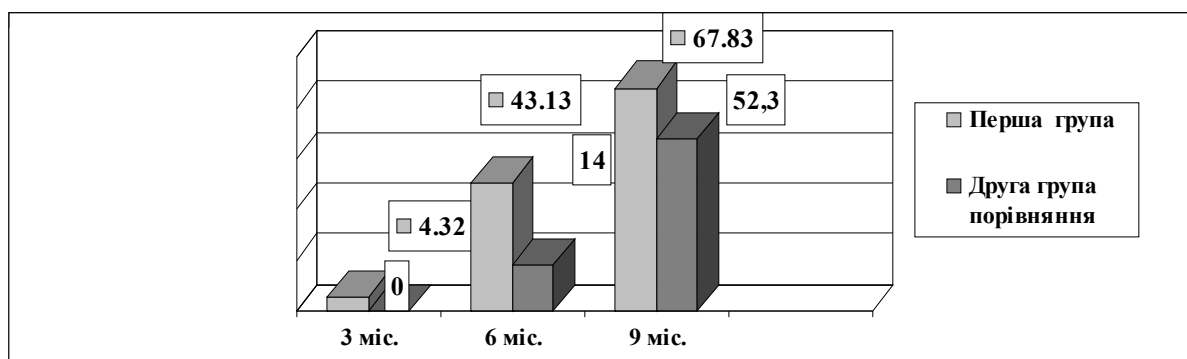


Рис. 5. Вплив на динаміку ліквідації порожнин розпаду в групах хворих на туберкульоз легень залежно від режиму антимікобактеріальної терапії (%)

Тобто, використання емпіричного режиму 3HRZAm/KQ у регіоні Буковина є цілком правомірним.

Зважаючи на вищезазначене другий фрагмент нашого дослідження присвячений вивченню ефективності режиму лікування, який включає два препарати II ряду з груп респіраторних фторхінолонів та аміноглікозидів у первинно чутливих до АМБП вперше діагностованих осіб з повторним лікуванням та ризиком набутої полі- та мультирезистентності порівняно з такими за використання стандартної схеми препаратів 1-го ряду (рис. 2).

Встановлено, за когортним аналізом, що в першій групі хворих за стандартної схеми АМБП (2HRZSE 1HRZE) втрачається 28,4 % ефективного лікування, проте в групі (2) за емпіричного режиму ХТ із поєднанням препаратів 1-го і 2-го ряду (3HRZAm\KZQ) лише – 16,7 %.

Аналіз лікування таких пацієнтів, за основними показниками, свідчить про те, що в першій групі осіб за стандартним режимом (2HRZSE 1HRZE) упродовж перших трьох місяців хіміотерапії (рис. 3) конверсія бактеріовиділення відбулась за мазком – у 9 (28,1±7,8 %) випадках, за засівом – у 7 (21,3±9,9 %). Наприкінці п'ятого місяця курації припинення бактеріовиділення реструвалось простим методом ще в 5 (30,4±7,8 %), методом засіву – 6 (28,0±4,8 %) па-

цієнтів. Упродовж подальших 4-8 місяців конверсія мокротиння відбулася у 23 пацієнтів за мазком (71,6±0,9 %) та у 20 – за засівом (71,9±4,1 %). При цьому середній термін конверсії мокротиння становив 8,1±0,08 міс.

Невдача лікування за терміном основного маркера (триразовий негативний мазок) мала місце у 28,1 % випадків. Тобто, за застосування стандартної 5-компонентної схеми АМБП вдалося дотримуватися фіксованої тривалості інтенсивної фази хіміотерапії (3 міс.) менш ніж навіть у половини пацієнтів. Решта (71,9 %) осіб за мазком залишилася бактеріовиділювачами, що логічно подовжило тривалість основного курсу. Основна причина недостатньої ефективності лікування за DOTС-програмою вперше діагностованих осіб 2-ї клінічної категорії полягає в тому, що під час першої фази у 20,6 % пацієнтів діючими проти збудника були лише 1-2 препарати.

Результати лікування пацієнтів другої групи із залученням вже під час початкової фази хіміотерапії препаратів II ряду (рис. 4) вказують на те, що наприкінці 2-го місяця лікування спостерігалось припинення бактеріовиділення за мазком – у 19 (62,5±9,5 %) осіб, за посівом – 16 (51,7±9,5 %) пацієнтів. За 6 місяців припинення бактеріовиділення відбулося за простим методом – у 21 (68,1±8,2 %), за культуральним дослідженням – у 19 (66,5±8,8 %) і наприкінці 8-го міс. – у 26

(83,3±9,2 %) та 25 (83,0±8,6 %) осіб відповідно ( $p<0,05$ ). При цьому середній термін конверсії мокротиння становив 5,9±0,08 міс.

Повторна інтенсивна хіміотерапія первинно чутливих вперше діагностованих хворих за режимом із поєднанням препаратів 1-го і 2-го ряду (3HRZAm/KQ) дає можливість за подолання клінічного феномену виникнення вторинної клінічної полі- та мультирезистентності поліпшити результати лікування, при цьому зменшуються показники «невдач лікування» на 10-12 %.

Другим об'єктивним критерієм є частота та терміни загоєння порожнин розпаду. Як свідчать дані рис. 5, у першій групі пацієнтів за режимом 2HRSZE 1HRZE після інтенсивної фази лікування загоєння деструкцій не спостерігалось. Ліквідація деструкцій почала реєструватися тільки через 4-6 місяців курації в межах 14,0 % (у 5 із 33) випадків ( $p<0,05$ ). Тільки після 8-го місяця хіміотерапії показник ліквідації деструкцій у 1-й групі сягнув рівня 52,3 % (у 17 із 33) хворих ( $p<0,02$ ). Проте у 2-й групі за режимом 3HRAmZQ ліквідація порожнин розпаду наприкінці інтенсивної хіміотерапії вже мала місце в 1 із 31 (4,4 %) хворого. Через 6 місяців деструкції загоїлися ще у 12 (38,8 %) пацієнтів, а після 8-го місяця цей показник сягнув рівня 67,8 % (у 21 із 31) пацієнтів. Отже, закриття каверн наприкінці 5-го міс. виникло в 1-й групі – у 14,0 %, 2-й групі – у 38,8 % осіб ( $p<0,05$ ). За 8 місяців закриття каверн у групі 1 мало місце у (52,3±7,7) %, у групі 2 – у (67,8±10,1) % осіб, що свідчить також про достеменно високий результат за таким критерієм режиму хіміотерапії із використанням АМБП II ряду.

Отже, за результатами дослідження у вперше виявлених хворих первісно чутливих до АМБП (2-а клінічна категорія) повторна інтенсивна хіміотерапія з використанням режиму із залученням препаратів 1-го і 2-го ряду (3HRZAm/KQ) дає можливість за подолання клінічного феномену виникнення вторинної клінічної полі- та мультирезистентності, покращити результати лікування. При цьому показник «ефективності лікування» у хворих за основним маркером (конверсія мокротиння) становить (83,3±8,6) %, у середньому – за термін (5,9±0,08) міс., а загоєння каверн наприкінці основного курсу лікування – 76,4 % за термін (8,1±0,04) міс. проти 67,8 % відповідно за використання стандартної схеми хіміопрепаратів 1-го ряду (2HRSZE 1HRZE).

#### Висновки

1. Аналіз епідеміологічних показників у Чернівецькому регіоні за 2008-2009 рр. показав пода-

льше поширення штамів мікобактерій туберкульозу з набутою полі- та мультирезистентністю до препаратів 1-го ряду (44,4 і 23,7 % та 37,7 і 46,2 % відповідно) у раніше лікованих пацієнтів другої категорії.

2. Лікування вперше діагностованих пацієнтів другої клінічної категорії за стандартного режиму хіміотерапії препаратами 1-го ряду (2HRSZE 1HRZE) у 28 % випадках не дозволяє досягнути адекватних результатів лікування у зв'язку з формуванням набуті медикаментозної полі- та мультирезистентності мікобактерій.

3. Повторна інтенсивна хіміотерапія первинно чутливих вперше діагностованих пацієнтів за режимом із поєднанням препаратів 1-го та 2-го ряду (3HRZAm/KQ) дає можливість подолати клінічний феномен виникнення вторинної клінічної полі- та мультирезистентності, поліпшити результати лікування: вірогідно зменшуються показники «невдачі лікування» (на 10-12 %), на 2,2 місяця раніше виникає конверсія мокротиння, зростає частота загоєння каверн (на 9,6 %) порівняно з використанням стандартної схеми хіміотерапії.

#### Перспективи подальших досліджень.

Впровадження у практику роботи фтизіатричних закладів регіонального реєстру персоналів хіміо-резистентного туберкульозу дозволяє здійснювати керований менеджмент таких випадків у регіоні, а також визначити найбільш доцільні режими хіміотерапії зазначеним хворим.

#### Література

1. Порівняння ефективності стандартних та емпіричних режимів хіміотерапії для 4-ї категорії у пацієнтів з високим ризиком мультирезистентного туберкульозу / С.О.Черенько [та ін.] // Інфекційні хвороби. – 2008. – № 1. – С. 46-49.
2. Резерви покращання результатів поліхіміотерапії хворих з раніш неефективно лікованим хронічним деструктивним мультирезистентним туберкульозом легень / Й.Б.Бялик [та ін.] // Укр. пульмонол. ж. – 2010. – № 1. – С. 43-46.
3. Еволюція й ефективність атимікобактеріальної терапії хворих із рецидивом туберкульозу легень / В.М.Петренко [та ін.] // Укр. пульмонол. ж. – 2009. – № 3. – С. 15-19.
4. Епідеміологія, діагностика, та лікування хіміо-резистентного туберкульозу / Ю.А.Фещенко [та ін.] // Укр. пульмонол. ж. – 2008. – № 3. – С. 183-186.
5. Management of multiple drug-resistant tuberculosis / D.Hutchinson [et al.] // Resp. Medicine. – 2003. – Vol. 97. – P. 65-70.

### ПРИМЕНЕНИЕ ОПТИМАЛЬНОГО ДЛЯ РЕГИОНА БУКОВИНА РЕЖИМА АНТИМИКОБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ИНТЕНСИВНОЙ ФАЗЕ ЛЕЧЕНИЯ (3HRAmZ/EQ) БОЛЬНЫХ ВТОРОЙ ДИСПАНСЕРНО-КЛИНИЧЕСКОЙ КАТЕГОРИИ

*Л.Д.Тодорико, В.П.Шоповалов, И.В.Еременчук, И.И.Гуска*

**Резюме.** Анализ эпидемиологических показателей на Буковине за 2008-2009 гг. показал у ранее леченных больных 2-й клинической категории дальнейшее распространение штаммов микобактерий туберкулеза (МБТ) с

приобретенной множественной резистентностью к препаратам 1-го ряда с явным трендом, среди таких, к увеличению случаев мультирезистентности (в 1,3 раза) и явилось высокой устойчивостью к стрептомицину (31,9 % и 26,9 % соответственно). Использование в регионе эмпирического режима химиотерапии с сочетанием препаратов 1-го и 2-го ряда (3HRZAm/KQ), направленного на клиническое преодоление феномена приобретенной множественной лекарственной устойчивости, является вполне правомерным.

**Ключевые слова:** антимикобактериальная терапия, диспансерно-клиническая категория, впервые диагностированный туберкулез легких.

### APPLICATION OF AN OPTIMAL REGIME FOR THE REGION OF BUKOVINA OF ANTITUBERCULOUS THERAPY OF THE INTENSIVE TREATMENT PHASE (3HRZAm/EQ) TO PATIENTS WITH SECOND-DISPENSERY CLINICAL CATEGORY

*L.D.Todoriko, V.P.Shapovalov, I.V.Yeremenchuk, I.I.Huska*

**Abstract.** An analysis of the epidemiological indices in Bukovina from 2008 through 2009 has demonstrated further spread of strains of the mycobacteria of tuberculosis (MBT) with acquired multiple resistance to 1-st lines drugs with an evident trend towards an increase of multiresistance cases (1,3 times) and with permanently high any resistance to streptomycin (31,9 % and 26,9 % respectively). In other words, the use in the region of the empiric regimen of chemotherapy with a combination of drugs of the 1-st and 2-nd line (3HRZAm/KQ) aimed at clinical overcoming the phenomenon of acquired multidrug resistance, is quite legitimate

**Key words:** antimycobacterial therapy, dispensary-clinical category, new-onset pulmonary tuberculosis.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)  
Chernivtsi Regional TB Dispensary

Рецензент – проф. О.І.Федів

Buk. Med. Herald. – 2011. – Vol. 15, № 3 (59). – P. 255-260

Надійшла до редакції 29.06.2011 року

© Л.Д.Тодоріко, В.П.Шаповалов, І.В.Єременчук, І.І.Гуска, 2011

УДК 616.24-002.5-085.281-06:616.36]-084

*О.І.Чопорова, О.С.Шевченко, Н.С.Слепченко, І.Г.Захаров*

### ОПТИМІЗАЦІЯ ПАТОГЕНЕТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Харківський національний медичний університет

<sup>1</sup>Харківський обласний протитуберкульозний диспансер № 1,

<sup>2</sup>Харківський національний університет ім. В.Н.Каразіна

**Резюме.** Проведена оцінка частоти і характеру побічних реакцій на антимікобактеріальну терапію (АМБТ) у 154 хворих на вперше діагностований туберкульоз легень (ВДТБ) при застосуванні курсів аргініну глутамату, магнітолазеротерапії (МЛТ) та їх комбінації. Комплексне застосування цих методів патогенетичного лікування хворих на ВДТБ протягом перших двох місяців АМБТ запобігає розвитку медикаментозного гепа-

титу, зменшує частоту токсико-алергічних реакцій у 3,5 раза ( $p < 0,05$ ), токсичних реакцій у 2,4 раза ( $p < 0,05$ ), запобігає виникненню клінічних і клінічно-лабораторних реакцій, зменшує ступінь їх прояву.

**Ключові слова:** туберкульоз легень, антимікобактеріальна терапія, побічні реакції, аргінін глутамат, магнітолазеротерапія.

**Вступ.** Однією зі значимих причин терапевтичних невдач антимікобактеріальної терапії (АМБТ) за стандартами ВООЗ є побічні реакції (ПР) [3, 7, 11, 13, 14, 15]. Значну групу складають ПР токсичного походження, зумовлені тяжкістю туберкульозного процесу, функціональним станом органів і систем, які відповідають за його метаболізм, дозою, продуктами розпаду протитуберкульозних препаратів (ПТП) і вибірковістю їх дії на функцію різних органів, викликаючи або подразливу і некротичну дію на внутрішні органи, або пряму фармакологічну дію на обмінно-ферментативні процеси [3, 8].

Токсичні ураження печінки є нерідкісним ускладненням АМБТ хворих на туберкульоз і становлять від 2,5 до 3 % [3], за іншими даними – від 0,1 до 20 % і більше [7, 13]. Тривалі і часті перерви в лікуванні, пов'язані з непереносимістю поліхіміотерапії, особливо протягом перших двох місяців лікування, збільшують його строки, знижують прихильність хворих до повноцінної АМБТ та ефективність лікування в цілому [6, 14]. Однак вирішенню проблеми лікування і профілактики гепатотоксичних побічних реакцій приділяється недостатня увага.

Лікувальна тактика медикаментозного ураження печінки залишається досить обмеженою

© О.І.Чопорова, О.С.Шевченко, Н.С.Слепченко, І.Г.Захаров, 2011