



А.Г. Ярешко, М.Г. Бойко, М.В. Куліш, В.Г. Бондаренко,  
А.К. Вородюхіна

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», Полтава

## Основні чинники ризику виникнення рецидивів туберкульозу в Полтавській області

**Мета роботи** — визначити основні чинники ризику виникнення рецидивів туберкульозу в Полтавській області.

**Матеріали та методи.** Вивчено історії хвороби та амбулаторні карти 54 пацієнтів із уперше виявленим туберкульозом легень, в яких у подальшому діагностовано рецидив туберкульозу.

**Результати та обговорення.** Серед основних чинників ризику виникнення рецидивів туберкульозу в Полтавській області слід виділити такі: недбале ставлення до власного здоров'я, зловживання алкоголем, недостатня тривалість лікування в стаціонарі з приводу першого випадку туберкульозу, недостатній об'єм хіміотерапії, раннє переведення хворих у неактивну групу диспансерного обліку, супутня патологія.

**Висновки.** Результати дослідження засвідчують особливе місце рецидивів у епідемічній ситуації з туберкульозу в Полтавській області. Значна частина хворих є бактеріовиділювачами, а ефективність лікування їх низька, тому ці хворі стають основним джерелом хронічних деструктивних хіміорезистентних форм туберкульозу і поширення його мікобактерій.

### Ключові слова

Туберкульоз, рецидив, чинники ризику.

У структурі захворюваності на туберкульоз на особливу увагу заслуговують випадки рецидивів цієї хвороби [6]. Показник виявлення рецидивів легеневого туберкульозу в Україні (згідно з когортним аналізом, у 2011 р. було 4726 випадків) майже в 6 разів менший, ніж показник виявлення хворих з уперше діагностованим туберкульозом (у 2011 р. — 26968 випадків) [8], але пацієнти з рецидивами туберкульозу легень щорічно поповнюють контингенти протитуберкульозних диспансерів, будучи основним джерелом формування хронічних деструктивних форм туберкульозу і поширення його мікобактерій [9].

У літературі зустрічається чимало робіт, присвячених вивченню чинників ризику виникнення рецидивів туберкульозу. На думку багатьох авторів, до основних із них належать низька прихильність хворих до лікування, ігнорування

протирецидивними курсами лікування, шкідливі звички (зловживання алкоголем, наркоманія, куріння), перебування в місцях позбавлення волі, безробіття та ін. [1, 2].

Перехід на короткострокові курси хіміотерапії зумовив появу додаткових чинників ризику рецидивів туберкульозу. Відомо, що у пацієнтів, виписаних зі стаціонару із залишковими незагоєними кавернами, рецидиви виникають частіше [4] і більшість їх діагностують уже через 2–3 роки після вилікування, а це означає, що основний курс терапії був неповноцінним, репаративні процеси в легенях не зовсім завершилися, і таких хворих недоцільно знімати з диспансерного обліку [1, 2, 5].

Стрімке зростання кількості випадків ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу в Україні також сприяє збільшенню показника рецидивів [3, 10].

Отже, проблема рецидивів туберкульозу в Україні існує, і для її розв'язання потрібно передусім вивчити основні чинники, які сприяють їхньому виникненню в різних регіонах України.

**Мета дослідження** — визначити основні чинники ризику виникнення рецидивів туберкульозу в Полтавській області.

### Матеріали та методи

Для визначення основних чинників ризику виникнення рецидивів туберкульозу в Полтавській області ми детально вивчили історії хвороби та амбулаторні карти 54 пацієнтів із вперше діагностованим туберкульозом легень (ВДТБ), у яких у подальшому діагностовано рецидив туберкульозу (РТБ). Всі хворі перебували на стаціонарному лікуванні в Полтавському обласному клінічному протитуберкульозному диспансері та добровільно згодилися на участь у дослідженні.

### Результати та обговорення

Розподіл рецидивів на ранні та пізні запропонували В.Л. Ейніс і А.Е. Рабухін [7, 11]. Ранніми рецидивами вони називали реактивацію туберкульозного процесу протягом 5 років після досягнення клінічного вилікування, пізніми — розвиток туберкульозу через 5 і більше років після констатації клінічного вилікування.

У 51,28 % хворих рецидиви виникали протягом 5 років після лікування з приводу ВДТБ, у тому числі у 65,0 % — протягом 3 років після першого захворювання. Саме у цієї групи хворих особливості перебігу, наслідки лікування попереднього випадку хвороби і якість обстеження під час переведення хворих на туберкульоз у неактивні групи диспансерного обліку могли сприяти виникненню рецидиву.

Під час профілактичного флюорографічного обстеження туберкульоз виявлено у 14 осіб (25,93 %), у разі звернення по медичну допомогу — у 34 (62,96 %), у непрофільних лікувальних закладах — у 6 (11,11 %).

У 44,44 % хворих встановлено діагноз інфільтративного туберкульозу легень, у 16 (29,64 %) — дисемінованого, у 10 (18,52 %) — вогнищового, у 2 (3,7 %) — туберкульому і ще у 2 (3,7 %) — ексудативний плеврит.

У більшості хворих (66,67 %) на момент госпіталізації в легенях рентгенологічно спостерігалися ознаки деструкції. Фазу інфільтрації діагностовано тільки у 33,33 % пацієнтів. Поширеність туберкульозного процесу в легенях у межах одного сегмента була у 4 (7,4 %) хворих, у більшості (62,96 %) специфічні ураження займали 2—3 сегменти і у 16 (29,63 %) було уражено три і більше сегментів. У 37,04 % хворих туберкульозні зміни виявлено в обох легенях.

У 40 (74,07 %) пацієнтів на момент госпіталізації констатували бактеріовиділення, у 18,52 %

мікобактерій туберкульозу (МБТ) не виявили. Серед бактеріовиділювачів у 35,0 % зауважено резистентність МБТ до протитуберкульозних препаратів.

Перед виписуванням зі стаціонару інфільтративні зміни в легенях зберігалися у 29,63 % хворих, у 50,0 % виявляли дрібні залишкові порожнини в легенях, у 22,73 % залишалися зміненими показники крові (переважно збільшення ШОЕ) і у 11,11 % випадків зберігалася бактеріовиділення. У подальшому всіх хворих продовжували лікувати амбулаторно або в інших протитуберкульозних закладах області, і їх вважали вилікованими.

Слід звернути увагу, що 33,33 % хворих перебували в стаціонарі менше 3 міс, тобто більшість із них перервали стаціонарне лікування ще до закінчення інтенсивної фази терапії. Під час лікування в стаціонарі 18,52 % хворих призначено тільки по 2—3 протитуберкульозних препарати. Порушували режим (зловживали алкоголем, самовільно залишали стаціонар та ін.) 29,6 %. У 10,67 % хворих туберкульоз поєднувався з цукровим діабетом, у 9,33 % — з ВІЛ/СНІДом. Звісно, це позначилося на наслідках лікування.

Вважається, що констатувати клінічне вилікування хворого на туберкульоз можна за умови, що період клінічного благополуччя становить не менше 1—2 років після закінчення ефективного основного курсу. Тобто про рецидив мова може йти не раніше ніж через 1,5—2 роки (6—8 міс курс лікування і 1—2 роки клінічного благополуччя) після встановлення діагнозу ВДТБ. У 22,22 % хвороба рецидивувала вже через рік після встановлення діагнозу ВДТБ, що вказує на занадто раннє переведення їх у неактивну групу диспансерного обліку.

Існує думка, що для виникнення рецидивів мають значення залишкові зміни в легенях після попереднього випадку туберкульозу. Наше дослідження свідчить, що частота рецидивів залежить від інтенсивності хіміотерапії та ефективності лікування попереднього випадку хвороби, а виразність посттуберкульозних змін у легенях має більше значення для розвитку клінічної форми повторного захворювання. Так, у 33,33 % пацієнтів рецидив туберкульозу характеризувався виникненням поширеніших клінічних форм туберкульозу, у 66,67 % повторний випадок захворювання був деструктивним (серед тих, у кого попередній випадок хвороби був без ознак деструкції), у 44,44 % спостерігалася бактеріовиділення (серед тих, у кого ВДТБ перебігав без бактеріовиділення) і у 69,23 % виявили резистентність МБТ до протитуберкульозних препаратів (серед тих, у кого резистентності МБТ не було).

Отже, рецидиви туберкульозу посідають особливе місце в епідемічній ситуації з туберкульозу в Полтавській області та Україні загалом, позаяк значна частина цих хворих є бактеріовиділовачами (за даними ВООЗ, у 44 % встановлюють мультирезистентність), а ефективність лікування рецидивів туберкульозу, особливо з бактеріовиділенням, низька (за результатами когортного аналізу, в Україні в 2010 р. — 35,3 %), і ці хворі стають основним джерелом хронічних деструктивних хіміорезистентних форм туберкульозу і поширення його мікобактерій.

### Висновки

Серед основних чинників ризику виникнення рецидивів туберкульозу в Полтавській області слід виділити такі:

- недостатня тривалість лікування в стаціонарі з приводу ВДТБ (33,33 % пацієнтів лікували в стаціонарі менше 3 міс);
- недбале ставлення до власного здоров'я (29,63 % порушували режим лікування, 20,0 % зловживали алкоголем, 39,31 % курили);
- недостатній об'єм антимікобактеріальної терапії (18,52 % хворих приймали тільки по 2–3 протитуберкульозних препарати);
- раннє переведення хворих у неактивну групу диспансерного обліку (у 22,22 % пацієнтів туберкульоз рецидивував через рік після ВДТБ);
- наявність супутньої патології (цукровий діабет — у 10,67 %, ВІЛ/СНІД — у 9,33 % та ін.).

### Список літератури

1. Аджемян А.А., Маркарян Н.Р., Мкртчян М.М. Основные причины, приводящие к необходимости повторного лечения туберкулеза легких в Армении за последние 10 лет // Туберкулез и болезни легких.— 2009.— № 10.— С. 37–40.
2. Арефьева Э.В. Социально-гигиеническое исследование причин и факторов развития рецидивов туберкулеза по данным мониторинга в субъекте Российской Федерации: Автореф. дис. ...канд. мед. наук: 14.00.26/Арефьева Элина Викторовна; Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова.— М., 2009.— 26 с.
3. Бондаренко В.Г., Рева О.А. Проблеми захворюваності на туберкульоз в поєднанні з ВІЛ/СНІД // Вісн. Укр. мед. стомат. акад. Актуальні проблеми сучасної медицини.— 2010.— Т. 10, вип. 2.— С. 153–155.
4. Грицук Л.А., Рудик В.Д., Градова О.І. [та ін.]. Причини, частота і характер рецидивів туберкульозу у Тернопільській області // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція.— 2010.— № 1 (01).— С. 68–71.
5. Новожилова И.А., Васильева И.А., Пузанов В.А. Причины рецидивов туберкулеза легких у больных Ивановской области // Туберкулез и болезни легких.— 2011.— № 10.— С. 55–58.
6. Петренко В.М., Черенько С.О., Литвиненко Н.А. та ін. Проблеми рецидивів туберкульозу легень // Укр. пульмонол. журн.— 2008.— № 2.— С. 60–64.
7. Рабухин А.Е., Струков А.И., Упитер М.З. О проблеме своевременного выявления туберкулеза органов дыхания // Проблемы туберкулеза.— 1978.— № 7.— С. 14–19.
8. Туберкульоз в Україні: аналітично-статистичний довідник за 2000–2011 роки / За ред. О.К. Толстанова.— К.: Поліум, 2012.— 97 с.
9. Урсов И.Г. Эпидемиология туберкулеза и диспансеризация населения.— Новосибирск: ГП «Новосибирский полиграфкомбинат», 2003.— 182 с.
10. Черенько С.О., Роенко Г.М., Погребна М.В. Особливості перебігу рецидивів туберкульозу у ВІЛ-інфікованих та наслідки їх лікування // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція.— 2012.— № 4— С. 13–19.
11. Эйнис В.Л. Рецидивы и обострения туберкулеза легких // Труды VII Всесоюзного съезда фтизиатров.— М., 1966.— С. 13–21.

А.Г. Ярешко, Н.Г. Бойко, М.В. Кулиш, В.Г. Бондаренко, А.К. Вородюхина  
ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», Полтава

## Основные факторы риска возникновения рецидивов туберкулеза в Полтавской области

**Цель работы** — определить основные факторы риска возникновения рецидивов туберкулеза в Полтавской области.

**Материалы и методы.** Изучены истории болезни и амбулаторные карты 54 пациентов с впервые выявленным туберкулезом легких, у которых в дальнейшем был диагностирован рецидив туберкулеза.

**Результаты и обсуждение.** Среди основных факторов риска возникновения рецидивов туберкулеза в Полтавской области следует выделить следующие: небрежное отношение к своему здоровью, злоупотребление алкоголем, недостаточная продолжительность лечения в стационаре по поводу первого случая туберкулеза, недостаточный объем химиотерапии, ранний перевод больных в неактивную группу диспансерного учета, сопутствующая патология.

**Выводы.** Результаты исследования указывают на особое место рецидивов в эпидемической ситуации по туберкулезу в Полтавской области. Значительная часть больных является бактерио-

выделителями, а эффективность их лечения низкая, поэтому эти больные становятся основным источником хронических деструктивных химиорезистентных форм туберкулеза и распространения его микобактерий.

**Ключевые слова:** туберкулез, рецидив, факторы риска.

A. H. Yareshko, M. H. Boiko, M. V. Kulish, V. H. Bondarenko, A. K. Vorodiukhina  
HSEEU «Ukrainian Medical Stomatological Academy», Poltava, Ukraine

## Main risk factors for relapse of tuberculosis in Poltava region

**Objective** – to identify the main risk factors for relapse of tuberculosis in Poltava region.

**Materials and methods.** The study conducted analysis of case histories and hospital records of 54 patients with newly diagnosed pulmonary tuberculosis, who was later diagnosed a relapse of tuberculosis.

**Results and discussion.** The main risk factors for relapse of tuberculosis in the Poltava region are health neglect, alcohol abuse, insufficient duration of treatment in a hospital on the first admission, inadequate treatment regimen, early transfer of patients in the inactive follow-up group, presence of comorbidities.

**Conclusions.** The results emphasize the special place of relapses of tuberculosis in epidemic situation in the Poltava region. Most of these patients are smear positive and show low effectiveness of treatment, thus becoming the main source of chronic destructive drug-resistant tuberculosis cases and spread of *Mycobacterium tuberculosis*.

**Key words:** tuberculosis, relapse, risk factors.

---

### Контактна інформація:

Ярешко Анатолій Григорович, д. мед. н., проф. кафедри фтизіатрії  
36038, м. Полтава, вул. Шевченка, 23. Тел. (05322) 7-20-47  
E-mail: anatolijyareshko@yandex.ru

Стаття надійшла до редакції 4 липня 2013 р.