

Summary

PECULIARITIES OF CLINICAL COURSE OF PREGNANCY IN WOMEN INFECTED WITH GRIPPE VIRUS

Shpak I.V.

Keywords: pregnancy, flu, obstetrical and prenatal complications.

959 women who had experienced or were experiencing gripe infection during the pregnancy were examined in order to detect and to verify obstetrical and perinatal complications. The pregnant females who were infected with gripe virus had the course of pregnancy characterized with toxicities, preeclampsia, threat of miscarriage and preterm delivery, low implantation, placental dysfunction, preterm placental aging and separation, hydramnion, hypoxia, and retardation of fetus growth. The severity of these signs consisted in their quantitative indicators and the degree of their severity that depended on the clinical manifestations of gripe. It is important to define the individual characteristics of gestation in pregnant women infected with gripe virus. This enables to prevent the development of serious complications by various preventive measures.

УДК: 616-002.5:616.379.008.64

Шперно О.Г., Руденко В.В., Бойко М.Г.

ВПЛИВ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ НА РОЗВИТОК РЕЦИДИВУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ТА ЙОГО ПОДАЛЬШИЙ ПЕРЕБІГ ЗА ДАНИМИ ПОЛТАВСЬКОГО ОБЛАСНОГО ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ДИСПАНСЕРУ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Незважаючи на значну увагу до проблеми туберкульозу в нашій країні з боку держави та міжнародних організацій з питань охорони здоров'я, значних успіхів в цьому напрямку не було досягнуто, принаймні по Полтавській області. Серед першочергових проблем, які визначають ефективність боротьби з туберкульозом в області потрібно виділити проблему лікування поєднаної патології та попередження розвитку хіміорезистентності збудника. Вирішення цих проблем на сучасному етапі боротьби з туберкульозом значно поліпшить епідеміологічну ситуацію на лише певного регіону, але й на загальнодержавному рівні. Розуміння особливостей патогенезу та перебігу захворювання на туберкульоз в разі наявності поєднаної патології сприятиме більшій ефективності лікування та суттєво зменшить ризик розвитку хіміорезистентності.

Ключові слова: туберкульоз, цукровий діабет, хіміорезистентний туберкульоз, Полтавська область.

Робота є фрагментом НДР кафедри фтизіатрії: «Визначити основні фактори ризику рецидивів туберкульозу легень та розробити оптимальні методи їх діагностики», номер державної реєстрації 0108U000216.

Відомо, що туберкульозом інфікована одна третина населення світу. Щорічно від туберкульозу помирають 2 мільйони чоловік і приблизно у 8 мільйонів чоловік діагностують туберкульоз[1;2;3]. Наведені дані не можуть не вражати, оскільки неозброєним оком видно, що ситуація відносно туберкульозу більше ніж критична. Саме тому у 1993 році Всесвітня організація охорони здоров'я оголосила туберкульоз глобальною проблемою. Україна згідно критеріїв ВООЗ віднесена до країн з високим рівнем захворюваності на туберкульоз. А з1995 року кількість хворих на туберкульоз в Україні перевищила 1% населення,що згідно критеріїв ВООЗ є епідемією[2;6;7]. Щогодини в нашій країні на туберкульоз хворіють 4 людини і помирає від нього 1 людина. Середня захворюваність на туберкульоз по Україні становить 78.5 на 100 тис. населення[7]. Звідси робимо висновок , що туберкульоз, без перебільшення, найбільша медико-соціальна проблема нашої країни на даному етапі її розвитку. А останнім часом масло у вогонь підливає ще й значне зростання випадків рецидиву туберкульозу та хіміорезистентного

туберкульозу[1].

Мета роботи

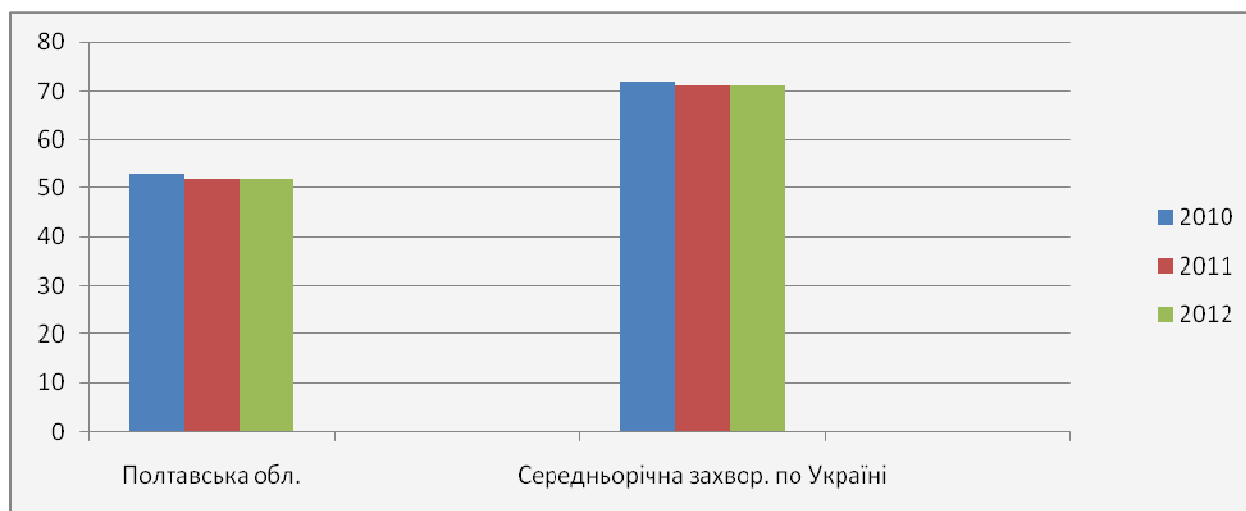
Вивчити вплив цукрового діабету на розвиток рецидиву туберкульозу та його подальший перебіг.

Матеріал та методи дослідження

Проведено комплексний аналіз статистичних даних, отриманих в процесі обробки історій хвороб в архіві Полтавського обласного протитуберкульозного диспансеру. Визначені основні патогенетичні аспекти виникнення рецидиву туберкульозу у хворих на цукровий діабет та подальше формування у них хіміорезистентності.

Результати дослідження та їх обговорення

За статистичними даними Полтавського обласного протитуберкульозного диспансера за останні 2 роки епідеміологічна ситуація по туберкульозу в Полтавському регіоні покращилася в порівнянні з іншими регіонами нашої держави (Мал.1).



Мал. 1. Захворюваність на туберкульоз по Україні та Полтавській області.

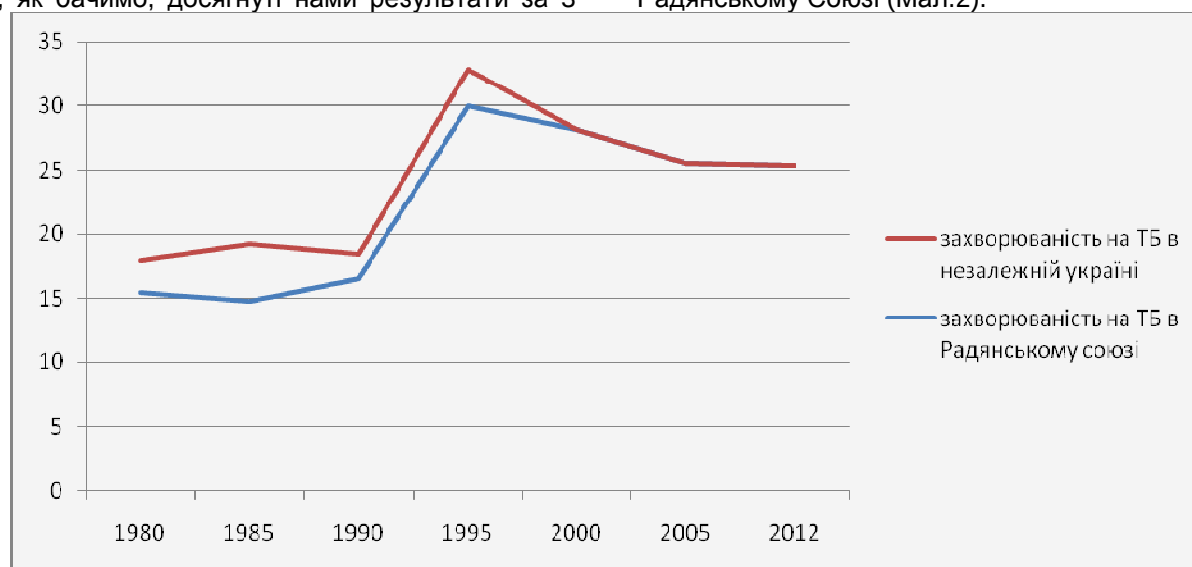
В 2010 році захворюваність на всі форми активного туберкульозу в Полтавській області була 52,9, в 2011 році – 51,5, а в 2012 році – 51,1 на 100 тисяч населення, тоді як по Україні середньорічна захворюваність на туберкульоз складала відповідно 72,9; 71,9 та 71,4 на 100 тисяч населення в 2012 році.

Зрозуміло, що за кілька останніх років ситуація з туберкульозом покращилася як на рівні Полтавської області, так і на рівні країни в цілому [4]. Але як бачимо, це покращення не дуже значне, коли взяти до уваги ще й період часу, за який було досягнуто це «покращення», то стає зрозумілим, що можливо «оптимістичні» цифри отримані нами не такі вже й оптимістичні, якими здавалися на перший погляд. Не важко порахувати, що захворюваність на туберкульоз за останні 3 роки знизилася по Полтавській області на 1,8, а по Україні в середньому на 1,5 [8]. Отже, як бачимо, досягнуті нами результати за 3

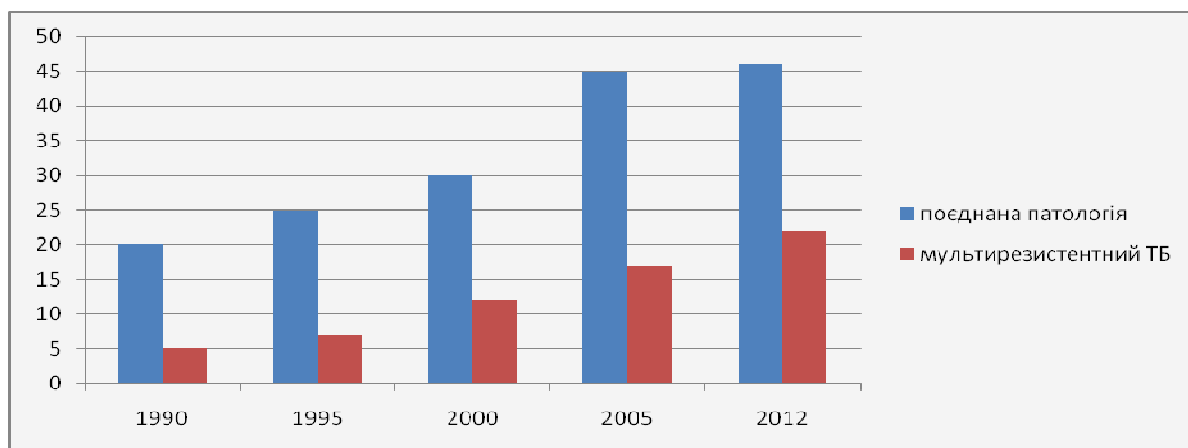
роки кропіткої сумлінної праці не такі вже й вражаючі чи, навіть, навпаки приголомшливі, адже досягнутий результат і близько не відповідає затратам на його досягнення. Тут мова йде не лише про гроші та матеріальні цінності, але й про витрачений час, за який можна було б досягти куди більш високих результатів.

Але в чому ж проблема, чому ми не досягли потрібного результату, незважаючи на суттєве поліпшення фінансування фтизіатричної ланки охорони здоров'я, допомогу в боротьбі з туберкульозом громадських організацій, благодійних фондів, держави та міжнародних організацій?

Відповідь на це питання доволі проста. Бурхливий розвиток боротьби з туберкульозом в Україні припав на середину 90-тих років XX століття, невдовзі після оголошення ВООЗ епідемії туберкульозу в нашій країні. До цього часу вважалося, що туберкульоз було подолано ще в Радянському Союзі (Мал.2).



Мал. 2. Захворюваність на ТБ на різних етапах становлення України

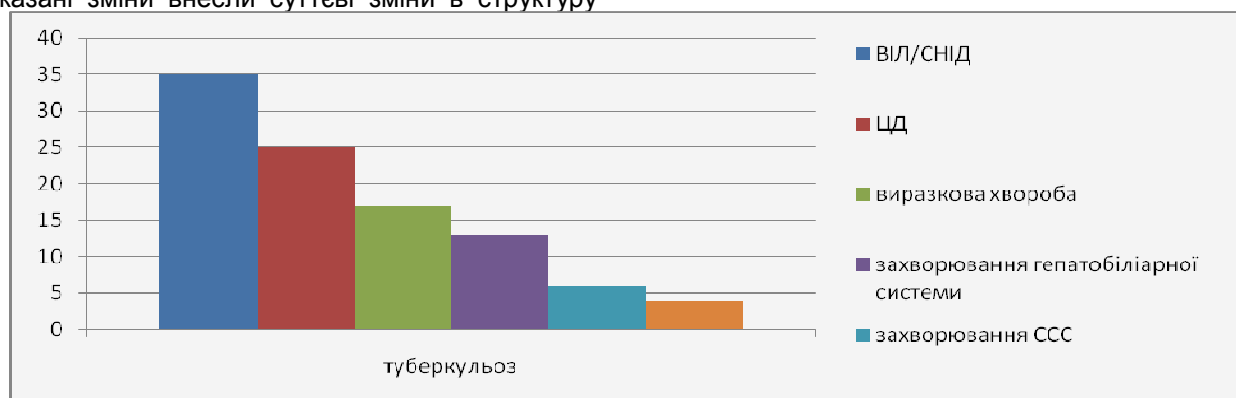


Мал. 3. Відсоток поєднаної патології та мультирезистентного туберкульозу

Як бачимо, за весь час існування незалежної України відбувається безперервний прогресивний ріст питомої ваги поєднаної патології та мультирезистентного туберкульозу в структурі захворюваності на туберкульоз (Мал.3) [8]. В 1990 році поєднана патологія та мультирезистентний туберкульоз складала 20% та 5% відповідно в структурі захворюваності на туберкульоз, тоді як вже в 2000 році ці показники становили – 30% та 12%, а в 2012 році – 46% та 22%. Зрозуміло, що вказані зміни внесли суттєві зміни в структуру

захворюваності на туберкульоз, з якими необхідно рахуватися на всіх етапах боротьби з цією недугою для досягнення максимально прийнятого результату.

Найчастіше туберкульоз поєднується з ВІЛ/СНІД, цукровим діабетом, виразковою хворобою шлунку та дванадцятипалої кишки, захворюваннями гепатобіліарної системи, патологією з боку серцево-судинної та нервової системи (Мал.4).

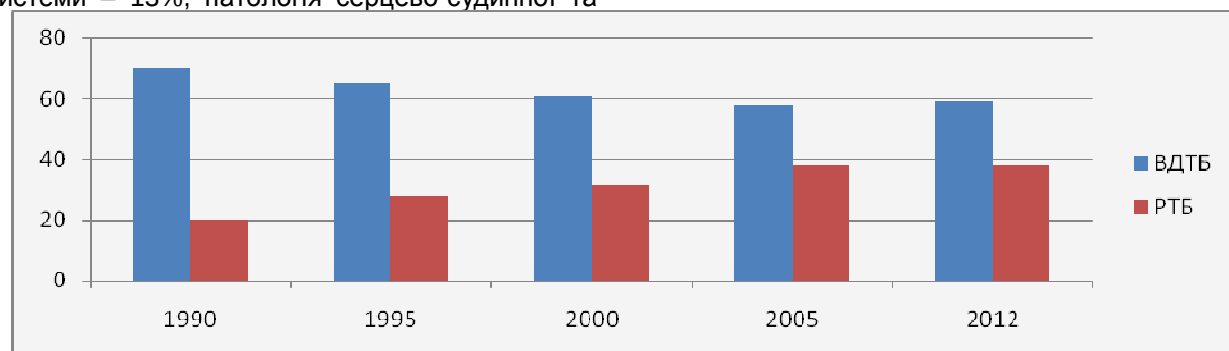


Мал. 4. Поєднана патологія туберкульозу з іншими захворюваннями

Отже найчастіше туберкульоз поєднується з ВІЛ/СНІД в 35% випадків, на другому місці перебуває поєднання з цукровим діабетом – 25% випадків, виразкова хвороба зустрічалася у 17% хворих на туберкульоз, хвороби гепатобіліарної системи – 13%, патологія серцево-судинної та

нервової системи – 6 та 4% відповідно.

Крім того за останні кілька років зросла роль рецидивів у структурі туберкульозу в порівнянні з вперше діагнованим туберкульозом, якому ще донедавна належала провідна роль (Мал.5)

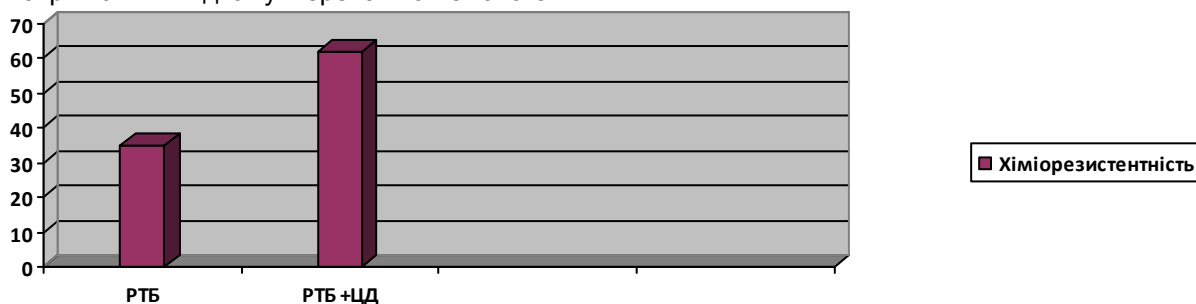


Мал. 5. Роль ВДТБ та РТБ в структурі туберкульозу

Неважко простежити виразну тенденцію до зростання питомої ваги рецидивів туберкульозу, ролі поєднаної патології та хіміорезистентності в структурі захворюваності на туберкульоз. Ще більш очевидним фактом є те, що ці три фактори взаємопов'язані і мають беззаперечний вплив одне на одного. Розглянемо основні шляхи взаємодії і взаємного впливу вказаних факторів. Поєднану патологію розглянемо через призму перебігу цукрового діабету, оскільки його питома вага в структурі поєднаної патології за останні роки значно зросла і продовжує стрімко зростати. Тим паче загальновідомим лишається той факт, що саме захворювання на цукровий діабет значно обтяжує перебіг туберкульозного процесу і є одним з основних факторів ризику розвитку рецидиву туберкульозу (рівень доказовості А) [5].

Саме цукровий діабет з усієї супутньої патології найбільш часто викликає загострення туберкульозного процесу і відповідно рецидив туберкульозу. Внаслідок порушення всіх видів обміну при цукровому діабеті порушується проникність всіх біологічних мембран. Ці порушення проявляються їх підвищеною проникністю та переважанням явищ ексудації, внаслідок безперешкодного виходу в зону ураження медіаторів запалення [5;6]. Саме за таким механізмом реактивуються старі вогнища туберкульозної інфекції. Важливу роль реактивації посттуберкульозних залишкових змін відіграють значне енергетичне виснаження організму та аутосенсibiлізація до власних тканин, що характерно для цукрового діабету [3]. Зміни в організмі при цукровому діабеті сприяють швидкому переважно гематоген-

ному поширенню збудника, внаслідок чого виникають поширені форми туберкульозного процесу. Крім цього при цукровому діабеті спостерігається схильність до гіперсенсibiлізації, що ускладнює перебіг основного захворювання виникненням алергічних реакцій різного ступеня вираженості, що призводить до зміни схеми лікування і часто є загрозою потенційного виникнення хіміорезистентності збудника. Крім того кожен новий випадок рецидиву так чи інакше веде до розвитку хіміорезистентності в тій чи іншій мірі. Цукровий діабет значно погіршує перебіг туберкульозу, пролонгуючи тривалість захворювання, при цьому перебіг захворювання більш важкий з переважанням явищ альтерації та ексудації. В хворих з такою поєднаною патологією спостерігається схильність до розвитку полісерозитів, що також суттєво погіршує прогноз захворювання. Ще однією особливістю «тандему» цих двох захворювань є високий ризик виникнення непереносимості лікарських засобів, застосованих для етіотропного лікування, що неодмінно призводить до зміни схеми та тактики лікування і в подальшому сприятиме розвитку хіміорезистентності збудника туберкульозу. Крім того виражені порушення гемодинаміки на всіх її рівнях при цукровому діабеті призводить до частого приєднання вторинної інфекції з розвитком неспецифічного запалення, що призводить в свою чергу до призначення неспецифічної антибіотикотерапії і веде до виникнення медикаментозної поліпрагмазії, що по своїй суті є просто ще одним щаблем до розвитку мультирезистентного туберкульозу (Мал.6).



Хіміорезистентність при поєднаній патології

Якщо вперше діагностований туберкульоз в своїй більшості випадків можливо вилікувати, уникнувши тяжких ускладнень, великих залишкових змін, інвалідизації, то в разі рецидиву туберкульозу запобігти тяжким його наслідкам майже не вдається. Рецидив туберкульозу в 75% випадків протікає важко з наявністю резистентності збудника до основних протитуберкульозних препаратів. Для порівняння первинна резистентність до протитуберкульозних препаратів першого ряду при ВДТБ складає лише 17%, а відсоток інвалідизації в 10 раз нижчий ніж при РТБ. Але найгірше те, що хворі з РТБ представляють собою найбільше і найнебезпечніше джерело інфекції із збудником стійким до основних

протитуберкульозних препаратів. В більшості випадків РТБ з протікає з вираженою деструкцією на тлі старих фіброзно-циротичних змін різного ступеня вираженості. Саме такі вище вказані зміни в уражених органах є однією з найважливіших причин важкості лікування хворих з РТБ. Оскільки рубцеві зміни в патологічному вогнищі утворюють перешкоди для проникнення лікарських засобів в зону ураження, внаслідок чого значно знижується ефективність лікування і відповідно збільшуються строки лікування хворих з РТБ. При цьому згідно проведених досліджень значно збільшується тривалість бактеріовиділення, а такі хворі в 40% випадків стають хронічними носіями збудника туберкульозу. Да-

на ситуація виникає внаслідок того, що і самі мікобактерії туберкульозу потрапляють в своєрідну пастку, з якої тривалий час не можуть вибратися. Такі люди і стають найбільш небезпечним та відносно стабільним джерелом туберкульозної інфекції, а їх лікування витратне і малоефективне, лише в 7% випадків вдається досягнути більш менш стійкого абацилювання. Переважна більшість (93%) таких хворих стійко втрачають працездатність і знаходяться на групі інвалідності протягом усього життя.

Ще одна причина вважати РТБ більш епідеміологічно несприятливим ніж ВДТБ, це те, що більшість випадків РТБ протікає з наявністю вторинної стійкості збудника до основних ПТП, а подекуди і до ПТП II ряду. Якщо 75% випадків ВДТБ перебігає без хіміорезистентності і ефективність лікування складає більше 85, то в разі РТБ у 95% випадків наявна хіміорезистентність в тій чи іншій мірі і ефективність лікування відповідно в 2,5 рази нижча. Хворі з резистентним збудником хоча б до одного з препаратів I-го ряду – це вже несприятливий прогноз щодо остаточних результатів лікування. Хворі на туберкульоз лікуються за стандартними 4-5 компонентними схемами відповідно до наказів МОЗ України, а для лікування хворих з хіміорезистентністю ці схеми не підходять, оскільки в цих випадках необхідно застосовувати індивідуальні схеми лікування. Мета індивідуальних схем лікування полягає в тому щоб максимально ефективно замінити препарат, до якого є резистентність, іншим препаратом до якого в збудника зберігається чутливість. Але проблема в тому, що в світі досі немає ліків, які могли б адекватно, а головне рівноцінно замінити якийсь з препаратів I ряду. З цією метою застосовують ПТП II ряду, але вони менш ефективні і куди дорожчі. Хворі з резистентними штамами в більшості випадків також перетворюються на хронічне джерело інфекції. Найбільша кількість бюджетних коштів, виділених на боротьбу з туберкульозом, витрачається саме на лікування хворих з медикаментозною резистентністю. 86% хворих з резистентністю хоча б до одного ПТП I-го ряду стійко втра-

чають працездатність і отримують відповідну групу інвалідності. В цій групі хворих спостерігається найвищий рівень смертності та найвищий відсоток невдалого і неефективного лікування.

Висновки:

1. Незважаючи на активну участь держави та світової спільноти в боротьбі з туберкульозом не досягнуто потрібних результатів, перш за все через зміну структури самого захворювання на туберкульоз.

2. За останні кілька років в структурі захворюваності на туберкульоз переважають поєднані патології та мультирезистентні форми.

3. Цукровий діабет є одним з основних факторів ризику розвитку рецидиву туберкульозу та виникнення хіміорезистентності збудника в подальшому.

4. Поєднання цукрового діабету та туберкульозу значно погіршує перебіг і прогноз останнього.

5. Поєднана патологія туберкульозу та цукрового діабету, хіміорезистентність збудника призводять до неефективного лікування, непінного зростання рівня інвалідизації працездатного населення та смертності, що тягне за собою величезні необґрунтовані витрати з державного бюджету.

Література

1. Абрамовська А.К. Сучасна клініка, діагностика, лікування рецидивів туберкульозу легень / А.К. Абрамовська // Проблеми туберкульозу і хвороб легень, наук. журн. – 2007. – Т.3, №8. – С.47-51.
2. Бородуліна Є.А. Методи виявлення і поширеність процесу у хворих з вперше діагностованим туберкульозом легень в ЗЛМ / Є.А. Бородуліна // Пульмонологія, наук.-практ. журн. – 2009. – №5. – С.93-95.
3. Ільїнська І.Ф. Механізм імуносупресії при туберкульозі / І.Ф. Ільїнська, С.Г. Ясир // Лабораторна діагностика. – 2011. – №9. – С.47-55.
4. Новожилова І.А. Причини рецидивів туберкульозу легень у хворих Іванківської області / І.А. Новожилова // Туберкульоз та хвороби легень. – 2011. – №10. – С.55-58.
5. Філатова О.В. Медична допомога хворим на хіміорезистентний туберкульоз / О.В. Філатова, М.Г. Бойко // Актуал. пробл. сучасн. мед.: Вісн. Укр. мед. стомат. акад. – 2010. – Т.10, №2. – С.47-48.
6. Гапоненко Г.Є. Сучасна клініка, діагностика, лікування рецидивів туберкульозу легень / Г.Є. Гапоненко // Проблеми туберкульозу і хвороб легень. – 2009. – Т.3, №5. – С.41-48.

Реферат

ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА НА РАЗВИТИЕ РЕЦИДИВА ТУБЕРКУЛЕЗА И ЕГО ДАЛЬНЕЙШЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ПО ДАННЫМ ПОЛТАВСКОГО ОБЛАСТНОГО ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ДИСПАНСЕРА

Шперно О.Г., Руденко В.В., Бойко М.Г.

Ключевые слова: туберкулез, сахарный диабет, химиорезистентный туберкулез, Полтавская область.

С целью изучения влияния заболевания сахарным диабетом на развитие рецидива туберкулеза и особенностей его дальнейшего течения был проведен комплексный анализ статистических данных, полученных в результате обработки историй болезней из архива Полтавского областного противотуберкулезного диспансера. Исследование показало, что, несмотря на некоторое улучшение ситуация с туберкулезом в области остается довольно сложной. Одной из основных причин такой ситуации является рост сочетанной патологии в структуре, которой важное место занимает сочетание сахарного диабета и туберкулеза, что значительно усложняет и отягощает течение в первую очередь туберкулеза и ведет к неблагоприятному исходу заболевания. Не менее значимым является, то, что такая комбинация заболеваний зачастую ведет к формированию химиорезистентности возбудителя и усугублению эпидемиологической ситуации в Украине.

Summary

IMPACT PRODUCED BY DIABETES MELLITUS UPON RELAPSE OF TUBERCULOSIS AND ITS FURTHER COURSE BY DATA OBTAINED FROM DEPOSITORY OF POLTAVA REGIONAL ANTITUBERCULOSIS CLINIC

Shperno O.G., Rudenko V.V., Boyko M.G.

Key words: tuberculosis, diabetes mellitus, chemoresistant tuberculosis, Poltava region.

To study the impact produced by diabetes mellitus upon the relapse of tuberculosis (TB) and the peculiarities of its further clinical course we carried out complex analysis of statistic data obtained from case histories taken from the archival depository of Poltava Regional Antituberculosis Clinic. The study demonstrated that in spite of some improvement of the situation with TB, this is a real concern in the region. Among the main causes of this situation is the increase of combined pathologies where the leading positions are held by the combination of diabetes mellitus and TB. This considerably complicates and burdens the courses of TB and leads to unfavorable outcome of the disease. No less important that such combination of the diseases results in the chemoresistance of causative agent that in turn aggravates epidemiological situation in Ukraine.