

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ЛЕГЕНЕВОЮ ФОРМОЮ ТУБЕРКУЛЬОЗУ СЕРЕД ПРАЦІВНИКІВ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ

Ергард Наталія Миколаївна

асистент кафедри судової медицини Національного медичного
університету ім. О.О. Богомольця

За останні роки почастишали випадки виникнення легеневої форми туберкульозу серед працівників судово-медичної служби, особливо серед медичного персоналу, який безпосередньо працює у відділі судово-медичного дослідження трупів. Частота виникнення туберкульозу у цих груп населення пов'язана перш за все з важкими умовами праці та низьким рівнем санітарно-епідеміологічного надзору міських та обласних моргів. Крім того, не можливо не зазначити, що у зв'язку із погіршенням фінансування ланки судово-медичної служби зменшилась і кількість профілактичних путівок для персоналу судово-медичної галузі, медичні працівники не тільки не мають можливості поїхати на оздоровлення у спеціалізовані санаторії за рахунок профспілок (які зобов'язані видавати державні путівки), але й за власний рахунок – тому що низьке фінансування медичних працівників значно обмежує можливості стежити за своїм здоров'ям.

Проте, це не єдина проблема, яка визначає рівень захворюваності туберкульозом серед медичних працівників. Іншою проблемою виступає діагностика, лікування та профілактика самого туберкульозного процесу.

Так, наприклад, профілактичні огляди хоч і передбачені законодавством, проте, частота їх проведення значно знижена, або взагалі проводиться лише на «папері», тобто проведена умовно без огляду самої особи. А низький рівень профілактичних оглядів веде до пізньої діагностики туберкульозу.

І, навіть, коли туберкульоз виявлений та підтверджений діагностичними методами, все ж проблема виліковності залишається провідною. На цей процес

впливає не тільки висока резистентність туберкульозного процесу до медичних препаратів, але й генотип ацетилювання хворих на туберкульоз.

Так, наприклад, згідно Протоколу надання медичної допомоги хворим на туберкульоз наказ МОЗ України від 28.01.05 № 45: «...Протитуберкульозні препарати I ряду (ізоніазид, рифампіцин, стрептоміцин, етамбутол, піразинамід) призначають хворим на вперше виявлений туберкульоз та рецидиви захворювання, які виділяють чутливі *Micobacterium tuberculosis* (МБТ) (хворі I – III категорій). За активністю протитуберкульозні препарати поділяють на 3 групи: найбільш ефективні (ізоніазид, рифампіцин), помірно ефективні (стрептоміцин, канаміцин, амікацин, етамбутол, піразинамід, офлоксацин, ципрофлоксацин, етіонамід, протіонамід, капреоміцин, циклосерін), менш ефективні (ПАСК, тіоацетазон). Протитуберкульозні препарати I ряду, які використовують для лікування вперше виявлених хворих на туберкульоз легень та рецидиви захворювання (рівень переконливості доказів — А)»:

Протитуберку-льозні препарати (аббревіатура)	Рекомендовані дози					
	щоденний		через день або 3 рази на тиждень		2 рази на тиждень	
	мг/кг	г	мг/кг	г	мг/кг	г
Ізоніазид (H)	5 (4-6)	0,3-0,45	10 (8-12)	0,6	15 (13-17)	0,6-0,9
Рифампіцин(R)	10 (8-12)	0,6	10 (8-12)	0,6	10 (8-12)	0,6
Піразинамід (Z)	25 (20-30)	1,5-2,0	35 (30-40)	2,5-3,0	50 (40-60)	3,5-5,0
Стрептоміцин (S)	15 (12-18)	1,0	15 (12-18)	1,0	15 (12-18)	1,0
Етамбутол (E)	15 (15-20)	1,2-1,6	30 (25-35)	1,6-2,0	45 (40-50)	2,4-2,8

Слід зауважити, що особлива увага приділяється ізоніазиду (H), який згідно наказу МОЗ України № 384 від 09.06.2006 року призначають хворим на легеневий туберкульоз внутрішньо з розрахунку 4-6 мг/кг на добу. Проте, враховуючи те, що існує різне генотипне ацетилювання у хворих на туберкульоз, дане дозування може не лише зменшувати ефективність лікування, а іноді й взагалі не впливати на лікування. Так, дослідженнями Одеського національного медичного університету (Кресюн В.Й., Антоненко П.Б., Годован В.В., Антоненко К.О.) за допомогою полімеразної ланцюгової реакції NAT2 (N – ацетилтрансфераза 2) поліморфізм NAT2*5, *6 і *7 було виміряно вміст ізоніазиду у венозній крові через 2, 4 і 6 годин після прийому

стандартної дози згідно методики Волленберга в модифікації Р.І. Шендерової з використанням спектрофотометрії. За результатами проведених досліджень було встановлено, що із 84 хворих на туберкульоз легень згідно NAT2 генотипу 39,3% індивідів були швидкими або повільними ацетиляторами, решта – 60,7% належали до повільних ацетиляторів. Для досягнення достатнього терапевтичного ефекту через 2 години після введення концентрація ізоніазиду в крові наростала швидше у швидких та помірних ацетиляторів, і незначно – у повільних ацетиляторів, через 4 години – зменшувалась у швидких та помірних ацетиляторів, а у повільних – не досягали мінімальної ефективної концентрації, а через 6 годин після введення ізоніазиду його вміст впав нижче рекомендованої терапевтичної концентрації (0,5 мг/кг).

Ці дані змушують замислитися над ефективність лікування ізоніазидом, який входить до I категорії і вважається найбільш ефективним для лікування туберкульозу легень. Тому важливо включити цю вищевказану методику до переліку діагностичних обстежень хворих на туберкульоз легень для того, щоб найбільш доцільно підбирати ефективне дозування виходячи не лише з позиції маси тіла хворого, але й з врахування індивідуального генного ацетилювання кожного хворого, щоб в майбутньому зменшило б рівень таких ускладнень лікування туберкульозу як утворення кавернозних форм, що дуже часто зустрічаються у хворих на туберкульоз як результат неправильно підібраних схем лікування.