

следовательно наклон стенок полости в 45 градусов следует считать оптимальным.

Перспективы дальнейших исследований. На основании проведенных расчетов планируется создание, внедрение и практическая апробация метода препарирования позволяющего унифицировать подготовку полостей первого класса по Блеку в независимости от дальнейшей тактики лечения.

and therefore the slope of the walls of a cavity of 45 degrees should be considered optimal.

Prospects for further study. On the basis of these calculations will be designing, implementing and testing the practical methods of preparation to standardize the preparation of the cavities of the Blake first class, regardless of further treatment strategy.

Литература

1. Боровский Е.В. Клинико-лабораторное исследование состояния пломб полостей класса I / Е.В. Боровский, С.Н. Носикова // Стоматология для всех. – 2012. - №1. – С. 10-11.
2. Носикова С.Н. Качество прямых реставраций полостей класса I / С.Н. Носикова // Сборник научных трудов Sworld. Материалы международной научно-практической конференции «Современные проблемы и пути их решения в науке, транспорте, производстве и образовании 2011. – Выпуск 4. Том 37. – Одесса: Черноморье, 2011.– С. 19-22.
3. Смотров А.Б. Клинический анализ окклюзионных контактов при прямой и непрямой реставрации зубов жевательной группы: автореф. Дис. на здобуття наук, ступеня канд. Мед.наук : спец. ВАК РФ: 14.01.14 „Стоматология” / А.Б. Смотров. – Москва, 2012. – 20 с.
4. Fuhrer N. Restoring posterior teeth with a novel indirect composite resin system. / Fuhrer N. // J Esthet Dent. – 1997. – № 9. – С. 124-130.
5. Latta M.A. Bond strength of a resin cement to a cured composite inlay material. / M.A. Latta, W.W. Barkmeier // J Prosthet Dent. – 1994. – № 72. – С. 189-193.

References

Реферат

РОЗРАХУНОК ДОЦІЛЬНОСТІ СТВОРЕННЯ ДОДАТКОВОГО НАХИЛУ СТІНОК КАРІОЗНОЇ ПОРОЖНИНИ ДЛЯ ПОСИЛЕННЯ АДГЕЗІЇ МАТЕРІАЛУ

Удальцова К.А.

Проведені в статті розрахунки показують, що доцільне створення додаткового нахилу стінок каріозної порожнини в незалежності від використаної адгезивної техніки й матеріалу. При будь-якій комбінації розклинаюча сила, що виникає при утворі нахилу, буде менше різниці сили адгезії до створення нахилу й після нього.

Ключові слова: пряма реставрація, дивергенція, каріозна порожнина, препарування, адгезія.

Стаття надійшла 15.01.2013 р.

Рецензент Скрипнікова Т.П.

УДК 616.24-002.5-085.23

О.В. Філатова, М.Г. Бойко

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

ЗАСТОСУВАННЯ СТАНДАРТНОЇ ТА ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОМУ ТУБЕРКУЛЬОЗІ

Зроблений аналіз ефективності стандартного режиму протитуберкульозної терапії хіміорезистентного туберкульозу легень у вперше виявлених хворих в Полтаві і Полтавській області. Оцінка режимів хіміотерапії в процесі лікування показала, що найбільш ефективним був стандартний режим з використання препаратів другого ряду і фторхінолонів.

Ключові слова: туберкульоз, хіміотерапія, резистентність.

Робота є фрагментом науково-дослідної роботи «Вивчити ефективність організації лікування хворих на туберкульоз легень і вдосконалити заходи щодо її поліпшення» кафедри фтизіатрії з дитячою хірургією номер держреєстрації 0108U000216.

Туберкульоз є найбільш поширеною як в Україні, так і в усьому світі інфекційною хворобою, що займає перше місце у структурі смертності людей від інфекційної патології. Ця хвороба відома із давнини, вона має тенденцію до зростання, особливо в країнах із слабкою розвинутою економікою. В усіх країнах світу виявляють випадки хіміорезистентного туберкульозу. Це стало підставою для визнання проблеми резистентності туберкульозу міжнародною. По даними ВООЗ, у світі близько 50 млн. людей інфіковано резистентними до протитуберкульозних препаратів штамми мікобактерій туберкульозу. Щороку збільшується кількість нових випадків туберкульозу з первинною медикаментозною стійкістю. Теорія адаптації припускає зміни властивостей мікроорганізму, що адекватні змінам навколишнього

UDC 616.24-002.5-085.23

O.V. Filatova, M.G. Boyko

HSEI of Ukraine "Ukrainian Medical Stomatological Academy", Poltava

CONVENTIONAL AND PATIENT-CENTERED THERAPY OF DRUG-RESISTANT TUBERCULOSIS

The analysis of efficiency of the standard mode of antiphthisic therapy of khimiorезистентny white plague is done for the first exposed patients in Poltava and Poltava area. Estimation of the modes of chemotherapy rotined in the process of treatment, that most effective was the standard mode from the use of preparations of the second row and fторkhinolonov.

Key words: tuberculosis, chemotherapy, resistance.

The article is a fragment of the research work "The estimation of effectiveness of TB treatment programs and their improvement" carried out by the Chair of Phthisiology and Pediatric Surgery state registration number 0108U000216.

Tuberculosis is a common infectious diseases in Ukraine and throughout the world that ranks the leading position among all infectious disease categories as a cause of death. The disease has been haunting mankind since ancient times, and nowadays it is demonstrating tendency to its spreading especially in developing countries. Cases of drug-resistant tuberculosis have been reported in every country as well. Therefore anti-tuberculosis drug resistance has become a major public health problem worldwide. Based on the information from WHO there more than 50 millions of people infected with anti-tuberculosis drug resistant strains of mycobacteria. And the case occurrence of primary anti-tuberculosis drug resistance is registered to be growing every year. The

середовища. Згідно цієї теорії, розвиток лікарської стійкості мікобактерій туберкульозу вважають проявом однієї з форм мінливості бактеріальної клітини під впливом хіміопрепаратів. Виникнення стійкості до протитуберкульозних препаратів зумовлено самим лікуванням, оскільки співвідношення популяції чутливих і стійких форм становить 90 % та 10 % відповідно, але в процесі лікування, у разі підбору неправильної схеми хіміотерапії значна кількість чутливих мікобактерій гине, внаслідок чого порушується співвідношення в мікробній популяції і кількість стійких мікобактерій туберкульозу [8].

Туберкульоз є серйозною проблемою і для Західної Європи. У Лондоні реєструються найвищі рівні ТБ серед столиць західноєвропейських держав: майже 3500 випадків щорічно, що становить приріст приблизно на 30 % протягом останніх 10 років. За період з 2005 до 2009 рр. захворюваність мультилікарською туберкульозом (МЛС-ТБ) в Лондоні подвоїлася і нині складає близько 2 % від усіх випадків [5].

Україна посідає друге місце в Європі за темпами зростання мультирезистентного туберкульозу (після Росії) та четверте місце в світі за його поширеністю у вперше виявлених хворих. Із 100 хворих на туберкульоз - 15 мають стійку форму. Серед усіх нових випадків цей показник коливається від 5 % у західних областях до 15 % у східних [4]. Хіміорезистентний туберкульоз як особливу форму туберкульозу почали виділяти з 90-х років ХХ ст., коли в усьому світі відбулося зростання частоти медикаментозної резистентності збудника туберкульозу до найсильніших протитуберкульозних препаратів (ізоніазиду та рифам піцину) і значне зниження результатів лікування, зростання смертності від туберкульозу при застосуванні існуючих методів лікування. При резистентності збудника туберкульозу до протитуберкульозних препаратів I ряду вилікують за допомогою протитуберкульозних препаратів II ряду тільки 50 % хворих, 10 % помирають, у 40 % хворих туберкульоз набуває хронічного перебігу. При чутливості збудника туберкульозу до протитуберкульозних препаратів виліковують 95 % хворих [9].

Вчені встановили, що у різних географічних територіях України близько 10–30 % вперше виявлених хворих на туберкульоз заражаються мікобактеріями туберкульозу стійкими до антимікобактеріальних препаратів. Окрім цього, в процесі лікування у 60–75 % пацієнтів розвивається вторинна стійкість МБТ до антимікобактеріальних препаратів [10]. До 2002 року первинна хіміорезистентність становила 22–25 %, вторинна – 55–56 %, що перевищувало середній показник ВООЗ у 1,5 раза [7].

Відкриття і застосування антибіотиків вплинуло на життя людства. Здавалось, що найстрашніші інфекційні хвороби були взяті під контроль, але тут постала проблема резистентності збудників інфекційних захворювань. Зростання резистентності мікроорганізмів викликає побоювання, причину яких пояснив американський генетик і біохімік, лауреат Нобелівської премії Джошуа Ледерберг: “Сам по собі феномен резистентності мікроорганізмів до антибіотиків подиву не викликає і далеко не новий.

Проте зараз резистентність викликає все більше

theory of adaptation presumes the changes in microorganism's properties fit in with the environmental changes. According to the theory the development of drug resistance in TB mycobacteria is considered as a manifestation of variability of bacterial cell exposed to drug influence. Anti-tuberculosis drug resistance mainly develops due to the treatment as the population of sensitive and resistant forms is in the ration 90:10 percents respectively, but during the treatment when the course of the drug therapy or therapeutic regimen is incorrect the most sensitive bacteria die that results in imbalance of microbial population and influences upon the number of TB mycobacteria [8].

TB is a growing health concern even for developed Western countries. At present London is registered to show the highest TB prevalence among the capitals of Western countries: it is about 3500 cases yearly that has increased up to 30% for the last 10 years. For 2005 – 2009 the case occurrence of multi-drug-resistant TB (MDR TB) in London has doubled and now it makes up 2% of all the cases [5].

Ukraine ranks the second position in Europe in terms of MDR TB increase (it follows Russia) and the fourth position in the world by the prevalence of TB infection that first occurs. Among TB-infected 100 persons in Ukraine 15 are diagnosed to have MDR TB. This rate may range from 5% in west regions to 15% in east regions [4]. Drug-resistant TB as a special form of TB was singled out in the nineties of the XX century when the number of TB cases resistant to the strongest medicines (isoniazid (INH) and rifampicin (RMP) was growing, the effectiveness of treatment was dropping, and TB death rate was increasing in spite of conventional therapy. When TB agent is resistant to the first-line drugs, the only 50% of infected persons may recover due to the second-line drugs, 10% of persons die, and in 40% of cases TB becomes chronic. When TB agent is sensitive to anti-tuberculosis medicines it is nearly 95% of patients recover [9].

Ukrainian researchers have found out that in 10 – 30% cases of TB that first occurs, TB infection is resistant to antimicrobial agents in different regions of Ukraine. Moreover, 60 – 75% of patients may develop secondary resistance to antimicrobial agents during the course of treatment [10]. Up to 2002 primary drug resistance made up 22 - 25 %, while secondary drug resistance constituted 55 – 56 %, that surpassed the mean value declared by WHO in 1.5 times [7].

Invention and extensive use of antibiotics greatly influenced on humanity life. It seemed the most dangerous infectious diseases were under the control, but at the same time the growth of resistance demonstrated by infectious agents become a real concern. The increase of microbial resistance caused alarm which might be explained by Joshua Ledenberg, an American molecular biologist who won the Nobel Prize in Physiology or Medicine and known for his work in microbial genetics. He said that the phenomenon of microbial resistance by itself to antibacterials was not surprising and far from being

побоювань, оскільки вона накопичується і швидкість її зростання збільшується, а засобів боротьби з нею все менше і вони втрачають свою ефективність” [1].

У 1932 р. в Каліфорнійському університеті в Берклі професор З. Ваксман почав науковий пошук, вивчаючи групу мікробів-актиноміцетів. В лабораторії Ваксмана були протестовані біля тисячі мікробних культур на антибактеріальну активність. З них виділені 20 нових агентів, які були здатні придушувати діяльність хвороботворних бактерій [2].

У 1941 році Б. Вудруффом був виділений актиноміцин. Це активний антибіотик для боротьби із широким спектром бактерій, однак він виявився токсичним для живого організму. І лише в 1943р. під керівництвом З. Ваксмана його учень А. Шац виділив із грибка речовину — стрептоміцин, який за спектром протимікробної активності перевершував існуючий на той час пеніцилін та знищував бактерії, стійкі до пеніциліну, не даючи при цьому побічних ефектів [9].

Основною проблемою нашої країни є низька прихильність хворих до лікування, що призводить до низьких показників його ефективності: перериви лікування майже у половини хворих, низьких показників вилікування та високих — смертності.

Крім того, Україна не має офіційних даних про частоту медикаментозної резистентності через відсутність єдиної стандартної звітності, технічні труднощі визначення резистентності МБТ (відсутність стандартних середовищ), неналежну організацію вирішення цієї проблеми.

Щорічний приріст хіміорезистентного туберкульозу становить 300 тис. нових випадків, у 80 % випадків виявляється стійкість до трьох із чотирьох протитуберкульозних препаратів, які використовуються. Найчастіше це - стрептоміцин, ізоніазид і рифампіцин. Скільки людей інфіковано лікарськостійкими туберкульозними бацилами, точно невідомо.

Поширення мультирезистентних штамів мікобактерій небезпечно тим, що туберкульоз переходить в категорію невиліковних захворювань, якщо, звичайно, вчені не будуть йти в ногу з проблемою, синтезуючи нові протитуберкульозні засоби. Але на створення та впровадження вдалого інноваційного препарату підуть десятки років - останній ефективний засіб людство отримало ще у 1965 році [3].

Метою роботи було вивчення ефективності стандартного режиму лікування у хворих на вперше діагностований хіміорезистентний туберкульоз легень.

Матеріал та методи дослідження. У дослідження включено 30 хворих на хіміорезистентний туберкульоз з бактеріовиділенням, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у Полтавському обласному клінічному протитуберкульозному диспансері. Визначали ефективність лікування стандартного та індивідуального підбору лікування.

Результати дослідження та їх обговорення. У хворих бактеріовиділення визначали методом бактеріоскопії мазка, та бактеріологічно.

Виділення хіміорезистентності штамів МБТ від бактеріовиділювачів, що лікувалися в Полтавському обласному клінічному протитуберкульозному диспансері, дозволило констатувати: стійкість до 2-х основних

new. But at present the resistance is giving more concern as it has been accumulating and the rate of its growth is increasing whereas there are not too much means to overcome it and they are losing their effectiveness [1].

In 1932 professor Selman Waksman started researching the group of actinomycete at the University of California, Berkeley. Over 1000 microbial cultures were tested for antibacterial activity at his laboratory. This resulted in the isolation of 20 new agents which suppressed the activity of malignant bacteria [2].

In 1941 he and his co-worker H. B. Woodruff isolated actinomycin. This was a strong antibacterial but it produced serious adverse effects on living organisms. And finally in 1943 Waksman's follower A. Schatz isolated two strains of *Streptomyces griseus* from two separate sources. Both strains produced streptomycin which surpassed existing penicillin in spectrum of antimicrobial action and killed bacteria resistant to penicillin producing no serious side effects [9].

One of key challenges in our country is that TB-infected persons demonstrate low level of compliance with tuberculosis treatment. For instance, interruptions and defaults in the course of treatment could result in the ineffectiveness of anti-tuberculosis therapy in about a half of patients, low recovery rate and high mortality. More-over, Ukraine has no data on the occurrence rate of anti-tuberculosis drug resistance due to the absence of unified standard recordings, problems referring to identification of mycobacteria tuberculosis, non-effective approaches in TB prevention and diagnosis. Yearly increase of drug-resistant TB makes up 300 000 cases, and 80% of cases manifest the resistance to three of four anti-TB medicines, mainly to streptomycin, isoniazid, rifampicin. Unfortunately, it is unclear, how many individuals are infected with multi-resistant tuberculosis bacilli. The spread of multi-resistant strains of mycobacteria becomes hazardous as TB may turn into an incurable disease until the researcher have synthesize new anti-TB drugs. But this may take decades as the latest effective anti-tuberculosis medicine was worked out in 1965 [3].

The purpose of work was to study the effectiveness of conventional therapy for TB infection that first occurs.

Material and methods. This study involved 30 persons with drug-resistant TB and bacterioexcretion who underwent TB treatment at the in-patient department of Poltava regional TB prophylactic centre. We estimated the effectiveness of conventional and patient-centered therapy of drug-resistant tuberculosis.

Results of the research and discussion. Bacterioexcretion in patients was determined by smear bacterioscopy. The isolates from clinical samples were found to be resistant to two major drugs (H R) in 30.4% of cases; the resistance to three (H, R+(S, Et, E)) and to four anti-TB drugs (H, R+(S, S, E, Et)) were established in 28,2 % of cases respectively.

препаратів H R встановлено у 30,4 % випадків, до 3-х H, R+(S, E, E), та 4-х H, R+(S, S, E, Et) відповідно - у 28,2 % та до 5-ти H, R+(S, E, Et, S, E) хіміопрепаратів - у 14,2 % випадків.

Аналіз характеру резистентності дозволив з'ясувати, що найвищою часткою в структурі хіміорезистентності штамів мікобактерій серед 30 обстежуваних пацієнтів, є розширена стійкість МБТ, яка встановлена у 70,0% хворих і формується за рахунок резистентності до стрептоміцину (HRS, HRSE, HRSE, HRS, HRSEEt) у 55,5% пацієнтів, етамбутолу (HRE, HRSE, HRSEEt, HRSE) — в 33,3%. Це може означати, що препарати I ряду втрачають свою ефективність.

Для забезпечення повноцінного режиму терапії доцільно застосовувати, окрім препаратів II ряду, антибактеріальні препарати широкого спектру дії, які мають протитуберкульозні властивості, такі як респіраторні фторхінолони, макроліди.

Отримані дані медикаментозної чутливості МБТ до протитуберкулезних препаратів за одним препаратом відповідали призначеному режиму хіміотерапії у 5,4 % пацієнтів, двома препаратами - у 14,6 % хворих, за 3 препаратами - у 36,2 % обстежуваних, за 4 - у 20,8 %. У 23 % випадків резистентність МБТ не співпадала з призначеним режимом хіміотерапії, призначався емпіричний режим з урахуванням можливої резистентності МБТ.

Після отримання аналізу чутливості МБТ до протитуберкульозних препаратів, клінічні форми туберкульозу мали такий вигляд.

Серед 30 хворих мультирезистентність МБТ до препаратів діагностована при дисемінованому туберкульозі в 70,7 % випадків (найбільша була стійкість до комбінації S,E +H,R (12,7 %)). Ефективність хіміотерапії через 6 місяців 35,2 % випадків діагностувалася резистентність при інфільтративному туберкульозі з більшою стійкістю H,R.

Після корекції лікування було встановлено, що припинення бактеріовиділення відбулося як при стандартному, так і при індивідуальному режимах хіміотерапії, відповідно: у 76 % та 40,2 % випадків.

Але ефективність була вищою при застосуванні стандартного режиму хіміотерапії.

При запропонованих режимах хіміотерапії суттєво відрізняється показник регресії каверн — 60 % (стандартний режим) проти 22,4 % (індивідуальна схема протитуберкульозної терапії). Позитивна динаміка загального аналізу крові спостерігалася при стандартному режимі у 74,6 % пацієнтів та у 32,5 % — при індивідуальному, покращання клінічних проявів відповідно — у 83,2 % та 44,3 % пацієнтів.

При стійкості до протитуберкульозних препаратів, перевагу отримав стандартний режим хіміотерапії, вірогідність достовірна, $p=0,001$.

Пацієнти з резистентним туберкульозом легень потребують інтенсивної, контрольованої хіміотерапії з тривалим перебуванням на стаціонарному лікуванні.

Оцінку режимів проводили під час виписки зі стаціонару, в середньому через $(15,6 \pm 6,4)$ міс. При стандартному режимі припинення бактеріовиділення встановлено у 93 % хворих, при індивідуальному у 48,2 % випадків. Повне розсмоктування вогнищево-

14.2% of cases demonstrated the resistance to even five antibacterials (H, R+(S, E, Et, S, E)).

It has been found out the anti-TB drug multi-resistance showed by mycobacterial strains in 70.0% of patients makes up the highest rate in the structure of anti-TB drug resistant strains. We may suggest it develops due to the resistance to streptomycin (HRS, HRSE, HRSE, HRS, HRSEEt) as it has been observed in 55.5% of cases, and to ethambutol (HRE, HRSE, HRSEEt, HRSE) in 33.3% of cases. This may signify the first-line drugs become of little effectiveness.

To provide an adequate course of therapy it is reasonable to apply not only the second-line anti-TB drugs, but broad spectrum antibiotics producing anti-TB action, for instance, respiratory fluoroquinolones, macrolides. The findings obtained have shown the drug sensitivity of TB mycobacteria to one anti-TB drug incorporated into the course of therapy makes up 5.4% of cases; the sensitivity to two drugs is registered in 14.6%. 36.2% and 20.8% of cases manifest sensitivity to 3 and 4 anti-TB drugs respectively. In 23% cases TB mycobacterial resistance does not agree with the course of chemotherapy prescribed, therefore fitted therapeutic regimen is prescribed subject to the possible TB mycobacterial resistance.

Based on the analysis of TB mycobacterial sensitivity to anti-TB drugs we have recognized certain clinical forms of TB. 70.7% of patients are diagnosed to have disseminated TB which is accompanied with TB mycobacterial multi-resistance (the highest resistance is registered to the combination of S,E +H,R (12,7%). In 6 months of chemotherapy 35.2% of patients have been diagnosed to have drug resistance mainly to H, R in infiltrative TB.

When the course of anti-TB therapy has been completed the seas of bacteria excretion is observed in both conventional standard and patient-centered courses of therapy in 76% and 40.2% of cases respectively.

But the therapeutic effectiveness is registered to be higher under the standard course of therapy. But the amount of lung caverns registered is significantly different in these cases: 60% of cases under standard therapy vs 22.4% of cases under patient-centered therapy. Positive dynamics in complete blood count is observed in the course of standard therapy in 74.6% of patients vs 32.5% of patients undergone the patient-centered therapy. The improvement of clinical manifestations are detected in 83.2% and 44.3% of patients respectively.

It has been found out the standard course of anti-TB chemotherapy is reliably more effective in cases of anti-TB drug resistance ($p=0.001$).

Patients with resistant pulmonary tuberculosis should pass through intensive regulated anti-TB chemotherapy which may be provided by staying at the in-patient department. The assessment of treatment regimens were carried out at the discharging from the hospital at average in 15.6 ± 6.4 months since the therapy had started. The patients (93%) completed the standard treatment regimen seas the bacteria excretion,

інфільтративних тіней у 47,2 % осіб та 28,3 % відповідно.

Нормалізація показників загального аналізу крові при стандартному та індивідуальному режимах хіміотерапії відповідно - у 86,4 % та 62,4 %. Отже, у пацієнтів із мульти-резистентним туберкульозом легень найефективнішою програмою хіміотерапії є стандартний режим.

У пацієнтів із мультирезистентним туберкульозом легень зі стабілізацією легеневого процесу та припиненням бактеріовиділення виписано 84,5 % осіб. З загостреннями даного захворювання 10,3 % пацієнтів через певний час поступили повторно. З посмертним епікризом виписано 3,5 % осіб. Через порушення лікарняного режиму 25,6 % осіб були переведені на доліковування в умовах стаціонару Полтавського обласного клінічного протитубер-кульозного диспансеру.

Исцеление

Дослідження показали, що особливістю МБТ є їх надзвичайна мінливість, завдяки якій вони здатні швидко звикати до антибактеріальних препаратів та особливо до ізоніазиду. Оцінка режимів хіміотерапії незважаючи на індивідуальний підбір хіміопрепаратів, показала, що ефективнішим явився стандартний режим за рахунок використання препаратів 2-го ряду та фторхінолонів.

while this is observed only in 48.2% of patients who have undergone patient-centered anti-TB therapy. The complete resorption of focal-infiltrative shadows is recorded in 86.4% and 62.4% of patients respectively. Thus, the most effective program of chemotherapy for patients with multi-resistant TB should include standard treatment regimen.

Among the patients with multi-resistant pulmonary TB who were demonstrating stabilization of pulmonary process and ceasing of bacteria excretion 84.5% of persons were discharged. Later 10.3% of patients were rehospitalized with exacerbation of the disease. 3.5% of patients died. 25.6% of persons were hospitalized at the final stages of the course of anti-Tb therapy because of interruption or low compliance with the treatment regimen.

Conclusion

The research has shown the exceptional mutability is a key feature of TB mycobacteria which helps them to acquire tolerance to antibacterial drugs, especially to isoniazid. The assessment of the effectiveness ensured by the courses of chemotherapy in spite of patient-oriented choice of drugs has shown the standard anti-TB drug therapy is more effective due to the applying of the second-line drugs and fluoroquinolones.

Литература

1. Богун Л. В. Врач, микроб, антибиотик / Л. В. Богун // Новости медицины и фармации. Антимикробная терапия (тематический номер). — 2007. — № 223.
2. Грицак Е. Н. Популярная история медицины / Е. Н. Грицак // — Москва : Вече, 2003. — 494 с.
3. Гордиенко, С. М. Туберкулез. Оценка ситуации / С. М. Гордиенко // Здоров'я України. — 2004. — № 107. Український пульмонологічний журнал. 2012, № 2.
4. За рівнем захворюваності на туберкульоз Україна сьома в Європі.
5. Европейские государства-члены демонстрируют новую решимость в борьбе с лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза / 61-а сесія Європейського регіонального комітету ВОЗ, Лондон–Баку, 14 вересня 2011 р.
6. Петренко В. І. Підручник / В. І. Петренко, В. Ф. Москаленко, Ю. І. Фещенко // — Вінниця : Нова книга, 2006. — 504 с.
7. Петренко В. М. Туберкульоз із розширеною резистентністю до протитуберкульозних препаратів : ситуація в Україні / В. М. Петренко [та ін] // Укр. пульмонол. журн. — 2007. — № 3. — С. 35 — 39.
8. Тодоріко Л. Д. Особливості епідемії та патогенезу хіміорезистентного туберкульозу на сучасному етапі / Л. Д. Тодоріко // Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. — 2011. — № 4. — С. 38–41.
9. Черенько С. О. Проблема хіміорезистентного туберкульозу / С. О. Черенько // — Режим доступа : <http://www.ifr.kiev.ua/doc/people/tubrezist.htm>.
10. Фещенко, Ю. І. Основи клінічної фізйотерапії : керівництво для лікарів в 2-х томах / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, І. Г. Ільницький // — Київ-Львів : Атлас, 2007. — 1168 с.

References

Реферат

ПРИМЕНЕНИЕ СТАНДАРТНОГО РЕЖИМА ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХИМИОРЕЗИСТЕНТНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ

Филатова Е.В., Бойко Н.Г.

Проведен анализ эффективности стандартного режима противотуберкулезной терапии химиорезистентного туберкулеза легких у впервые выявленных больных в Полтаве и Полтавской области. Оценка режимов химиотерапии в процессе лечения показала, что наиболее эффективным был стандартный режим с использования препаратов второго ряда и фторхинолонов.

Ключевые слова: туберкулез, химиотерапия, резистентность.

Стаття надійшла 15.01.2013 р.

Рецензент Лобань Г.А.