

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

### Висновки

1. Найчастіше позитивні результати мікробіологічних досліджень на наявність МБТ спостерігалися у віковій групі 45-54 роки серед чоловіків (31,6 проти 27, 2 %), серед жінок така перевага визначалася у віковій групі 18-24 роки (9,1 проти 1,8 %).

2. Серед штамів, виділених від хворих на деструктивний туберкульоз, чутливими до препаратів першого ряду було лише 10,1 % ізолятів, решту 89,9 % склали стійкі ізоляти. Найбільша кількість штамів була резистентною до рифампіцину (60,7 %) і стрептоміцину (14,1 %). Виявлена пряма кореляція між особливостями бактеріовиділення та ступенем порушень показників клітинного і гуморального імунітету.

### Література

1. Феценко Ю.І., Петренко В.М., Черенько С. О. та ін. Епідеміологія, діагностика та лікування хіміорезистентного туберкульозу органів дихання // Укр. пульмон. журн. – 2002. – № 4. – С. 5-12.
2. Murray C.J.L., Sulomon J.A. Expending the WHO tuberculosis control strategy: rethinking the role of active case-finding // Intern. J. Tuberculosis Lung Dis. – 1998. – V. 2, N 9. – P. 9-15.
3. Мельник В.М. Туберкулез на Украине: состояние, проблемы и прогноз // Пробл. туберкулеза. – 2000. – № 5. – С. 28-31.
4. Москаленко В.Ф., Феценко Ю.І. Актуальні проблеми туберкульозу в Україні за останні 10 років // Укр. пульмон. журн. – 2001. – № 3. – С. 5-7.
5. Феценко Ю.І., Мельник В.М. Туберкульоз легень в період епідемії: епідеміологічні, клініко-діагностичні, лікуваль-

но-профілактичні та організаційні аспекти. – Київ: Логос, 1998. – 282 с.

6. Інструкція з бактеріологічної діагностики туберкульозної інфекції. Наказ МОЗ України № 45 від 06.02. 2002 р.– Київ, 2002. – 188 с.

### RESULTS OF MICROBIOLOGICAL AND IMMUNOLOGICAL RESEARCHES OF PATIENTS OF DIFFERENT AGE GROUPS WITH DESTRUCTIVE FORMS OF PULMONARY TUBERCULOSIS

M.B. Pirska, O.P. Kostyk, O.O. Tarasyuk, M.I. Sakhelashvili, L.I. Ilnytska, T.M. Balyta, M.D. Pavlyuk

**SUMMARY.** The results of 1357 microscopic and cultural examinations, of sputum, detection of tuberculosis mycobacteria (MBT) susceptibility to antimycobacterial drugs (AMBD) were studied in patients with chronic destructive pulmonary tuberculosis.

It should be noted that positive smear results, presence of acid-stable bacillus (ASB) were the most often in the age group from 35 to 44, cultured specimens, containing MBT, in patients aged from 35 to 44 and from 45 to 54 years old. Structure of susceptibility of MBT to AMBD has shown that monoresistant strains were in 19,9 %, polyresistant – in 80,1 % cases of pulmonary tuberculosis.

**Key words:** acid-stable bacteria, mycobacteria of tuberculosis, medicamentous susceptibility, chemoresistant tuberculosis.

© Колектив авторів, 2008  
УДК 616-002.5-036(477.84)

## І.Т. П'ятночка, С.І. Корнага, В.Д. Рудик, Н.В. Корнага, Л.А. Грищук СТРУКТУРА ХВОРИХ ОБЛАСНОГО ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОГО СТАЦІОНАРУ ЗА ОСТАННЄ ДЕСЯТИРІЧЧЯ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського, обласний протитуберкульозний диспансер

За останні 10 років в обласному протитуберкульозному стаціонарі структура хворих на туберкульоз легень та іншу легеневу патологію суттєво змінилась.

У другому п'ятиріччі зменшилась кількість хворих на хронічні, деструктивні та бацилярні форми туберкульозу, підвищилась ефективність лікування. У той

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

же час зросло число пацієнтів з ускладненнями та супутньою патологією, передусім з боку серцево-судинної системи, що вимагає особливого підходу при проведенні тривалої хіміотерапії. Продовжує зростати число хворих з нетуберкульозною легеневою патологією, що є результатом складної діагностики, недостатнього обстеження і помилок лікарів на догоспітальному етапі.

**Ключові слова:** туберкульоз, структура захворюваності.

Туберкульозна інфекція – одна з найпоширеніших у світі. Щороку все більше людей помирають від туберкульозу. За даними ВООЗ, від 30 до 60 % населення в країнах, що розвиваються, інфіковані мікобактеріями туберкульозу [1]. В Україні епідемічна ситуація з туберкульозу невпинно погіршується з 1990 р. За 1992-2005 рр. захворюваність на туберкульоз збільшилась на 140,3 %, або в 2,4 разу. За цей період поширеність усіх клінічних форм туберкульозу в усіх вікових групах зросла в 1,2 разу, або на 19,1 %, тобто з 184,0 у 1992 р. до 219,1 на 100 тис. населення у 2005 р. Смертність від туберкульозу в Україні з 1992 р. до 2005 р. збільшилась у 2,5 разу, або на 146,3 % (з 9,5 до 23,4 на 100 тис. населення). Збитки від туберкульозу в 2004 р. становили 2,1 млрд грн [2].

Епідемічна ситуація з туберкульозу стає ще більш небезпечною у зв'язку з поширенням ВІЛ/СНІДу і значним почастищенням антибіотикорезистентних форм туберкульозу. Дещо змінився клінічний перебіг туберкульозу, зокрема при його поєднанні з іншими захворюваннями легень, почастишали ускладнення, переважно з боку серцево-судинної системи. Усе це спонукало нас провести аналіз структурної динаміки хворих проти туберкульозного стаціонару за останні 10 років, що певною мірою віддзеркалює ситуацію з туберкульозу в області.

### Матеріали і методи

Аналізували історії хвороб пацієнтів, які перебували у стаціонарі обласного протитуберкульозного диспансеру в 1997-2006 рр. взагалі і по 2 п'ятиріччях зокрема. Загалом у стаціонарі за 10 років лікувались 12 470 пацієнтів з легеневою патологією. На туберкульоз легень страждало 6 802 (54,5 %) хворих, із залишковими змінами легень було 960 (7,7 %), з різними неспецифічними захворюваннями легень – 4 708 (37,8 %) осіб. Частоту, структуру, характер і ефективність лікування туберкульозу легень, його ускладнень і супутньої патології перших 5 років порівнювали з такими другого п'ятиріччя.

Цифровий матеріал обробляли статистично з врахуванням показника достовірності.

### Результати досліджень та їх обговорення

Із загальної кількості хворих на туберкульоз легень чоловіки в першому п'ятиріччі становили 76,1 %, у другому – 74,6 %; жінки відповідно – 23,9 і 25,4 %; жителів села було відповідно 60,5 і 62,6 %, міста – 39,5 і 37,4 %. Отже, в другому п'ятиріччі (2002-2006 рр.) намітилась тенденція до кількісного збільшення пацієнтів сільської місцевості і хворих жіночої статі.

Загалом, у 1997-2006 рр. хворі на вперше діагностований туберкульоз легень (ВДТБЛ) становили 60,6 %, рецидиви (РТБЛ) – 15,1 % і на хронічний туберкульоз легень (ХТБЛ) – 24,3 %.

Динаміку хворих по п'ятиріччях за типами туберкульозного процесу наведено в таблиці 1.

Таблиця 1

Розподіл хворих за типом туберкульозного процесу

Тип процесу	1997-2001 рр.		2002-2006 рр.	
	абс. число	%	абс. число	%
ВДТБЛ	1947	57,4	2175	63,7
РТБЛ	535	15,8	493	14,5
ХТБЛ	907	26,8	745	21,8
Разом	3389	100,0	3413	100,0

Примітка (тут і далі). \* - показник вірогідно відрізняється від такого у хворих I п'ятиріччя.

З таблиці 1 видно, що за останнє п'ятиріччя у стаціонарі зменшилась кількість хворих з рецидивами і, передусім, на хронічні форми туберкульозу легень – основного джерела бактеріовиділення. Крім цього, вірогідно збільшилось число хворих на вперше діагностований туберкульоз, головним чином у результаті активного виявлення туберкульозу, що свідчить про позитивні зрушення щодо епідемічної ситуації в області. Підтвердженням є однакова кількість бактеріовиділювачів у I і II п'ятиріччях при достовірному зменшенні хворих з порожнинами розпаду в останні 5 років (табл. 2).

Таблиця 2

Число хворих з розпадом і бактеріовиділенням у двох п'ятиріччях

Фаза процесу і бактеріовиділення	1997-2001 рр.		2002-2006 рр.	
	абс. число	%	абс. число	%
CV(+)	1971	58,2	1 545	45,3*
МБТ (+)	1 686	49,8	1 688	49,5

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Позитивні зрушення з туберкульозу підтверджуються і динамікою структури клінічних форм туберкульозу (табл. 3).

Як видно з таблиці 3, в другому п'ятиріччі спостерігається виражена тенденція до зменшення кількості пацієнтів на хронічні форми туберкульозу і, як наслідок, значно менше хворих на первинні форми туберкульозу, міліарний туберкульоз. В той же час майже вдвічі почастишали

випадки туберкульозного ураження плеври. Зменшилась кількість осіб з туберкульозом легень, що свідчить про більш своєчасне виявлення туберкульозу, передусім шляхом флюорографічного обстеження населення області. Підвищилась ефективність лікування завдяки кращому забезпеченню хворих антимікобактерійними препаратами і повноцінним харчуванням.

Таблиця 3

Клінічні форми туберкульозу легень

Форма туберкульозу	1997 – 2001 рр.		2002-2006 рр.	
	абс. число	%	абс. число	%
Первинні форми (туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів і первинний туберкульозний комплекс)	132	3,9	89	2,6*
Дисемінована	743	21,9	721	21,1
Вогнищева	427	12,6	466	13,7
Інфільтративна (в т.ч. казеозна пневмонія)	1155	34,1	1208	35,4
Туберкульома	88	2,6	38	1,1*
Фіброзно-кавернозна	611	18,0	591	17,3
Циротична	71	2,1	48	1,4*
Силікотуберкульоз	5	0,15	2	0,06
Плеврит (у т.ч. хронічна емпієма)	130	3,83	214	6,27*
Міліарний туберкульоз	7	0,20	2	0,06
Туберкульоз бронхів	20	0,59	34	0,99
Разом	3389	100,0	3413	100,0

У кількісному відношенні дещо змінилась структура ускладнень: почастишали дихальна недостатність (з 29,3 до 32,1 %;  $P < 0,02$ ), туберкульоз гортані (з 1,2 до 2,0 %;  $P < 0,02$ ), плеврит (з 3,45 до 4,7 %) і в той же час зменшилось число хворих з легеневиими геморагіями (з 4,3 до 3,0 %), токсичною анемією (з 1,4 до 1,1 %) і спонтанним пневмотораксом (з 1,9 до 1,5 %). Однак, попри ті зміни, вірогідно ( $P < 0,001$ ) почастишали й ускладнення з боку серцево-судинної системи (з 20,5 до 30,1 %) (хронічне та підгостре легеневе серце, а також міокардіодистрофія ( $P < 0,05$ ), передусім хронічне легеневе серце (з 20,1 до 25,8 %;  $P < 0,001$ ), що є важливою проблемою сьогодення, оскільки основною безпосередньою причиною смерті хворих на туберкульоз легень найчастіше є декомпенсація хронічного легеневого серця, запобігати розвитку якого необхідно з перших днів лікування пацієнтів. Поряд з тим намітилася тенденція до почастишання (з 9,8 до 12,7 %) супутньої серцево-судинної патології (гіпертонічна хвороба, ІХС і НЦД/ВСД) ( $P < 0,001$ ), передусім гіпертонічної хвороби ( $P < 0,001$ ). Це ще більше загострює проблему серцево-судинної патології в клініці туберкульозу. З інших супутніх захворювань відзначено по-

частішання цукрового діабету (з 4,7 до 4,9 %), гастриту (з 1,7 до 2,1 %), ВІЛ/СНІДу (з 0,3 до 0,6 %).

Кількість пацієнтів із залишковими змінами після перенесеного туберкульозу легень зменшилась з 9,2 до 6,3 % ( $P < 0,001$ ), що свідчить про вміння фтизіатрів на догоспітальному етапі більш достеменно визначити активність туберкульозного процесу і запобігти суперінфікуванню у стаціонарних умовах, передусім антимікобактерійними препаратами.

Недоліком у роботі фтизіатрів на догоспітальному етапі є помилки в дифдіагностиці туберкульозу з неспецифічними захворюваннями легень. Підставою такого твердження є збільшення непрофільних пацієнтів у другому п'ятиріччі з 34,2 до 41,0 % ( $P < 0,001$ ). Серед неспецифічних захворювань легень найчастіше спостерігались: пневмонія (13,0 %), рак (7,5 %), ХОЗЛ (5,8 %), саркоїдоз (2,0 %), плеврит (1,0 %), бронхіальна астма (0,5 %). Це відображалось на ефективності лікування і створювало велику загрозу інфікування хворих з неспецифічною патологією мікобактеріями туберкульозу. Вихід з такої ситуації вбачаємо у планомірній підготовці лікарів-фтизіатрів з питань диференційної діагностики легневих недуг

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

безпосередньо на базі обласного протитуберкульозного диспансеру, шляхом проведення тематичних семінарів, конференцій, обговорення складних випадків із залученням провідних фахівців медичного університету і, передусім, на курсах підвищення кваліфікації на базі Інституту туберкульозу і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України, а також інших профільних вищих медичних закладів м. Києва. Невідкладною необхідністю є об'єднання фтизіатричної і пульмонологічної служби на базі обласного протитуберкульозного диспансеру, а також збільшення кількості годин викладання на курсі туберкульозу ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського, що дозволило б значно покращити профілактику, діагностику та ефективність лікування хворих з легеневою патологією взагалі й туберкульозом зокрема в період його зяжної епідемії.

На завершення слід констатувати, що із загальної кількості хворих на туберкульоз легень ефективно проліковані становили 58,5 % в I п'ятиріччі, 66,2 % - у II ( $P < 0,001$ ), зокрема порожнини розпаду загоїлись відповідно у 37,8 і 42,0 % осіб ( $P < 0,05$ ), припинилось бактеріовиділення – у 49,1 і 62,6 % ( $P < 0,001$ ). Позитивної динаміки не було у 34,9 і 28,3 % ( $P < 0,05$ ) пацієнтів, летальність становила 6,7 і 5,5 % ( $P < 0,05$ ) відповідно. Кращі результати лікування у II п'ятиріччі, на нашу думку, зумовлені переважно покращенням забезпеченням антимікобактерійними препаратами і більш повноцінним харчуванням.

### Висновки

1. Протягом останнього десятиріччя в протитуберкульозному стаціонарі структура хворих суттєво змінилась. У II п'ятиріччі зменшилась кількість хворих на хронічні, деструктивні та бацилярні форми туберкульозу легень.

2. В останні роки зросло число хворих з ускладненнями і супутньою патологією, передусім з

боку серцево-судинної системи, що вимагає особливого підходу при проведенні тривалої антимікобактерійної терапії.

3. Почастішання кількості хворих з нетуберкульозною легеневою патологією в останні роки є результатом складної діагностики, недостатнього обстеження і помилок лікарів на догоспітальному етапі.

### Література

1. Феценко Ю.І., Мельник В.М., Лірник А.В. Менеджмент у фтизіатрії. – Київ: Здоров'я, 2007. – 680 с.
2. Феценко Ю.І., Мельник В.М. Контроль за туберкульозом в умовах Адаптованої ДОТС – стратегії. – Київ: Медицина, 2007. – 480 с.

### STRUCTURE OF PATIENTS AT REGIONAL ANTITUBERCULOSIS PERMANENT ESTABLISHMENT IN THE LAST DECADE

I.T. Pyatnochka, S.I. Kornaha, V.D. Rudyk, N.V. Kornaha, L.A. Hryshchuk

**SUMMARY.** During the last 10 years the structure of patients with pulmonary tuberculosis and other pulmonary pathology in regional antituberculous permanent establishment substantially changed. The amount of patients with the chronic, destructive and bacillus forms of tuberculosis diminished, efficiency of medical treatment increased during the last five years. The number of patients with complications and contaminant pathology increased at the same time, foremost, from the cardiovascular system side and it requires the special approach during performing the prolonged chemotherapy. The number of patients with nontuberculous pulmonary pathology continues to grow, that is the result of difficult diagnostics, insufficient examination and doctor's mistakes during pre-hospital stage.

**Key words:** tuberculosis, structure of morbidity.