

<https://doi.org/10.32782/2786-9067-2023-25-7>

УДК 616.24-002.5-071-092-036.838-082.4.362.11

АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ, ПОЄДНАНОГО З ХРОНІЧНИМ БРОНХІТОМ ТА АНТИМІКОБАКТЕРІАЛЬНА ТЕРАПІЯ

Костик О. П., Сахелашвілі М. І., Білозір Л. І., Сахелашвілі-Біль О. І., Галишич Н. М. ,

Чуловська У. Б., Піскур З. І., Старічек Г. В., Луцишин Т. В.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Анотація. В сучасних умовах клінічний перебіг туберкульозу легень часто проявляється розвитком специфічного процесу на тлі хронічного бронхіту, що характеризується проявом симптомів обох захворювань, ускладнюючи своєчасну діагностику туберкульозу, в зв'язку з чим проблема співвідношення цих двох захворювань вимагає поглибленого вивчення.

В роботі наведено напрацювання критеріїв клініко-інструментального та лабораторного алгоритму діагностики туберкульозу легень у поєднанні з хронічним бронхітом. Обстежено 300 хворих на деструктивний туберкульоз легень у віці 15-67 років: у 93 (31,0 %) туберкульоз поєднувався з хронічним бронхітом, у 207 (69,0 %) - тільки туберкульоз легень. Для обстеження використані клінічні, лабораторні та інструментальні методи. У 31,0 % хворих встановлена висока питома вага хронічного бронхіту, що виник до розвитку специфічного запалення. Гострий початок з наявністю продуктивного кашлю відзначено у 26 (27,9 %) хворих, підвищена ШОЕ - у 49 (52,6 %) і лейкоцитоз - у 29 (32,0 %), значно частіше це було виражено у хворих при мікс-патології. У цих же хворих спостерігався більш тривалий період загоєння деструктивного процесу. Антимікобактеріальна терапія виявила високий терапевтичний ефект у хворих на туберкульоз у поєднанні з хронічним бронхітом: припинення бактеріовиділення спостерігалось у 85 (96,6 %), а загоєння деструкцій - у 76 (81,7 %) хворих, що незначно поступалося результатами лікування пацієнтів, які хворіли не тільки на туберкульоз легень. Встановлено наявність двох варіантів ендобронхіту: неспецифічного дифузного запалення бронхів, як результат прояву хронічного бронхіту, і, так званого, реактивного «параспецифічного» ендобронхіту як наслідок токсико-алергічного впливу туберкульозного процесу.

Ключові слова: *туберкульоз легень, деструкція, бактеріовиділення, хронічний бронхіт, верифікація ендобронхіту, хіміотерапія.*

Вступ. В сучасних умовах туберкульоз (ТБ) продовжує залишатися однією з найактуальніших проблем охорони здоров'я і є однією з десяти провідних причин смерті у світі. Патоморфоз ТБ в останні десятиріччя проявляється його розвитком на фоні неспецифічних захворювань органів дихання, при цьому наявні спільні прояви обох

захворювань, що утруднює своєчасне виявлення специфічного процесу [1, 3, 7]. При наявності бронхіальної обструкції перебіг ТБ процесу має свої особливості, а неадекватне лікування в таких випадках обумовлено і супутніми захворюваннями, які перешкоджають створенню адекватних концентрацій хіміопрепаратів як в крові, так і у вогнищах ТБ запалення [4, 6]. З іншого боку, сам ТБ, в тому числі клінічно вилікуваний, сприяє розвитку хронічної неспецифічної патології легень, що пов'язано з метатуберкульозними залишковими змінами [2, 5].

Мета дослідження: визначення особливостей діагностики ТБ на тлі хронічного бронхіту (ХБ) з врахуванням результатів клінічних, лабораторних та інструментальних методів обстеження, частоти розповсюдженості поєднаного процесу у вперше діагностованих хворих на ТБ.

Матеріали та методи досліджень. Враховуючи впровадження медичної реформи в практичну охорону здоров'я, саме сімейним лікарям прийдеться діагностувати захворювання на ТБ. В роботі лікарів загальної практики – сімейної медицини необхідно буде значну увагу звернути на особливості початкових проявів клінічного перебігу, лікувально-діагностичну тактику і ефективність терапії мікс-форм ТБ та ХБ [2, 3]. Під спостереженням знаходилося 300 хворих на деструктивний ТБ легень у віці від 18 до 67 років, які були розділені на дві групи: першу склали 93 (31,0 %) пацієнти, у яких ТБ поєднувався з ХБ, до другої групи увійшли 207 (69,0 %) хворих на ТБ легень без ХБ, яким був застосований клінічний, інструментальний та лабораторний алгоритм обстеження. Зловживання тютюнопалінням, наявність вогнищ хронічного неспецифічного запалення верхніх дихальних шляхів та часті гострі респіраторно-вірусні захворювання, які сприяли розвитку ХБ, мали місце у 82 (82,2 %) осіб, у той час як тільки при ТБ - у 109 (52,7 %) хворих, частіше були присутні скарги на задишку – у 29 (31,2 %) і 21 (10,1 %) хворих відповідно.

В результаті проведеного вивчення клініко-анамнестичних даних було встановлено, що основною причиною ХБ у хворих на ТБ легень було тютюнопаління, яке сприяло розвитку ХБ, що супроводжувався постійним кашлем, пригнічувало імунітет та маскувало перші прояви ТБ легень, що приєднується та пролонгує терміни діагностики специфічного процесу.

Результати та їх обговорення Проведене вивчення клінічних даних дозволило встановити, що відсоток виявлення пацієнтів за звертанням у групі хворих на ТБ легень в поєднанні з ХБ був значно вищий, ніж у групі хворих лише на ТБ – відповідно 82,8 % і 79,2 %. Гострий початок ТБ у групі хворих з ХБ спостерігався частіше (27,9 %), ніж без бронхіту (15,0 %). Форми ТБ легень в обох групах практично не відрізнялися, але мікобактерії туберкульозу (МБТ) частіше зустрічалися у хворих ТБ з ХБ – у 88 (94,5 %), ніж

у пацієнтів тільки з ТБ – 180 (86,9 %). Майже вдвоє частіше визначалася підвищена ШОЕ (52,6 % і 30,4 %) та лейкоцитоз (32,0 % і 14,0 %).

Деструктивний ТБ легень, який виник на фоні неспецифічного ХБ, перебігав більш гостро, супроводжувався лихоманкою та вираженими ознаками запального процесу, був більш виражений, поширеніший і частіше супроводжувався бактеріовиділенням. Хворим обох груп була призначена традиційна антимікобактеріальна терапія (АМБТ) (ізоніазид, рифампіцин, піразинамід, етамбутол). При наявності неспецифічних запальних змін в бронхах застосовувались антимікробні препарати, інгаляційні бронходилататори (комбівент, беродуал), глюкокортикоїди (будесонід, бекламетазон), муколітичні і симптоматичні засоби.

Застосування хіміотерапії у обстежених хворих дозволило виявити що, бактеріовиділення припинилось з однаковою частотою в обох групах: у 85 (96,6 %) хворих першої та у 176 (97,7 %) хворих другої груп. Однак темпи припинення бактеріовиділення у хворих першої порівняно з другою групою були значно повільнішими, до кінця другого місяця хіміотерапії МБТ перестали виділятися тільки у 39 (44,3 %) пацієнтів першої порівняно з хворими другої груп (122 (67,8 %) осіб). Загоєння каверн визначалося майже з однаковою частотою як у хворих на ТБ з ХБ (76 (81,7 %)), так і без бронхіту (173 (83,5 %)) осіб. Але процес загоєння порожнин розпаду при супутньому ХБ відбувався значно повільніше: через чотири місяці хіміотерапії спостерігали загоєння каверн у 25 (26,8 %) хворих, а лише при ТБ легень – у 111 (53,6 %) хворих.

Проведена інтенсивна терапія з використанням антимікобактеріальних препаратів, засобів патогенетичного лікування і інгаляційного введення медикаментів виявила високий терапевтичний ефект у хворих на ТБ, поєднаний з ХБ: припинення бактеріовиділення спостерігалось у 85 (96,6 %), а загоєння деструкцій – у 76 (81,7 %) хворих. Ці дані незначно поступаються результатам лікування пацієнтів, які мали лише ТБ – відповідно у 176 (97,7 %) і 173 (83,5 %) випадків.

Встановлено, що темпи припинення бактеріовиділення і загоєння каверн в групі хворих на ТБ в поєднанні з ХБ були значно повільніші, ніж у хворих без ХБ, що зумовлено не тільки пізнім виявленням ТБ, більшою масивністю бактеріовиділення, але й супутнім хронічним неспецифічним запальним процесом в бронхах, який утруднює лікування ТБ.

Результати застосованої терапії доводять, що таким хворим слід застосовувати інтенсивні режими хіміотерапії більш тривалими курсами, а також посилити якість диспансерного спостереження за ними.

Для вивчення патологічних змін у бронхах хворих обстежуваних груп, 143 хворим на ВДТБ легень було проведено фібробронхоскопію. ТБ ураження бронхів встановлено у 6 (4,2 %) осіб, а неспецифічні зміни були виявлені у 76 (53,1 %) хворих. Причому тільки у

44 (30,8 %) хворих діагностовано ХБ, який супроводжувався кашлем з виділенням мокротиння до виникнення ТБ в легенях, що складає 17,0 % від всіх хворих ВДТБ і приблизно співпадає з частотою хронічних неспецифічних захворювань легень серед усієї популяції населення.

У більшості хворих неспецифічний ендобронхіт, виявлений при фібробронхоскопії, мав безпосередній зв'язок з ТБ процесом. Тільки у 21 (14,9 %) хворого в легенях вислуховувалися сухі розсіяні хрипи. У більшості пацієнтів виявлений ендобронхіт перебігав безсимптомно і маскувався проявами ТБ легень. Вивчення ендоскопічних даних встановило, що за характером запалення в бронхах у 94 (65,7 %) хворих переважав катаральний, у 40 (28,0 %) – гнійний і у 9 (6,3 %) - субатрофічний бронхіт. У половини хворих він був двобічним і інтенсивність запалення залежала від поширеності специфічного процесу в легенях: при інфільтративному ТБ він зустрічався в 70 (49,0 %), при дисемінованому – в 74 (51,7 %) і при фіброзно-кавернозному в 110 (76,9 %) випадках.

Для верифікації генезу ендобронхіту проведено аналіз у двох групах пацієнтів: перша – з ендобронхітом (53 хворих) і друга – без змін в бронхах (47 хворих). Віковий склад і клінічні фактори в цих групах були ідентичні. Встановлено, що курці зустрічалися частіше в першій групі (48,0 %), ніж у другій (10,0 %), дещо частіше спостерігалися незадовільні екологічні умови проживання - (17,0 %) і (10,0 %), що могло сприяти ураженню бронхів при розвитку ТБ.

Висновки та перспективи. У вперше ВДТБ легень неспецифічний ендобронхіт лише у частини пацієнтів був пов'язаний з палінням і негативним впливом екологічно забрудненого середовища, а основною причиною стає токсико-алергічний вплив ТБ процесу на слизову трахеобронхіального дерева, що викликає супутній ТБ неспецифічний запальний процес, так званий реактивний «паратуберкульозний» ендобронхіт.

У частини хворих «паратуберкульозний» ендобронхіт став підґрунтям для розвитку в подальшому істинного ХБ, який виникає не тільки при прогресуванні ТБ, але і у клінічно вилікованих пацієнтів при наявності залишкових змін в легенях.

У хворих на деструктивний ТБ легень реактивний «параспецифічний» ендобронхіт зумовлений ТБ інтоксикацією, подразнюючим і алергічним впливом мокротиння, що виділяється з порожнини розпаду. Даний варіант ендобронхіту звичайно виліковується при ефективній специфічній хіміотерапії і загоєнні ТБ процесу в легенях.

Результати отриманих досліджень вказують на те, що неспецифічний ХБ, як самостійна нозологічна форма, у хворих на деструктивний ТБ легень вимагає тривалого, іноді позитивного диспансерного спостереження, в тому числі і після вилікування специфічного процесу.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Масюк Л. А., Василенко О.В., Гелюх Є. П., Іслам З. М. Протидія туберкульозу в умовах пандемії, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2 (за результатами слухань у Комітеті Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування). *Туберкульоз Легеневі хвороби ВІЛ-інфекція*. 2021. № 2. С. 5-14.
2. Тодоріко Л. Д., Петренко В. І., Валецький Ю. М. Досягнення та складні питання що до подолання туберкульозу в Україні (консолідований погляд з різних регіонів). *Туберкульоз Легеневі хвороби ВІЛ-інфекція*. 2020. № 1. С. 10-17.
3. Фещенко Ю. І., Тодоріко Л. Д., Кужко М. М., Гуменюк М. І. Патоморфоз туберкульозу – реалії сьогодення, хіміорезистентність як ознака прогресування *Укр. пульмонол. журн.* 2018. № 2. С. 6-10.
4. Actor JK, Hunter R, Jagannath C. Immunopathology of tuberculosis. Molecular pathology of lung diseases. New York. *Springer New York*. 2008; 419–428.
5. International statistical classification of diseases and health related problems (The) ICD-10. Geneva: World Health Organization; 2016.
6. World Health Organization. Global Tuberculosis Control re port. WHO report Geneva. Switzerland. 2017; 273 p.
7. Suggested citation. Global tuberculosis report. Geneva: World Health Organization. 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

REFERENCES

1. Masiuk L. A., Vasylenko O. V., Heliukh Ye. P., Islam Z. M. Protydiia tuberkulozu v umovakh pandemii, sprychynenoi koronavirusom SARS-CoV-2 (za rezultatamy slukhan u Komiteti Verkhovnoi Rady Ukrainy z pytan zdorovia natsii, medychnoi dopomohy ta medychnoho strakhuvannia) Tuberkuloz Lehenevi khvoroby VIL-infektsiia. 2021, 2; 5–14.
2. Todoriko L. D., Petrenko V. I., Valetskyi Yu. M. Dosiahnennia ta skladni pytannia shcho do podolannia tuberkulozu v Ukraini (konsolidovanyi pohliad z riznykh rehioniv). Tuberkuloz Lehenevi khvoroby VIL-infektsiia. 2020. № 1. 10-17.
3. Feshchenko Yu. I., Todoriko L. D., Kuzhko M. M., Humeniuk M. I. Patomorfoz tuberkulozu – realii sohodennia, khimiorезystentnist yak oznaka prohresuvannia. *Ukr.pulmonol. zhurn.* 2018. № 2. 6-10.
4. Actor JK, Hunter R, Jagannath C. Immunopathology of tuberculosis. Molecular pathology of lung diseases. New York. Springer New York. 2008; 419–428.
5. International statistical classification of diseases and health related problems (The) ICD 10. Geneva: World Health Organization; 2016.

6. World Health Organization. Global Tuberculosis Control re port. WHO report Geneva. Switzerland. 2017; 273 p.
7. Suggested citation. Global tuberculosis report. Geneva: World Health Organization. 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

DIAGNOSTIC ALGORITHM OF TUBERCULOSIS COMBINED WITH CHRONIC BRONCHITIS AND ANTIMICOBACTERIAL THERAPY

Kostyk O. P., Sahelashvili M. I., Bilozir L. I., Sahelashvili-Bil O. I., Galishych N. M.,
Chulovska U. B., Piskur Z. I., Starichek G. V., Lutsyshyn T. V.

Abstract. In modern conditions, the clinical course of pulmonary tuberculosis is often manifested by the development of a specific process against the background of chronic bronchitis, which is characterized by the manifestation of symptoms of both diseases, complicating the timely diagnosis of tuberculosis, in connection with which the problem of the relationship between these two diseases requires in-depth study.

The work presents the development of criteria for the clinical-instrumental and laboratory algorithm for the diagnosis of pulmonary tuberculosis in combination with chronic bronchitis. 300 patients with destructive pulmonary tuberculosis aged 15-67 were examined: in 93 (31,0 %) tuberculosis was combined with chronic bronchitis, in 207 (69,0 %) - only pulmonary tuberculosis. Clinical, laboratory and instrumental methods were used for the examination. In 31,0 % of patients, a high specific gravity of chronic bronchitis, which occurred before the development of specific inflammation, was established. An acute onset with the presence of a productive cough was noted in 26 (27,9 %) patients, increased ESR - in 49 (52,6 %) and leukocytosis - in 29 (32,0 %), this was much more often expressed in patients with mixed pathologies. In the same patients, a longer period of healing of the destructive process was observed. Antimycobacterial therapy showed a high therapeutic effect in patients with tuberculosis in combination with chronic bronchitis: cessation of bacterial excretion was observed in 85 (96,6 %) and healing of destruction - in 76 (81,7 %) patients, which was slightly inferior to the results of treatment of patients who suffered not only from pulmonary tuberculosis. Two variants of endobronchitis have been established: non-specific diffuse inflammation of the bronchi as a result of chronic bronchitis, and so-called reactive "paraspecific" endobronchitis as a result of the toxic-allergic effect of the tuberculosis process.

Key words: *pulmonary tuberculosis, destruction, bacterial excretion, chronic bronchitis, verification of endobronchitis, chemotherapy.*

Костик Ольга Петрівна, <https://orcid.org/0000-0001-5606-7931>, +38 0984516838,

kaf_phthiology@meduniv.lviv.ua

Сахелашвілі М.І. <https://orcid.org/0000-0002-2503-5440>;

Білозір Л.І.

Сахелашвілі-Біль О.І.

Галишич Н.М.

Чуловська У.Б.

Піскур З.І.

Старічек Г.В.

Луцишин Т.В.

Надійшла до редакції / Receiv: 29.11.2022