

ВЕРИФІКАЦІЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ, ПОЄДНАНОГО З ХРОНІЧНИМ БРОНХІТОМ У СУЧАСНИХ УМОВАХ

Костик О.П., Піскур З.І., Рудницька Н.Д.,
Вольницька Х.І., Боржієвська О.Є.

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

КНП ЛОР «Львівська обласна клінічна лікарня», м. Львів, Україна

Анотація. Клінічний перебіг туберкульозу легень в сучасних умовах часто проявляється розвитком специфічного процесу на тлі хронічного бронхіту, що характеризується присутністю загальних проявів обох захворювань, ускладнюючи своєчасну діагностику туберкульозу, в зв'язку з чим проблема співвідношення цих двох захворювань вимагає поглибленого вивчення. 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, хронічний бронхіт, деструкція, бактеріовиділення, верифікація ендобронхіту.

Вступ. В сучасних умовах клінічний перебіг туберкульозу легень часто проявляється розвитком специфічного процесу на тлі хронічного бронхіту, в зв'язку з чим проблема співвідношення цих двох захворювань вимагає застосування сучасних клініко-інструментальних досліджень для

верифікації туберкульозу легень. Патоморфоз туберкульозу 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 [6, 7, 9]. При наявності бронхіальної обструкції перебіг туберкульозного 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 туберкульозного запалення [1, 2, 8]. З іншого боку, сам туберкульоз, в тому числі клінічно вилікуваний, сприяє розвитку хронічної неспецифічної патології легень, що пов'язано з метатуберкульозними залишковими змінами [3, 9, 11].

Мета дослідження: вдосконалення сучасної діагностики туберкульозу на тлі хронічного бронхіту з врахуванням результатів клінічних, лабораторних та інструментальних методів обстеження, частоти розповсюдженості поєднаного процесу у вперше діагностованих хворих на туберкульоз.

Матеріали та методи досліджень. В умовах патоморфозу туберкульозу, особливу увагу слід звернути на початкові прояви клінічного перебігу, лікувально-діагностичну тактику і ефективність терапії мікс-форм туберкульозу та хронічного бронхіту [4, 5, 6]. Під спостереженням знаходилося 300 хворих на деструктивний туберкульоз легень у віці від 15 до 67 років, які були розділені на дві групи: першу склали 93 (31,0%) пацієнти, у яких туберкульоз поєднувався з хронічним бронхітом, до другої групи увійшли 207 (69,0%) хворих на туберкульоз легень без хронічного бронхіту, 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 хронічного бронхіту, мали місце у 82 (82,2%) осіб, у той час як тільки при туберкульозі – у 109 (52,7%) хворих, частіше були присутні скарги на задишку – у 29 (31,2%) і 21 (10,1%) хворих відповідно.

Вивчення клініко-анамнестичних даних дало можливість встановити, що основною причиною хронічного бронхіту у хворих на туберкульоз легень було тютюнопаління, яке сприяло розвитку хронічного бронхіту, що супроводжувався постійним кашлем, пригнічувало імунітет та маскувало перші прояви туберкульозу легень, що приєднується та пролонгує терміни діагностики специфічного процесу.

Результати дослідження. В результаті проведених нами клінічних досліджень встановлено, що відсоток виявлення пацієнтів за звертанням у групі хворих на туберкульоз легень в поєднанні з хронічним бронхітом

був значно вищий, ніж у групі хворих лише на туберкульоз – відповідно 82,8 % і 79,2 %. Гострий початок туберкульозу у групі хворих з хронічним бронхітом спостерігався частіше (27,9 %), ніж без бронхіту (15,0 %). Форми туберкульозу легень в обох групах практично не відрізнялися, але мікобактерії туберкульозу (МБТ) частіше зустрічалися у хворих туберкульозом з хронічним бронхітом – у 88 (94,5 %), ніж у пацієнтів тільки з туберкульозом – 180 (86,9 %). Майже вдвоє частіше визначалася підвищена ШОЕ (52,6 % і 30,4 %) та лейкоцитоз (32,0 % і 14,0 %).

Нами встановлено, що на фоні неспецифічного хронічного бронхіту деструктивний туберкульоз легень 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 застосовувалися антимікробні препарати, інгаляційні бронходилататори (комбівент, беродуал), глюкокортикоїди (будесонід, бекламетазон), муколітичні і симптоматичні засоби.

Бактеріовиділення в результаті проведеного лікування 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 мікобактерії 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 туберкульоз з хронічним бронхітом (76 (81,7 %)), так і без бронхіту (173 (83,5 %)) осіб. Але процес загоєння порожнин розпаду при супутньому хронічному бронхіті відбувався значно повільніше: через чотири місяці хіміотерапії спостерігали загоєння каверн у 25 (26,8 %) хворих, а лише при туберкульозі легень – у 111 (53,6 %) хворих.

Інтенсивна терапія, проведена з використанням антимікобактеріальних препаратів, засобів патогенетичного лікування і інгаляційного введення медикаментів виявляла високий терапевтичний ефект у хворих на туберкульоз, поєднаний з хронічним бронхітом: 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 туберкульоз легень – відповідно у 176 (97,7 %) і 173 (83,5 %) випадків.

В результаті проведеного лікування темпи припинення бактеріовиділення і загоєння каверн в групі були значно повільніші, ніж у хворих без хронічного бронхіту, що зумовлено не тільки пізнім виявленням туберкульозу,

більшою масивністю бактеріовиділення, але й супутнім хронічним неспецифічним запальним процесом в бронхах, який утруднює лікування туберкульозу. Хворим на туберкульоз в поєднанні з хронічним бронхітом слід застосовувати інтенсивні режими хіміотерапії більш тривалими курсами, а також посилити якість диспансерного спостереження за ними.

Для виявлення патологічних змін у бронхах хворих обстежуваних груп, 143 хворим на вперше виявлений деструктивний туберкульоз легень було проведено фібробронхоскопію. Туберкульозне 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 хронічний бронхіт, який супроводжувався кашлем з виділенням мокротиння до виникнення туберкульозу в легенях, що складає 17,0% від всіх хворих вперше виявленим деструктивним туберкульозом 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 туберкульозним процесом. Тільки у 21 (14,9%) хворого в легенях вислуховувалися сухі розсіяні хрипи. У більшості пацієнтів виявлений ендобронхіт перебігав безсимптомно і маскувався проявами туберкульозу легень.

В результаті проведених ендоскопічних досліджень встановлено, 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 туберкульозі він зустрічався в 70 (49,0%), при дисемінованому – в 74 (51,7%) і при фіброзно-кавернозному в 110 (76,9%) випадках.

З метою 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 туберкульозу.

Висновок. У вперше діагностованих хворих на туберкульоз 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 туберкульозного процесу на слизову трахеобронхіального дерева, що викликає супутній туберкульоз неспецифічний запальний процес, так званий реактивний «паратуберкульозний» ендобронхіт.

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

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

Дані, отримані в результаті проведених досліджень, вказують на те, що неспецифічний хронічний бронхіт, як самостійна нозологічна форма, у хворих на деструктивний туберкульоз легень вимагає тривалого, іноді пожиттєвого диспансерного спостереження, в тому числі і після вилікування специфічного процесу.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Синдром бронхіальної обструкції у практиці педіатра, фтизіатра і сімейного лікаря / І. Г. Ільницький, О.П. Костик, І. Л. Ільницька. Київ – Львів : Атлас, 2009. 304 с.

2. Частота, клінічні особливості та ефективність лікування бронхообструктивного синдрому у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень / С.В. Зайков, А.Б. Дудник. *Укр. пульмон. журнал.* 2009. № 2. С. 37–40.

3. Патоморфоз туберкульозу легень за клінічним перебігом, рентгенологічними та бактеріологічними змінами в умовах епідемії / В. М. Мельник, І.О. Новожилова, В.Г. Матусевич. *Укр. пульмон. журнал.* 2007. № 2. С. 49–53.

4. Норейко С.Б. Лікування туберкульозу легень, ускладненого бронхообструктивним синдромом. *Укр. пульмон. журнал.* 2008. № 3. С. 171–172.

5. Особливості бронхіальної патології у хворих на туберкульоз легень з порушеннями функції зовнішнього дихання в залежності від типу специфічного процесу / О.М. Разнатовська, Н.С. Пухальська, О. А. Растворов та ін. *Запоріз. мед. журнал.* 2008. № 1. С. 30–31.

6. Вплив базового лікування хронічного обструктивного захворювання легень на процеси морфологічної перебудови та місцевих бар'єрних факторів захисту слизових оболонок бронхів / М. М. Островський, М.О. Кулинич-Міськів. *Укр. пульмон. журн.* 2009. № 3. С. 49–54.

7. Фещенко Ю.І. Актуальні проблеми діагностики і терапії ХОЗЛ із супутньою патологією. *Укр. пульмон. журнал.* 2009. № 2. С. 5–11.

8. Manca C.A., Reed M.B., Freeman S.H. Differential monocyte activation underlies strain-specific Mycobacterium tuberculosis pathogenesis. *Infect. Immun.* 2004. № 72. P. 5511–4.

9. Duarte F.C. Factors associated with deaths among pulmonary tuberculosis patients: A case-control study with secondary data. *J. of Epidemiology and Community Health*. 2009. № 63. P. 233–6.

10. Price D.B., Tinkelman D.G., Halbert R.J. Symptom-based questionnaire for identifying COPD in smokers. *Respiration*. 2006. № 73. P. 277–2.

11. Stang P., Lydick E., Silberman C. The prevalence of COPD: using smoking fates to estimate disease frequency in the general population. *Chest*. 2000. № 117. P. 54–6.

REFERENCES:

1. Ilnytskyi I.G., Kostyk O.P., Ilnytska L.I. Bronhialnoi obstruction syndrome in pediatric practice, TB and family doctor. Kyiv – Lviv, Atlas. 2009; 304.

2. Zaikov S.V., Dudnik A.B. Incidence, clinical features and treatment efficacy bronchial obstruction syndrome in patients with newly diagnosed pulmonary tuberculosis. *Ukr. pulmon. magazine*. 2009; 2: 37–40.

3. Melnyk V.M. Tuberculosis pathomorphosis the clinical course, radiological and bacteriological changes in epidemic conditions. *Ukr. pulmon. magazine*. 2007; 2: 49–53.

4. Noreyko S.B. Treatment of pulmonary tuberculosis complicated bronhoobstruktyvnyim syndrome. *Ukr. pulmon. magazine*. 2008; 3: 171–172.

5. Raznatovska O.M., Pukhalsky N.S., Rastvorov O.A. Features of bronchial disease in patients with pulmonary tuberculosis with impaired respiratory function, depending on the type of specific process. *Zaporiz. med. zhurnal*. 2008; 1: 30–31.

6. Ostrovsky M.M., Kulynych-Miskiv M.O. Effect of basic treatment of chronic obstructive pulmonary disease processes and morphological reorganization of local barrier protection factors of the mucous membranes of the bronchi. *Ukr. pulmon. zhurnal*. 2009; 3: 49–54.

7. Feschenko YI. Actual problems of diagnosis and treatment of COPD and concomitant pathology. *Ukr. pulmon. zhurnal*. 2009; 2: 5–11.

8. Manca CA, Reed MB, Freeman SH. Differential monocyte activation underlies strain-specific Mycobacterium tuberculosis pathogenesis. *Infect. Immun*. 2004; 72: 5511–4.

9. Duarte FC. Factors associated with deaths among pulmonary tuberculosis patients: A case-control study with secondary data. *J. of Epidemiology and Community Health*. 2009;63:233–6.

10. Price DB, Tinkelman DG, Halbert RJ. Symptom-based questionnaire for identifying COPD in smokers. *Respiration*. 2006; 73: 277–2.

11. Stang P., Lydick E., Silberman C. The prevalence of COPD: using smoking fates to estimate disease frequency in the general population. *Chest*. 2000; 117: 54–6.

VERIFICATION OF TUBERCULOSIS IN COMBINATION WITH CHRONIC BRONCHITIS IN MODERN CONDITIONS

**Kostyk O.P., Piskur Z.I., Rudnytska N.D.,
Volnytska H.I., Borzhievska O.Y.**

Abstract. *The clinical course of pulmonary tuberculosis in modern conditions is often manifested by the development of a specific process against the background of chronic bronchitis, characterized by the presence of common manifestations of both diseases, making it difficult to timely diagnose tuberculosis, and therefore the problem of correlation between these two diseases requires in-depth study. 300 patients with destructive tuberculosis of lungs aged 15–67 years 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 survey. In 31.0% of patients, a high specific gravity of chronic bronchitis, which arose before the development of specific inflammation, was established. A sharp beginning with the presence of productive cough was noted in 26 (27.9%) patients, elevated ESR – in 49 (52.6%) and leukocytosis – in 29 (32.0%), it was significantly more pronounced in patients with mixed–pathology. In these patients, a longer period of healing of the destructive process was observed. Antimycobacterial therapy has shown a high therapeutic effect in patients with tuberculosis in combination with chronic bronchitis: the withdrawal of bacteria was observed in 85 (96.6%), and the destruction of destructions – in 76 (81.7%) patients, slightly inferior to the results of treatment of patients who Not only did they suffer from pulmonary tuberculosis. There are two variants of endobronchitis: non-specific diffuse inflammation of the bronchi, as a result of the manifestation of chronic bronchitis, and the so-called reactive “paraspecific” endobronchitis as a consequence of the toxic-allergic influence of the tuberculous process.*

Key words: *tuberculosis, chronic bronchitis, destruction, bacterial secretion, endobronchitis verification.*

Костик О.П. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5606-793>, +38(098)4516838,
kaf_phthisiology@meduniv.lviv.ua

Зоряна І.П. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9920-2291>

Рудницька Н.Д. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8928-369X>

Вольницька Х.І. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1474-3329>

Боржієвська О.Є.