

терапії складала від 5 до 18 місяців (в середньому $8,1 \pm 0,5$ мес.). К сожалению, все больные с туберкулезом и СПИДом не получали антиретровирусную терапию, а часть больных (24,9 %) недобросовестно относились к лечению туберкулеза, в связи с чем не завершили основной курс антимикобактериальной терапии.

Результаты антимикобактериальной терапии проанализированы у 100 больных с деструктивным туберкулезом легких:

- прекращение бактериовыделения достигнуто в 44,0 % случаев;
- закрытие полости распада — в 26,0 % случаев;
- уменьшение полости распада, частичное рассасывание инфильтрации и очагов обсеменения — в 28,0 % случаев;
- прогрессирование туберкулеза — в 36,0 %;
- смерть наступила у 32,0 % больных, причем у 52,0 % из них на первом году наблюдения в тубдиспансере.

Выводы

1. В Украине и в г. Одессе, в частности, из года в год увеличивается численность больных туберкулезом, еще большими темпами возрастает ВИЧ-инфицирование и СПИД, а в связи с этим — сочетание туберкулеза и ВИЧ-инфекции.

2. Туберкулез и ВИЧ-инфекция представляют угрозу для нации в силу неуклонного роста заболеваемости и крайне низкой эффективности лечения.

3. Необходимо решить организационные и методические вопросы по содержанию и лечению больных туберкулезом и СПИДом, т.к. антиретровирусная терапия не проводится вообще, а лечение туберкулеза часто неэффективно, в том числе и по нервно-эмоциональному состоянию больных.

4. Туберкулез при ВИЧ-инфекции характеризуется тяжелым течением, продолжительным бактериовыделением, большой частотой деструктивных, распространенных и прогрессирующих форм с высокой летальностью на первом году выявления.

ЛИТЕРАТУРА

1. Леоненко О. М. Імунологічні показники у хворих на деструктивний туберкульоз легень в процесі лікування, в тому числі й при супутньому ВІЛ-інфікуванні. // Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П. Л. Шупика. — Київ, 2002. — С. 288–289.
2. Феценко Ю. И., Поддубный А. Ф., Куничкина С. А., Антонык С. М. Туберкулез органов дыхания и синдром приобретенного иммунодефицита в Украине // Укр. пульмонолог. журнал. — № 2. — 1997. — С. 55–57.
3. Феценко Ю. И., Мельник В. М. Туберкулез и СПИД на Украине. — Научные труды к 75-летию ведущего противотуберкулезного учреждения г. Москвы. — Москва: Медицина и жизнь, 2001. — С. 61–62.

ТУБЕРКУЛЕЗ И СИНДРОМ ПРИОБРЕТЕННОГО ИММУНОДЕФИЦИТА

В. П. Мельник, О. М. Леоненко, Л. А. Колос

Резюме

Проанализированы данные по распространенности туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных по г. Одессе. Определены результаты лечения туберкулеза, даны рекомендации по повышению эффективности химиотерапии.

TUBERCULOSIS AND ACQUIRED IMMUNITY DEFICIENCY SYNDROME

V. P. Melnyk, O. M. Leonenko, L. A. Kolos

Summary

The prevalence of tuberculosis in HIV-infected residents of Odessa city was analyzed. The results of tuberculosis treatment were evaluated; the recommendations on improvement of chemotherapy effectiveness were given.

Т. В. Луцишин

ДЕЯКІ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТА КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ОРГАНІВ ДИХАННЯ В ПОЄДНАННІ З СЕЧОСТАТЕВИМ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ

Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького

Наприкінці ХХ ст. туберкульоз як соціально небезпечна хвороба знову став проблемою людства. Епідеміологічна ситуація загострилася в усіх країнах світу, особливо в європейському регіоні [13]. На Україні також неухильно зростає захворюваність та смертність від цієї недуги [9, 11].

Проблема позалегенового туберкульозу в Україні на фоні зростання захворюваності всіма формами туберкульозу потребує особливої уваги у зв'язку зі складністю соціально-економічних умов і станом лікувально-профілактичної мережі [1, 2, 4, 6, 7, 10, 12].

За останні роки збільшилась кількість пацієнтів з генералізованими формами захворювання, коли поряд з туберкульозом легень уражується один чи декілька органів. Поєднане ураження легень та нирок відмічається при багатьох захворюваннях, в тому числі і при туберкульозі [14]. Це зумовлено, насамперед, їх тісним анатомічним зв'язком (по кровоносних та лімфатичних судинах) та функціо-

нальною залежністю (обидва органи приймають участь у підтримці водної, кислотно-лужної та електролітної рівноваги, "стоять на захисті" гомеостазу) [3, 2, 4].

Проте майже всі роботи присвячені перебігу окремих клінічних форм туберкульозу органів дихання або туберкульозу сечовивідних органів і недостатньо висвітлюють особливості поєднаних форм туберкульозу з ураженням легень та сечостатеви органів. Тому актуальним є вивчення епідеміології та клініки туберкульозу органів дихання у хворих фтизіоурологічного профілю.

З метою вивчення деяких епідеміологічних та клінічних аспектів туберкульозу органів дихання в поєднанні з сечостатеви туберкульозом нами проведено аналіз показників захворюваності за 5 останніх років та 60 історій хвороб пацієнтів, які лікувались в стаціонарі туберкульозу позалегенової локалізації Львівської обласної лікарні.

Проведені дослідження показали, що на протязі 1996–2001 рр. у Львівській області, так як і на Україні в цілому, констатується безперервне збільшення кількості

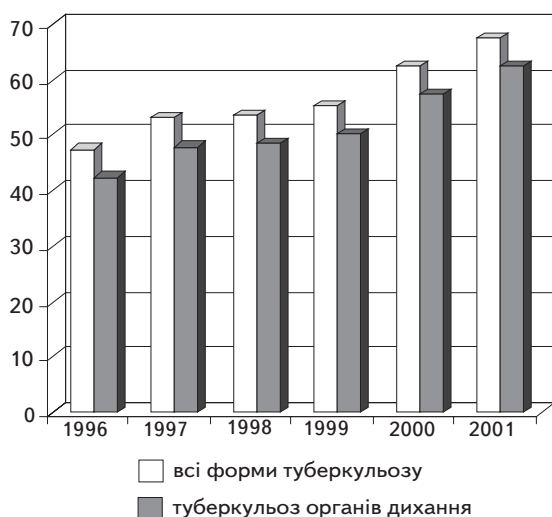


Рис. 1. Захворюваність на всі форми туберкульозу та туберкульоз органів дихання у Львівській області (на 100 тис. населення)

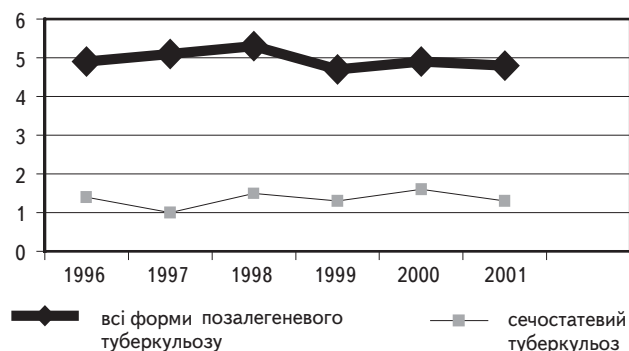


Рис. 2. Захворюваність на всі форми позалегенового туберкульозу і на туберкульоз сечостатевих органів серед дорослого населення Львівської області (на 100 тис. населення)

хворих на всі форми активного туберкульозу і, зокрема, на туберкульоз органів дихання. При цьому рівень захворюваності на всі форми туберкульозу серед дорослих Львівської області з 1996 року по 2001 рік збільшився з 47,4 до 67,5 на 100 тис. нас., а на туберкульоз органів дихання — з 42,4 до 62,4 на 100 тис. нас. (рис. 1).

На фоні цих змін з 1996 року по даний час відзначаються лише незначні зміни в захворюваності як на всі форми туберкульозу позалегенової локалізації (4,9; 5,1; 5,3; 4,7; 4,9 і 4,8 на 100 тис. населення), так і на туберкульоз сечостатевих органів (1,4; 1,0; 1,5; 1,3; 1,6 і 1,3 на 100 тис. населення), що зумовлено, в першу чергу, складнощами їх діагностики (рис. 2).

Для вивчення особливостей перебігу поєднаних форм процесу всі хворі були умовно поділені на дві групи: 1-а група — пацієнти, у яких виявляли одночасно активні зміни в легенях і у сечостатевих органах (18 хворих); 2-а — хворі, у яких констатували неактивний туберкульоз легень і активний специфічний процес у сечостатевих органах (32 хворих).

Порівняльна оцінка статеві структури хворих залежно від активності змін в легенях свідчить, що в 1-й групі всі хворі були чоловічої статі, в 2-й — чоловіки складали 74,2 %.

При поєднаних формах специфічного процесу з ураженням легень та сечостатевих органів у 70 % хворих визначаються неактивні зміни в легенях при вираженій активності процесу в сечостатевих органах.

Як видно із рис. 3, серед осіб першої групи віком до 30 р. в 7 % процес був активний як в легенях, так і в сечо-

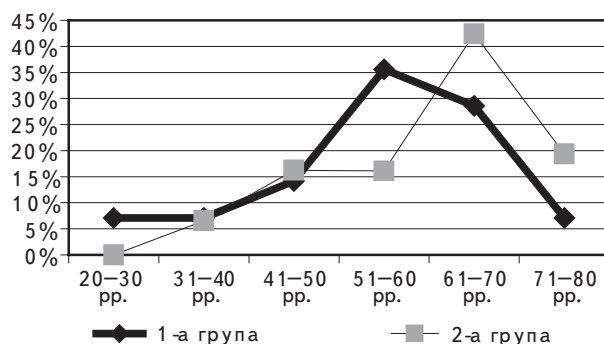


Рис. 3. Вікова структура хворих з поєднаним ураженням легень і сечостатевих органів

статевих органах; навпроти, серед осіб другої групи, де відзначались активні специфічні зміни лише в сечостатевих органах, нами не виявлені хворі до 30 років. У віковій групі 41–50 рр. частота поєднаних форм активного і неактивного туберкульозу легень з активним туберкульозом сечостатевих органів була майже однаковою (14,2 % і 16,1 %, $p > 0,05$). Проте в першій групі досліджених вірогідно переважали хворі 51–60 років (і становили 35,6 %), а в другій групі — 61–70 років (і становили 42,4 %, $p < 0,05$).

Всі хворі виявлялись по звертанням до лікаря, при цьому головним чином, хворі мали ниркові симптоми (часте сечовиділення, колючі болі в попереку, дизурія, гематурія, симптом Пастернацького позитивний) і значно рідше — легеневі (кашель, задишка). При цьому в 1-й групі легеневі симптоми відзначались в 1,7 рази частіше, ніж урологічні у (64,2 % проти 35,8 %, $p < 0,05$), а в 2-й групі — переважала урологічна симптоматика (93,5 % проти 6,5 %, $p < 0,001$).

Клінічні форми туберкульозу органів дихання і залишкові зміни після перенесеного туберкульозу наведені в табл. 1.

У хворих 1-ої групи в 2,7 рази частіше виявляли фіброзно-кавернозний туберкульоз, ніж дисемінований (61,2 % проти 22,3 %, $p < 0,01$), та в 11,1 рази, ніж вогнищевий і циротичний (61,2 % проти 5,5 % і 10,0 %, $p < 0,01$). У хворих 2-ої групи найчастіше виявляли залишкові зміни після перенесеного вогнищового (30,7 %) та дисемінованого (23,2 %) туберкульозу і вірогідно рідше — циротичного туберкульозу та туберкульозу внутрішньогрудних лімфатичних вузлів. Більше ніж у третини хворих другої групи (38,5 %) не можливо було чітко визначити клінічну форму перенесеного у минулому туберкульозу легень.

У більшості хворих 1-ої групи (64,4 %) зміни в сечостатевих органах були виявлені протягом 1–5 років хвороби на активний туберкульоз легень, а в 2-й — найчастіше через 6–10 років після перенесеного туберкульозу (33,3 %, $p < 0,05$). Проте, слід відзначити, що майже у половини хворих другої групи (46,7 %) активний туберкульоз сечостатевої системи розвинувся через 11–15 років і пізніше після перенесеного туберкульозу органів дихання.

Частота клінічних форм сечостатевого туберкульозу наведена в таблиці 2.

На фоні активного туберкульозу легень найчастіше виникали активні специфічні зміни в паренхімі нирок (91,6 % проти 61,7 %, $p < 0,05$). При цьому процес в нирках частіше був одностороннім, ніж двобічним (75,3 % проти 16,7 %, $p < 0,01$). При неактивних змінах в легенях майже в 2 рази рідше, ніж в першій групі, виявляли активний туберкульоз паренхіми нирок, і частіше туберкульоз сечостатевих органів, що становив 30,1 %. Серед ускладнень слід відмітити пієлонефрит, нефросклероз, пієлоектазію, амілоїдоз, ниркову недостатність.

Таблиця 1

Частота клінічних форм туберкульозу легень

Клінічні форми туберкульозу органів дихання	Обстежені групи	
	Перша група (n-18), %	Друга група (n-32), %
Туберкульоз внутрішньогрудних та мезентеріальних лімфатичних вузлів	—	3,8
Вогнищева	5,5	30,7*
Дисемінована	22,3	23,2
Фіброзно-кавернозна	61,2*	—
Циротична	10,0	3,8
Залишкові зміни після невідомих клінічних форм туберкульозу легень	—	38,5
ВСЬОГО	100,0	100,0

Примітка:

* — різниця вірогідна ($p < 0,05$)

На фоні збільшення захворюваності на всі форми туберкульозу та на туберкульоз органів дихання, відмічаються лише незначні зміни в частоті захворюваності на туберкульоз позалегенової локалізації. При поєднаних формах специфічного процесу з ураженням легень та сечостатевої системи у 70 % хворих визначаються неактивні зміни в легенях при вираженій активності процесу в сечостатевої системі. Всі хворі виявляються по звертанню до лікаря, при цьому, головним чином, хворі мають ниркові симптоми і значно рідше — легеневі.

У хворих 1-ої групи активний туберкульоз легень найчастіше перебігає у вигляді фіброзно-кавернозного туберкульозу, а у 2-ій, — головним чином, відзначаються залишкові зміни після перенесеного вогнищового та дисемінованого процесу в легенях. При цьому у більшості хворих першої групи давність змін в легенях становить 1—5 років, а в другій групі — 6—10 років.

В 91,6 % випадків активний туберкульоз легень поєднується з активними специфічними змінами в нирках. Найчастіше уражується лише одна нирка. В другій групі у хворих на фоні неактивних змін в легенях майже в 2 рази рідше, ніж в першій групі, виявляється активний туберкульоз в паренхімі нирок, а частіше — туберкульоз сечостатевої системи, що становить 30,1 %.

ЛІТЕРАТУРА

- Беллендир Э. Н. Значение внелегочных локализаций туберкулеза для современной фтизиатрии // Проблемы туберкулеза. — 2001 — № 6 — С. 47—48.
- Гесейнов Г. К. Внелегочный туберкулез // Проблемы туберкулеза — 2000 — № 1 — С. 45—47.
- Занько Т. В., Волосевич Г. В. Сочетание клинических форм легочного и внелегочного туберкулеза // Актуальные проблемы внелегочного туберкулеза: Сборн. науч. работ — Минск, 1995 — С. 116.
- Крутько В. С., Гинзбург М. А. Сочетанные поражения легких // Проблемы туберкулеза — 1987 — № 2 — С. 63—65.
- Кульчава Е. В. Терапия ex juvantibus в дифференциальной диагностике туберкулеза мочеполовой системы // Проблемы туберкулеза. — 2001 — № 2 — С. 29—31.
- Лантєва Н. О., Кучер Т. С., Бояр І. Г., Целюк Г. Б. Епідеміологічна ситуація з позалегенового туберкульозу в Україні // Укр. пульмонолог. журн. — 2000 — № 4 — С. 17—18.
- Левашев Ю. Н., Гарбуз А. Е. Внелегочный туберкулез // Проблемы туберкулеза — 2000 — № 6. — С. 4—6.
- Матусевич В. Г., Мельник В. М., Дорошенко П. М. і ін. Медико-соціальні аспекти медичної допомоги хворим на позалегеновий туберкульоз в Україні // VIII Конгрес СФУЛТ — Львів, 2000 — С. 14.

Таблиця 2

Частота клінічних форм сечостатевого туберкульозу

Клінічний діагноз	Обстежені групи	
	Перша група (n-18), %	Друга група (n-32), %
Туберкульоз ниркової паренхіми	91,6*	48,7
— однобічний	75,3	76,9
— двобічний	16,7	23,1
Кавернозний туберкульоз нирок	—	13,0
Туберкульоз сечостатевої системи	—	30,1
Туберкульоз сечового міхура	—	4,1
Туберкульоз простати	8,4	—
Туберкульоз яєчка	—	4,1
ВСЬОГО	100,0	100,0

Примітка:

* — різниця вірогідна ($p < 0,05$) порівняно з другою групою

- Мельник В. М. Туберкульоз в Україні: тенденції, проблеми і шляхи їх вирішення та реформування протитуберкульозної служби // VIII Конгрес СФУЛТ. — Львів, 2000. — С. 14.
- Соловей Б. В. К вопросу раннего выявления туберкулеза мочевой системы // Проблемы туберкулеза. — 1990. — № 10 — С. 53—55.
- Фещенко Ю. І. Туберкульоз — рішучий бій // Ліки — 2002. — № 1 — С. 30.
- Фещенко Ю. І., Мельник В. М., Лантєва Н. О. і ін. Методичні підходи до виявлення та лікування хворих на позалегеновий туберкульоз // Укр. пульмонолог. журн. — 2001 — № 4. — С. 60—67.
- Epidemiological aspects of tuberculosis in the Padua Health district 1985 — 1996 / V. Baldo, T. Menegon, F. Zamotni et al // Europ. J. epidemiol. — 1998 — 1998. — V. 14, № 2. — С. 125—128.
- Polacova R. Extrapulmonary tuberculosis in Slovakia 1985—1994 // The Europ. Resp. J. — 1995. — V. 8, Suppl. 19. — P. 327.

ДЕЯКІ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТА КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ОРГАНІВ ДИХАННЯ В ПОЄДНАННІ З СЕЧОСТАТЕВИМ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ

Т. В. Луцишин

Резюме

Вивчалися деякі епідеміологічні та клінічні аспекти туберкульозу органів дихання в поєднанні з сечостатевим туберкульозом на основі аналізу 60 історій хвороб та показників захворюваності за 5 останніх років. Встановлено, що при поєднаних формах специфічного процесу з ураженням легень та сечостатевої системи у 70 % хворих визначаються неактивні зміни в легенях при вираженій активності процесу в сечостатевої системі. При поєднанні активного туберкульозу в легенях та в сечостатевої системі (1 група) процес в легенях найчастіше перебігає у вигляді фіброзно-кавернозного туберкульозу, а при поєднанні неактивних змін в легенях та активних в сечостатевої системі (2 група) — неактивний процес в легенях проявляється залишковими змінами після перенесеного вогнищового та дисемінованого туберкульозу. В 91,6 % випадків активний туберкульоз легень поєднується з активними специфічними змінами в нирках. В другій групі у хворих на фоні неактивних змін в легенях майже в 2 рази рідше, ніж в першій групі, виявляється активний туберкульоз в паренхімі нирок, а частіше — туберкульоз сечостатевої системи, що становить 30,1 %.

SOME EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL PECULIARITIES OF RESPIRATORY TUBERCULOSIS COMBINED WITH URINARY TRACT TUBERCULOSIS

T. V. Lutsishin

Summary

The 60 case histories of patients with respiratory tuberculosis combined with urinary tract tuberculosis were analyzed. It was established that in 70 % of cases inactive lesions in respiratory system were combined with active process in urinary tract. The most characteristic manifestations of active pulmonary tuberculosis were cavitations and fibrosis. In 91,6 % of patients active pulmonary tuberculosis was accompanied by active kidneys involvement. Active tuberculosis of kidneys parenchyma was twice less common in inactive pulmonary tuberculosis cases.