

І. О. Новожилова
**РЕЗУЛЬТАТИ КЛІНІЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ХВОРИМИ,
ЯКІ ВИДІЛЯЛИ НЕТУБЕРКУЛЬОЗНІ МІКОБАКТЕРІЇ**

Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України

Вивчення нетуберкульозних мікобактерій (НТМБ) нараховує кілька десятиліть, однак багато питань залишаються не розв'язаними. До цього часу єдиним джерелом інформації про захворюваність мікобактеріозами (МЗ) є бактеріологічна служба [2].

Відомо, що за клінічними проявами і рентгенологічною картиною мікобактеріозу, як правило, мало відрізняються від туберкульозу, а протитуберкульозні препарати внаслідок медикаментозної стійкості збудника не виявляють терапевтичної дії [1, 3]. В клініці туберкульозу МЗ можна запідозрити при відсутності мікобактерій туберкульозу (МБТ) в тих випадках, коли, незважаючи на застосування адекватної хіміотерапії, хвороба набуває несприятливого перебігу. Обов'язковою умовою для встановлення діагнозу МЗ є повторне виділення НТМБ одного і того ж виду із патологічного матеріалу хворого, відсутність в досліджуваному матеріалі МБТ і наявність клінічних симптомів захворювання [4].

Метою дослідження було вивчення клінічних проявів захворювань органів дихання при виділенні (не менше двох разів) НМБТ. Спостерігали за 15 особами, які лікувались у фтизіопульмонологічному стаціонарі, і з харкотиння яких були висіяні НТМБ. Серед них було 11 чоловіків і 4 жінки. Розподіл хворих за віком був наступним: до 30 років — 3, 31–40 років — 3, 41–50 років — 2, 51–60 років — 2, понад 60 років — 5 чоловік.

Ідентифікацію НТМБ проводили за допомогою комплексу бактеріологічних і біохімічних тестів, а саме: вивчали морфологію бактерій, їхні тинкторіальні властивості, швидкість і оптимальну температуру росту, характер забарвлення колоній, наявність корд-фактору, проводили ніациновий тест, визначали амідну, пероксидазну, каталазну, нітратредуктазну активність, а також — чутливість до протитуберкульозних препаратів. Проведення тестів та їх оцінка здійснювались за загальноприйнятими методами [4].

За видовою належністю виділених НТМБ хворі розподілялись наступним чином: у 10 осіб були висіяні *M. fortuitum* (IV група), у 2 — *M. kansasii* (I група), у 2 — *M. xenopi* (III група), у 1 — скотохромогенні (II група) (розподіл на групи за класифікацією Раньона). Аналіз клінічної картини захворювання здійснювався відповідно до цього розподілу.

Найчисленнішою виявилась група хворих, які виділяли *M. fortuitum* (10 чоловік). Анамнез у шести з них був без особливостей, двоє перебували у сімейному контакті з хворими на активний туберкульоз, у одного в минулому був деструктивний туберкульоз з бактеріовиділенням і ще у одного — туберкульозний плеврит. Перебіг захворювання у 9 чоловік був середньої важкості (мали місце легеневі симптоми та симптоми інтоксикації), у 1 — без симптоматики (виявлений при профілактичному огляді). Катаральні явища в легенях були виражені різною мірою.

При вступі в стаціонар: у 5 хворих діагностували інфільтративний туберкульоз з розпадом, у 2 — ексудативний плеврит, у 2 — пневмонію, у 1 — дисемінований туберкульоз з розпадом. У 3 чоловік одноразово були висіяні МБТ з харкотиння. У 6 чоловік відмічались зміни показників гемограми (у 2 — підвищена ШОЕ, у 4 — підвищена ШОЕ і лейкоцитоз, в тому числі у 3 — зсув лейкоцитарної формули вліво). У одного хворого проба з 2 ТО була від'ємною.

Щодо чутливості виділених культур *M. fortuitum*, то у 1 хворого була збережена чутливість лише до канаміцину, у 1 — до канаміцину, етамбутолу, етіонаміду, збудники у інших 8 хворих були стійкими до всіх протитуберкульозних препаратів.

Лікування проводилось за індивідуальними схемами із застосуванням антимікобактеріальних препаратів як широкого спектра дії, так і протитуберкульозних.

Результати лікування були наступними: у 4 із 6 хворих відмічалось розсмоктування інфільтрації і загоєння порожнин розпаду, а також поява елементів фіброзу; у 1 — розсмокталась інфільтрація і каверна значно зменшилась в розмірах, у 1 — розсмокталась інфільтрація, але каверна залишилась попередніх розмірів, у 2 (з ексудативним плевритом) — відмічались невеликі плевральні нашарування, у 2 (з плевропневмоніями) — відмічалось погіршення клінічної картини, прогресували зміни гемограми, була відсутньою рентгенологічна динаміка, а також були виявлені елементи злоякісного росту. Ці хворі з діагнозом злоякісного новоутворення легень були переведені в онкологічний стаціонар (у термін до 30 днів). У більшості хворих клінічна картина нормалізувалась, лише у 2 (з наявністю порожнин розпаду) продовжували вислуховуватися хрипи в легенях.

Середній ліжко-день становив $196,5 \pm 40,9$ (виключено 2 хворих з онкологічною патологією).

M. kansasii виділяли 2 хворих. Обидва захворіли вперше. У одного з них хворіла туберкульозом мати, у другого анамнез був без особливостей. При вступі в стаціонар один скаржився на задишку в спокої, сухий кашель, втрату ваги, а в іншого відмічалось кровохаркання. Стан обох оцінювався як середньої важкості. При аускультатії вислуховувались сухі і вологі хрипи. В обох процес у легенях розцінювався як інфільтративний туберкульоз з розпадом. В одного хворого одноразово висівались МБТ, причому ріст був мізерним; у другого — виділення МБТ було відсутнім. Показники гемограми в обох були в межах норми.

Строки перебування в стаціонарі становили: 129 і 163 ліжко-днів. Результати лікування: у 1 хворого відмічалось розсмоктування інфільтрації і поява елементів фіброзу, каверна не визначалась на 6 місяці; у 2 хворого мало місце значне розсмоктування інфільтрації, але каверна залишилась попередніх розмірів (хворий самовільно перервав лікування).

Слід відмітити, що діагноз мікобактеріозу у даних хворих не викликав сумніву, оскільки у одного з них *M. kansasii* висівались 2 рази, у другого — 7 разів. Висіяні *M. kansasii* були чутливими до рифампіцину і тибону.

Ще у двох хворих із харкотиння були висіяні *M. xenopi*, причому у одного — 6 разів. Висіяні *M. xenopi* в одному випадку були чутливими лише до канаміцину, а в другому — стійкими до всіх протитуберкульозних препаратів.

Один хворий захворів вперше, у другого в анамнезі був туберкульоз. В обох при вступі в стаціонар відмічались: сухий кашель, загальна слабкість, субфебрильна температура. Крім того, один хворий скаржився на болі в ділянці серця. МБТ виявлялись: в одного — лише мікроскопічно, а у другого — мікроскопічно і двічі посівом. Відмічались зміни показників гемограми (збільшення ШОЕ та лейкоцитоз): у одного — помірні, у другого — різкі.

На підставі клініко-рентгенологічних даних в обох діагностовано фіброзно-кавернозний туберкульоз з бактеріовиділенням. Оскільки один хворий самовільно покинув стаціонар через 2,5 місяця, а у другого, крім туберкульозу, через 3 місяці діагностовано ще й периферійний рак, і його було переведено в онкологічний заклад, аналізувати результати лікування не представляється можливим.

В однієї, 47-річної, хворої були висіяні НТМБ з групи скотохромогенних, які виявились чутливими до етамбутолу і етіонаміду. Ця жінка впродовж 17-ти років хворіла хронічними неспецифічними захворюваннями легень і раніше в неї висівались *M. fortuitum*. В стаціонар вона поступила з приводу загострення хронічного обструктивного бронхіту, МБТ не виділялись. При бронхоскопії у неї виявлено двобічний катаральний ендобронхіт і хронічний катаральний фарингіт. Окрім цього, мав місце правобічний катаральний отит. При рентгенологічному обстеженні зміни в легенях не виявлялись. Лікування проводилось антимікобактеріальними препаратами широкого спектра дії. Через місяць хвора виписалась із значним клінічним покращанням.

Наведені спостереження свідчать про значну варіабельність клінічних проявів мікобактеріозів органів дихання. З одного боку, за своїм клінічним перебігом і рентгенологічній картині ці захворювання подібні до туберкульозу. З другого боку, вони, навіть викликані одним і тим же збудником, мають різноманітні клініко-рентгенологічні прояви. Єдиним вірогідним методом диференціальної діагностики між туберкульозом та мікобактеріозами є метод комплексної ідентифікації мікобактерій при неодноразовому виділенні одного і того ж виду збудника. Проте такі дослідження проводяться вкрай рідко, хоча потреба в них за останні роки значно зросла, що обумовлено збільшенням факторів ризику щодо розвитку мікобактеріозів. Такими факторами насамперед є хронічні захворювання легень

різної етіології, а також хвороби та стани, які знижують загальну резистентність організму. Недостатньо вивчено і питання поєднання мікобактеріозів з туберкульозом.

Таким чином, проблема НТМБ і мікобактеріозів потребує більшої уваги з боку практичної фтизіопульмонології і подальших наукових розробок.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Болезни органов дыхания. Руководство для врачей* / Под ред. Палеева Н. Р. — Москва: Медицина. — 1989. — Т. 2. — С. 326–338.
2. *Васильева А. В., Оттен Т. Ф.* // Пробл. туберкулеза. — 1991. — № 4. — С. 13–15.
3. *Ильина Е. А.* // Материалы Юбилейной Сессии: 80 летие ЦНИИТ РАМН, 75 лет со дня рождения акад. РАМН А. Г. Хоменко. — Москва, — 2001. — С. 81–82.
4. *Оттен Т. Ф.* Бактериологическая и биохимическая идентификация микобактерий: Метод. рекомендации. — Санкт-Петербург, — 1994. — 20 с.

РЕЗУЛЬТАТИ КЛІНІЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ХВОРИМИ, ЯКІ ВИДІЛЯЛИ НЕТУБЕРКУЛЬОЗНІ МІКОБАКТЕРІЇ

І. О. Новожилова

Резюме

Представлено результати клінічного спостереження за 15 хворими, які лікувались у фтизіопульмонологічному стаціонарі, і з харкотиння яких були висіяні нетуберкульозні мікобактерії (НТМБ). Хворі розподілені на групи за видовою належністю виділених НТМБ (у 10 чоловік — *M. fortuitum*, у 2 — *M. kansasii*, у 2 — *M. xenopi*, у 1 — скотохромогенні). Підтверджена значна варіабельність клінічних проявів мікобактеріозів органів дихання та труднощі верифікації діагнозу.

Підкреслюється важливість проблеми мікобактеріозів, які, незважаючи на збільшення факторів ризику, за останні роки приділяється недостатня увага.

THE RESULTS OF THE CLINICAL FOLLOW-UP OF THE PATIENTS WHO PRODUCED NON-TUBERCULOSIS MYCOBACTERIA

І. О. Novozhylova

Summary

The results of the clinical follow-up of 15 patients with sputum discharge of non-tuberculosis mycobacteria (NTB), admitted to tuberculosis-pulmonary hospital, were presented. The patients were divided into the groups, depending on species of NTB (10 patients — *M. fortuitum*, 2 — *M. kansasii*, 2 — *M. xenopi*, 1 — *M. scrofulaceum*). The significant variability of the clinical symptoms of lung mycobacteriosis and the difficulty of the diagnosis verification were confirmed. The importance of the problem of the mycobacteriosis was emphasized. Although despite of the increasing of the risk factors the attention to this problem is insufficient.

О. В. Голяновський, В. П. Мельник КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ЩОДО ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ У ВАГІТНИХ ТА ПОРОДІЛЬ

Київський медичний інститут Української асоціації народної медицини

В Україні, як і в усьому світі, не дивлячись на досягнуті успіхи у діагностиці, лікуванні та реабілітації хворих на туберкульоз легень, починаючи із 90-х років ХХ сторіччя, значно підвищилася захворюваність на цю інфекцію, особливо серед молоді.

Медична громадськість говорить про епідемію туберкульозу у нашій країні. За прогнозами експертів ВООЗ, якщо ситуація не зміниться, то в найближчі 30 років захворіють не менше 200 млн. чоловік і близько 100 млн. помруть від цього захворювання. Зараз, щорічно, стають хворими на туберкульоз не менше 9 млн. чоловік, 3–4 млн. помирають (з них жінки становлять 1 млн., що скла-