

Д. Д. Зербіно, П. В. Кузик, Б. Й. Рібун, Я. І. Шульгін, Л. С. Верес
ПАТОМОРФОЛОГІЯ ВАЖКИХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ
В СУЧАСНИХ УМОВАХ (НА ПРИКЛАДІ СИТУАЦІЇ У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ
ЗА ДЕСЯТЬ РОКІВ — 1992—2001 РР.)

*Інститут клінічної патології Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького
 Львівське обласне патологоанатомічне бюро*

Проблема туберкульозу як "глобальна загроза для людства" (ВООЗ, 1993 рік) особливо актуальна сьогодні в Україні. Як відомо, у нашій країні з 1995 року спостерігається епідемія туберкульозу, яка невпинно прогресує і є однією з найголовніших медико-соціальних проблем. Протягом останнього десятиліття захворюваність на туберкульоз зросла більш ніж удвічі, а загальна кількість хворих на сьогоднішній день становить 1,4 відсотка чисельності населення країни [8]. На сьогоднішній день існує загроза політичної та економічної ізоляції України як держави-резервуара туберкульозної інфекції [10]. У Львівській області у 2001 році первинна захворюваність на туберкульоз становила 67,5 на 100 тис. населення, а загальна захворюваність (поширеність) — 251,4 на 100 тис. населення. Це найвищі показники за останні десять років.

Зростання захворюваності, інфікованості та смертності при туберкульозі пов'язане з негативними аспектами патоморфозу, до яких відносяться: погіршення соціально-економічних та екологічних факторів, демографічні зміни, зниження ефективності медикаментозної терапії внаслідок появи мінливих та полірезистентних форм збудника, зростання частки імунодефіцитних станів [2, 3, 9]. Збільшується кількість осіб з груп підвищеного ризику: соціально дезадаптовані особи, алкоголіки, наркомани, токсикомани, особи з хронічною патологією органів дихання. Відомі економічні труднощі закладів охорони здоров'я, а також недооцінка проблеми туберкульозу. Негативні аспекти патоморфозу часто співпадають та доповнюють одне одного, сприяючи поширенню туберкульозу [4, 7]. Особливу роль у зміні клініко-морфологічної картини туберкульозу відіграють імунодефіцитні стани та персистенція в організмі мінливих форм збудника [2, 6].

За останні роки відмічається ріст супутніх із туберкульозом та фонових захворювань. Найчастіше це хвороби серцево-судинної системи, зокрема атеросклероз і гіпертонічна хвороба, хронічні неспецифічні захворювання легень, пневмококози, цукровий діабет, хронічна патологія шлунково-кишкового тракту. У хворих на туберкульоз все частіше реєструються зловиякісні новоутвори [7].

Особливо поширений туберкульоз серед ВІЛ-інфікованих осіб — в Україні до 40 % ВІЛ-інфікованих уражені мікобактеріями туберкульозу [8].

Матеріали і методи дослідження

Патоморфологічні дослідження проводились у Львівському обласному патологоанатомічному бюро (ЛОПБ). Ретроспективно проаналізовано 850 протоколів аутопсій померлих від різних форм туберкульозу легень за десять років — 1992—2001 рр. Показники летальності опрацьовані статистичним методом аналізу динамічних рядів.

Проведеними дослідженнями встановлено, що серед померлих переважали особи чоловічої статі — 687 (80,8 %), жінок було 163 (19,2 %). Найвищий показник

питомої ваги померлих належить особам працездатного віку, які проживали у містах, у віковій категорії від 20 до 59 років — 714 випадків (84 %).

Протягом 1992-2001 рр. спостерігалось зростання летальності від туберкульозу легень в 1,6 рази. Серед всіх клініко-анатомічних форм захворювання на першому місці стоїть вторинний туберкульоз — 565 випадків (66,5 %). В структурі основних форм вторинного туберкульозу переважав фіброзно-кавернозний туберкульоз — 506 випадків (59,5 %), летальність від якого протягом останніх десяти років зросла в 1,5 рази. Інфільтративний туберкульоз відмічався у 4,2 % випадків, а казеозна пневмонія — у 1,2 % спостережень. Інші форми вторинного туберкульозу (гострий вогнищевий, фіброзно-вогнищевий, циротичний туберкульоз) зустрічаються менш частіше. Діагноз туберкульозом легень на аутопсійному матеріалі не виставлявся ні разу.

Первинний туберкульоз виявлений у семи випадках (0,8 %). Гематогенний (післяпервинний) туберкульоз діагностований у 278 випадках (32,7 %). Серед них: гематогенний туберкульоз з переважанням позалегенового ураження — два випадки (0,2 %), генералізований гематогенний туберкульоз — шість випадків (0,7 %), гематогенно-дисемінований туберкульоз легень — 270 випадків (31,8 %). Летальність від останнього протягом 1992—2001 років зросла в 1,8 разів. Такі форми туберкульозу, як первинний, генералізований гематогенний, гематогенний з переважанням позалегенового ураження, казеозна пневмонія, гострий кавернозний туберкульоз частіше реєструються в період епідемічного поширення захворювання (табл. 1).

Таким чином, в останні роки спостерігається реверсія важких форм первинного, гематогенного і вторинного туберкульозу, характерних у минулому.

Для всіх клініко-анатомічних форм сучасного легеневого туберкульозу є характерним зменшення специфічних тканинних змін, посилення казеозно-некротичної реакції та неспецифічного компоненту захворювання. Водночас відмічається зростання "параспецифічних" захворювань та вторинних інфекцій, які приєднуються до "туберкульозного фону", протікають під виглядом пневмоній та захоплюють великі ділянки легень.

В період епідемії туберкульозу збільшилось число спостережень з прогресуванням туберкульозного процесу. Гостропрогресуючі форми туберкульозу характеризуються зменшенням типових ексудативних і проліферативних тканинних реакцій, специфічних для туберкульозного процесу. Для прогресування туберкульозу в сучасних умовах характерні виражені некротичні реакції, мікроциркуляторні порушення у вигляді розширення просвіту судин з агрегацією еритроцитів, стазу та алергічні прояви: алергічні васкуліти з фібриноїдним набуханням і некрозом стінки судин, ексудацією фібрину. При гострих формах туберкульозу (гострий гематогенно-дисемінований, гострий вогнищевий, гострий кавернозний туберкульоз легень) переважала ексудативно-некротична тканинна реакція, але одночасно формують-

Таблиця 1

Летальність від різних форм туберкульозу легень за 1992–2001 роки (за даними ЛОПБ)

Рік	Первинний туберкульоз		Генералізований гематогенний туберкульоз		Гематогенно-дисемінований туберкульоз легень		Гематогенний з переважанням позалеганевого ураження		Гострий вогнищевий туберкульоз		Фіброзно-вогнищевий туберкульоз		Інфільтративний туберкульоз		Казеозна пневмонія		Гострий кавернозний туберкульоз		Фіброзно-кавернозний туберкульоз		Циротичний туберкульоз		Всього	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
1992	—	—	—	—	19	26,8	—	—	2	2,8	—	—	3	4,2	—	—	—	—	47	66,2	—	—	71	100
1993	—	—	—	—	21	30,9	—	—	—	—	—	—	3	4,4	—	—	—	—	44	64,7	—	—	68	100
1994	—	—	—	—	21	31,8	—	—	2	3	—	—	7	10,6	—	—	—	—	36	54,6	—	—	66	100
1995	—	—	—	—	37	48,7	—	—	—	—	—	—	3	3,9	—	—	—	—	36	47,4	—	—	76	100
1996	1	1,3	1	1,3	35	45,4	—	—	—	—	—	—	2	2,6	1	1,3	—	—	37	48,1	—	—	77	100
1997	1	1,3	—	—	24	30,1	2	2,6	—	—	—	—	3	3,8	4	5,2	—	—	45	57	—	—	79	100
1998	2	2,4	—	—	29	35,5	—	—	—	—	—	—	3	3,6	1	1,2	—	—	47	57,3	—	—	82	100
1999	2	2	2	2	20	19	—	—	1	1	2	2	3	3	2	2	2	2	68	66	1	1	103	100
2000	1	0,9	3	2,7	28	24,6	—	—	1	0,9	—	—	4	3,6	2	1,8	2	1,8	72	63,7	—	—	113	100
2001	—	—	—	—	36	31,1	—	—	—	—	—	—	4	3,6	—	—	1	0,9	74	64,4	—	—	115	100
Всього	7	0,8	6	0,7	270	31,8	2	0,2	6	0,7	2	0,2	35	4,2	10	1,2	5	0,6	506	59,5	1	0,1	850	100

Таблиця 2

Безпосередні причини смерті хворих на туберкульоз легень за 1992–2001 роки (дані ЛОПБ)

Клініко-анатомічні форми туберкульозу легень	Прогресування туберкульозного процесу		Туберкульозний менінгіт		Вогнищеві параспецифічні пневмонії		Легеневі кровотечі		Шлунково-кишкові кровотечі		Амілоїдоз		Хронічне легеневе серце		Емпієма плеври, піопневмоторакс		Всього		
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	
Первинний туберкульоз	6	85,7	1	14,3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	100
Генералізований гематогенний туберкульоз	6	100	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	100
Гематогенно-дисемінований туберкульоз	152	56,3	8	3,0	18	6,7	4	1,6	1	0,4	2	0,8	54	20	31	11,2	270	100	
Гематогенний туберкульоз із переважанням позалеганевого ураження	2	100	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	100
Гострий вогнищевий туберкульоз	—	—	—	—	2	33,4	—	—	—	—	—	—	—	—	4	66,6	6	100	
Фіброзно-вогнищевий туберкульоз	—	—	—	—	2	100	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	100
Інфільтративний туберкульоз	14	40	—	—	9	25,7	1	2,9	—	—	—	—	3	8,6	8	22,8	35	100	
Казеозна пневмонія	10	100	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10	100
Гострий кавернозний туберкульоз	—	—	—	—	2	40	3	60	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	100
Фіброзно-кавернозний туберкульоз	196	38,7	—	—	26	5,1	22	4,4	3	0,6	15	3,0	209	41,3	35	6,9	506	100	
Циротичний туберкульоз	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	100	—	—	1	100	
Всього	386	45,4	9	1,1	59	6,9	30	3,5	4	0,5	17	2	267	31,4	78	9,2	850	100	

ся і продуктивні зміни, часто без ознак специфічності процесу. За даними патогістологічного дослідження аутопсійного матеріалу збільшилось число спостережень, в яких ха-

рактер запального інфільтрату настільки поліморфний, що унеможливило точну верифікацію процесу, навіть при наявності в мікропрепараті гранульом.

Протягом останніх років спостерігається ріст важких деструктивних форм туберкульозу, зокрема гематогенно-дисемінованого з розпадом та фіброзно-кавернозного туберкульозу, особливо це помітно в так званих соціально дезадаптованих і деградованих групах населення (алкоголіки, наркомани, бомжі, токсикомани). Деструктивні форми туберкульозу характеризуються наявністю вогнищ казеозного некрозу з швидким розпадом фокусів і формуванням множинних пневмонігенних каверн без розвитку вираженої специфічної продуктивної тканинної реакції та обмеження процесу. Це зумовлювало прогресування і поширення казеозно-некротичного процесу на значні ділянки легень, які за площею значно перевищували розміри некротичних вогнищ і деструкції.

У осіб молодого і середнього віку, особливо при наявності важкої конкуруючої або фонові патології, казеозно-некротичний процес є більше розповсюдженим, часто полікавернозним. Каверни, як правило, значних розмірів, повністю або частково вивпнені казеозними масами. В запущених і нелікованих випадках спостерігається фіброзно-кавернозний туберкульоз із субтотальним ураженням та масивним казеозним некрозом. Для осіб старшого віку характерний виражений пневмоплеврофіброз та обмежені казеозні некрози у вигляді солітарних, рідше конгломератних казеом. З 506 секційних випадків фіброзно-кавернозного туберкульозу у 209 були виявлені різкі фіброзні зміни і компенсаторна емфізема. Причиною смерті в таких випадках виступала хронічна легенево-серцева недостатність з наступною декомпенсацією хронічного легеневого серця.

При первинному та гематогенному туберкульозі більшість хворих помирають внаслідок прогресування туберкульозного процесу, вираженої туберкульозної інтоксикації та туберкульозного менінгіту. При вторинному туберкульозі хворі помирають від прогресування туберкульозного процесу, формування хронічного легеневого серця і хронічної легенево-серцевої недостатності, легеневих кровотеч та вторинного амілоїдозу (табл. 2).

Серед безпосередніх причин смерті найбільшу питому вагу складають: прогресування туберкульозного процесу і інтоксикація — 386 випадків (45,4 %) та хронічна легенево-серцева недостатність — 267 випадків (31,4 %), причому за останні десять років спостерігається тенденція до збільшення частки легенево-серцевої недостатності серед причин смерті, особливо при вторинному туберкульозі. В структурі ускладнень, які розвинулись при різних формах туберкульозу і стали безпосередньою причиною смерті особливу увагу привертають: емпієма плеври та піопневмоторакс — 78 випадків (9,2 %), вогнищеві "параспецифічні" пневмонії — 59 випадків (6,9 %), легеневі кровотечі — 30 випадків (3,5 %), вторинний амілоїдоз — 17 випадків (2 %), туберкульозний менінгіт — дев'ять випадків (1,1 %), шлунково-кишкові кровотечі як прояв ерозивної гастропатії — чотири випадки (3,5 %).

Таким чином, легеневий туберкульоз в сучасних умовах характеризується зростанням летальності, перевагою гостропрогресуючих, деструктивних, поширених, запущених і ускладнених форм захворювання, приєднанням до туберкульозного процесу вторинних інфекцій, зростанням "параспецифічних" захворювань та поєднанням інфекції з іншою хронічною патологією.

ЛІТЕРАТУРА

1. Верес Л. С. Туберкульоз легень: епідемія у Львівській області (за результатами аутопсій за п'ять років — 1996–2000 рр.) // Тези доповідей 2-ї міжнародної конференції студентів і молодих вче-

них у Львівському державному медичному університеті. — Львів, 2001. — С. 177–178.

2. Дзись Е. И. Роль измененных микобактерий в течении туберкулезной инфекции: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Москва, 1991. — 40 с.
3. Земскова З. С., Дорожкова И. Р. Скрыто протекающая туберкулезная инфекция. — Москва: Медицина, 1984. — 222 с.
4. Соловьева И. П. Патоморфоз как проблема клинической патологии // Пробл. туб. — 1983. — № 11. — С. 57–61.
5. Соловьева И. П., Берестова А. В. Классификация и кодирование клинико-анатомических форм туберкулеза // Архив патологии. — 2001. — Т. 63, выпуск 2. — С. 54–58.
6. Труков А. И., Кауфман О. Я. Гранулематозное воспаление и гранулематозные болезни. — Москва: Медицина, 1989. — 184 с.
7. Труков А. И., Соловьева И. П. Морфология туберкулеза в современных условиях. — Москва: Медицина, 1986. — 232 с.
8. Феценко Ю. И. Ситуация с туберкулезом в Украине // Doctor. — 2002. — № 4. — С. 11–14.
9. Шульгин Я. И., Кузык П. В. Причины смерти больных на туберкулез легень в условиях фтизиопульмологического стационара за 1997–2001 годы // Украинский информационный бюллетень здоровья. — 2002. — № 4. — С. 21–22.
10. Шульгин Я. И., Кузык П. В., Сеньків Н. М. Динаміка захворюваності на туберкульоз у Львівській області за 1995–2000 рр. // Український інформаційний бюллетень здоров'я. — 2002. — № 2. — С. 38–41.

ПАТОМОРФОЛОГІЯ ВАЖКИХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ В СУЧАСНИХ УМОВАХ (НА ПРИКЛАДІ СИТУАЦІЇ У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА ДЕСЯТЬ РОКІВ — 1992–2001 РР.)

Д. Д. Зербіно, П. В. Кузык, Б. Й. Рібун,
Я. І. Шульгин, Л. С. Верес

Резюме

Проведено ретроспективне дослідження на основі аналізу 850 протоколів аутопсій померлих від різних форм туберкульозу легень за десять років — 1992–2001 рр.

Серед клініко-анатомічних форм захворювання переважав фіброзно-кавернозний туберкульоз (59,5%), значну кількість випадків (31,8%) складав гематогенно-дисемінований туберкульоз легень. У період епідемічного поширення захворювання відмічається реверсія важких форм патології (генералізованого гематогенного туберкульозу, казеозної пневмонії), характерних у минулому, спостерігається ріст деструктивних форм туберкульозу. Для всіх клініко-анатомічних форм сучасного туберкульозу є характерним переважання казеозно-некротичної реакції і неспецифічного компоненту захворювання без обмеження процесу, зростання "параспецифічних" захворювань та приєднання вторинної інфекції. Значно збільшилось число спостережень з прогресуванням туберкульозного процесу. За останнє десятиліття відмічається тенденція до збільшення частки легенево-серцевої недостатності внаслідок формування хронічного легеневого серця серед безпосередніх причин смерті при туберкульозі, а також збільшення частоти легеневих кровотеч і амілоїдозу.

PATHOMORPHOLOGY OF SEVERE FORMS OF LUNG TUBERCULOSIS UNDER EXISTING CONDITIONS (ON AN EXAMPLE OF THE SITUATION IN LVIV REGION FOR TEN YEARS — 1992–2001)

D. D. Zerbino, P. V. Kuzyk, B. Yo. Ribun,
Ya. I. Shulhin, L. S. Veres

Summary

The retrospective study of 850 autopsy records of the lethal cases of different forms of lung tuberculosis for the last ten years — 1999–2001 — was conducted.

The fibro-cavenous pulmonary tuberculosis was a dominant form of the disease (59,5%). The haematogenous disseminated lung tuberculosis accounted for 31,8 % of all cases. In the epidemic period the reversion of severe forms of the disease (generalized haematogenous tuberculosis, caseous pneumonia) and the increase of destructive forms of tuberculosis was observed. The caseosis and necrotic lesions along with a non-specific inflammation were the characteristic features for all clinical and anatomic forms of modern tuberculosis. The number of progressive tuberculosis had considerably increased. Over the last decade it was noted the tendency towards increase of such the complications as respiratory and heart failure in a result of cor pulmonale formation as well as pulmonary bleedings and amyloidosis.