



О.Ю. Гриб

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Відмінності в причинах виникнення бактеріонегативних та бактеріопозитивних рецидивів туберкульозу легень

Мета роботи — аналіз причин виникнення рецидивів туберкульозу (РТБ) легень з бактеріовиділенням та без нього.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективне дослідження у 156 хворих з РТБ легень, що лікувалися в Луганському обласному протитуберкульозному диспансері в період від 2008 до 2012 р. Хворих було розподілено на дві групи. Застосовано методи якісного та кількісного аналізу.

Результати та обговорення. Половина хворих з РТБ легень із бактеріовиділенням мала супутні захворювання на відміну від бактеріонегативних випадків. Крім того, у хворих з РТБ МБТ+ значно гірші якість спостереження в категорії 5.1, регулярність лікування з приводу первинного випадку та регулярність і якість хіміопрофілактики.

Висновки. Для запобігання розвитку бактеріопозитивних РТБ легень належить посилити спостереження за хворими з категорії 5.1.

Ключові слова

Туберкульоз, рецидиви, причини виникнення.

Роль рецидивів туберкульозу у формуванні резервуара туберкульозної інфекції та підтриманні епідемії складно переоцінити. Велике значення, звичайно, мають клінічні форми туберкульозу з МБТ+, особливо в поширенні резистентних до ліків випадків, але туберкульоз із бактеріовиділенням вважають несвоєчасно виявленим, тому економічно та епідеміологічно виправданою є рання діагностика рецидивів туберкульозу (РТБ) легень, тобто виявлення хворих без деструктивних змін і бактеріовиділення.

РТБ легень без бактеріовиділення становлять третину випадків рецидивів туберкульозу органів дихання і відіграють значну роль у формуванні всього контингенту хворих [4]. Тому розуміння причин їх виникнення та виявлення, чим вони відрізняються від РТБ легень з МБТ+ дасть змогу запобігти повторним випадкам туберкульозу та забезпечить ранню діагностику їх.

У вітчизняній та іноземній літературі чимало праць, присвячених причинам виникнення РТБ легень. Зокрема, називають несприятливі соціальні чинники, розпад легеневої тканини під час первинного процесу, неповноцінний та короткий основний курс антибактеріальної терапії, великі залишкові зміни в легенях, хронічні соматичні хвороби [1–5, 10–12]. Але постає запитання, які саме чинники призводять до виникнення бактеріопозитивних та бактеріонегативних випадків?

Мета роботи — аналіз причин рецидивів туберкульозу легень із бактеріовиділенням та без нього.

Матеріали та методи

Проведено ретроспективне дослідження у 156 хворих з РТБ легень, що лікувалися в Луганському обласному протитуберкульозному диспансері в період від 2008 до 2012 р. Хворих було розподілено на дві групи. Першу склали хворі з рецидивом туберкульозу легень

Таблиця 1. Розподіл хворих 1-ї групи за рівнем бактеріовиділення

Рівень бактеріовиділення	Хворі з М+		Хворі з К+	
	Абсолютна кількість (n)	Відносна кількість, %	Абсолютна кількість (n)	Відносна кількість, %
Бактеріовиділення, підтвержене тільки мазком або посівом	27	33,75	7	8,75
1+	23	28,75	27	33,75
2+	12	15	10	12,5
3+	9	11,25	13	16,25
4+	—	—	4	5,0
Мізерне бактеріовиділення	9	11,25	19	23,7

Таблиця 2. Розподіл хворих за місцем проживання

Місце проживання	1-ша група		2-га група	
	Абсолютна кількість (n)	Відносна кількість, %	Абсолютна кількість (n)	Відносна кількість, %
Місто	61	76,25	58	76,32
Село	19	23,75	18	23,68

Таблиця 3. Розподіл хворих за соціальним статусом

Статус	1-ша група		2-га група	
	Абсолютна кількість (n)	Відносна кількість, %	Абсолютна кількість (n)	Відносна кількість, %
Не працює	47	58,75	39	51,31
Працює	19	23,75	27	35,53
Пенсіонер	7	8,75	5	6,58
Студент	7	8,75	5	6,58

із бактеріовиділенням (n = 80), 2-гу — хворі з РТБ легень без бактеріовиділення (n = 76). В усіх випадках визначали клінічну характеристику вперше виявленого процесу, його лікування та спостереження в категорії 5.1 з подальшим порівнянням. Усі дані статистично оброблені за допомогою програмного забезпечення STATISTICA 6.0®.

Результати та обговорення

Першу групу склали хворі з РТБ легень з бактеріовиділенням, підтвердженим бактеріоскопічним і/або бактеріологічним методом (n = 80). Співвідношення чоловіків та жінок становило 2 : 1, середній вік — (39,1 ± 13,7) року. Друга група сформована з хворих із РТБ легень без бактеріовиділення. Співвідношення чоловіків і жінок — 2 : 1, середній вік — (35,7 ± 13,3) року. Рівень бактеріовиділення у хворих 1-ї групи представлено в табл. 1.

Отже, в структурі хворих із бактеріовиділенням переважали пацієнти з масивним виділенням МБТ. Третину з них (n = 27) становили

бактеріовиділювачі, підтвержені тільки посівом на середовище Левенштейна—Єнсена.

Щодо місця проживання пацієнтів обох груп значної різниці не помічено (p > 0,05), переважна кількість їх мешкали в містах (табл. 2).

У обох групах понад половина хворих були безробітними (58 та 51 % в 1- та 2-й групах відповідно), тоді як працювали менше третини. Вірогідної різниці щодо соціальної структури хворих не помічено (табл. 3).

У хворих обох груп з первинним процесом (табл. 4) переважали форми інфільтративного туберкульозу (до 80 %), що відображує загальну структуру хворих на туберкульоз у країні. Різниці між групами за клінічними формами туберкульозу не виявлено (p > 0,05).

Крім того, в обох групах порівнювали характер та активність спостереження в період перебування в категорії 5.1. Так, середні строки перебування в категорії 5.1 для 1-ї групи становили (44,9 ± 24,3) міс, для 2-ї — (45,1 ± 27,9) міс. Вірогідної різниці між групами не зауважено (p > 0,05).

Таблиця 4. Клінічні форми туберкульозу у хворих з уперше діагностованим процесом

Клінічна форма	1-ша група		2-га група	
	Абсолютна кількість (n)	Відносна кількість, %	Абсолютна кількість (n)	Відносна кількість, %
Інфільтративний	64	80	60	78,94
Вогнищевий	9	11,25	10	13,16
Дисемінований	2	2,5	5	6,58
Фіброзно-кавернозний	1	1,25	1	1,32
Казеозна пневмонія	1	1,25	—	—
Туберкульома	2	2,5	—	—

Таблиця 5. Періодичність спостереження хворих у категорії 5.1

Періодичність спостереження	1-ша група		2-га група	
	Абсолютна кількість (n)	Відносна кількість, %	Абсолютна кількість (n)	Відносна кількість, %
Двічі на рік	23	28,75	22	28,94
Раз на рік	18	22,5	22	28,94
Нерегулярно	14	17,5	21	27,63
Не спостерігався	25	31,25	11	14,47

Таблиця 6. Проведення курсів протирецидивного лікування

Проведення протирецидивних курсів	1-ша група		2-га група	
	Абсолютна кількість (n)	Відносна кількість, %	Абсолютна кількість (n)	Відносна кількість, %
Проводили	61	76,25	50	65,78
Не проводили	19	23,75	26	34,21

За результатами спостереження в категорії 5.1 хворі обох груп розподілялися так: майже половина пацієнтів 1-ї групи під час перебування в категорії 5.1 протитуберкульозні установи не відвідували, тоді як більшість представників 2-ї відвідували їх з різною періодичністю, що, безперечно, відіграло роль у виникненні РТБ легень із бактеріовиділенням (табл. 5).

Як доповнення до регулярності відвідування оцінювали проведення протирецидивних курсів лікування під час спостереження хворих у категорії 5.1 (табл. 6). Істотної різниці між хворими обох груп не виявлено ($p > 0,05$), але середня кількість протирецидивних курсів лікування на одного хворого в 2-й групі (4,27), вірогідно більша, ніж у 1-й (3,31; $p < 0,05$).

У 1-й групі рецидив туберкульозу за скаргами виявлено у 63,75% ($n = 51$) хворих, під час профілактичного огляду — лише у 36,25% ($n = 29$). У 2-й групі — відповідно у 34,21% ($n = 26$) та 65,79%. Різниця між групами вірогідна ($p < 0,05$).

Скаржилися на стан здоров'я 63,75% ($n = 51$) хворих з рецидивом туберкульозу 1-ї групи, тоді як з 2-ї — тільки 34,2% ($n = 26$). Різниця між

групами вірогідна ($p < 0,05$). Хворі 1-ї групи переважно вказували на кашель з мокротинням, субфебрильну температуру тіла, задишку, слабкість (табл. 7).

Доведено, що режим та схема лікування хворих на ВДТБЛ значною мірою впливають на розвиток РТБ, але чи є різниця між цими чинниками й появою бактеріовиділення при рецидиві процесу? За нашими даними, середні строки лікування з приводу ВДТБЛ для 1-ї групи становили ($6,7 \pm 2,3$) міс, для 2-ї — ($6,8 \pm 1,9$) міс. Переважну кількість хворих обох груп лікували тільки протитуберкульозними препаратами першого ряду (63,7 та 72,4% відповідно).

Крім того, оцінювали прихильність хворих до лікування під час первинного захворювання. Понад половина пацієнтів 2-ї групи лікувалися з приводу ВДТБЛ без пропусків або з незначними пропусками доз, водночас як хворі 1-ї групи частіше нерегулярно приймали препарати та достроково припиняли лікування (табл. 8).

Супутні хвороби виявлено у 46,3% пацієнтів з 1-ї групи і тільки у 18,4% з РТБ легень без бактеріовиділення. Різниця між групами вірогідна ($p < 0,05$). Серед супутніх недуг у хворих

Таблиця 7. Розподіл скарг хворих з рецидивом туберкульозу

Скарги	1-ша група		2-га група	
	Абсолютна кількість (n)	Відносна кількість, %	Абсолютна кількість (n)	Відносна кількість, %
Сухий кашель	3	3,75	5	6,57
Кашель з мокротинням	38	47,5	13	17,1
Субфебрильна температура тіла	18	22,5	10	13,16
Фебрильна температура	8	10	6	7,9
Біль у грудній клітці	5	6,25	5	6,57
Задишка	12	15	6	7,9
Пітливість	7	8,75	1	1,3
Легенева кровотеча	0	0	1	1,3
Слабкість	14	17,5	7	9,2

Таблиця 8. Оцінка прихильності хворих до лікування

Регулярність прийому ліків	1-ша група		2-га група	
	Абсолютна кількість (n)	Відносна кількість, %	Абсолютна кількість (n)	Відносна кількість, %
Без пропусків	13	16,25	11	14,5
Рідко пропускали	20	25	33	43,4
Часто пропускали	10	12,5	12	15,8
Нерегулярне лікування	11	13,75	6	7,9
Дострокове припинення лікування	26	32,5	14	18,4

обох груп переважали цукровий діабет, хронічний алкоголізм, хвороби шлунка.

Висновки

1. Під час спостереження в категорії 5.1 більшість хворих 1-ї групи відвідували протитуберкульозні заклади нерегулярно або не відвідували їх узагалі, водночас як хворі 2-ї — регулярно. Тому під час профілактичного огляду відсоток виявлених хворих із РТБ був вірогідно вищий.

2. Для профілактики РТБ легень з бактеріовиділенням має значення не наявність курсів хіміо-

профілактики, а регулярність та частота їх протягом усього періоду спостереження в категорії 5.1.

3. Для виникнення РТБ легень із бактеріовиділенням та без істотного значення схеми лікування при ВДТБЛ немає, але регулярність прийому протитуберкульозних препаратів значно ліпша у хворих з рецидивами без бактеріовиділення.

4. Супутні захворювання спостерігалися у половини хворих з РТБ легень з МБТ+, що, безперечно, потрібно враховувати під час складання плану нагляду за хворими в категорії 5.1.

Список літератури

1. Вязкова Н.Н., Медведєва О.А., Митюнина Л.И., Чеботарева Т.В. Степень выраженности риска возникновения рецидива туберкулеза органов дыхания у лиц, наблюдающихся по III группе диспансерного учета // Пробл. туб. и болезней легких.— 2007.— № 11.— С. 11—14.
2. Новожилова О.В., Васильева И.А., Пузанов В.А. и др. Причины туберкулеза легких у больных Ивановской области // Туберкулез и болезни легких.— 2011.— № 10.— С. 55—58.
3. Олиферовская Р.П., Норейко Б.В., Лепшина С.М. и др. Особенности течения, выявления и профилактики рецидивов туберкулеза легких // Вестн. гигиены и эпидемиологии.— 2001.— Т. 5, № 1.— С. 73—75.
4. Петренко В.М., Черенько С.О., Литвиненко Н.А., Сенько Ю.О. Проблеми рецидивів туберкульозу легень // Укр. пульмонолог. журн.— 2008.— № 2.— С. 60—64.
5. Петренко В.М., Черенько С.О., Тарасенко О.Р. та ін. Безпосередні та віддалені результати лікування хворих на деструктивний туберкульоз легень // Укр. мед. часопис.— 2005.— № 3 (47).— Т. V/VI.— С. 13—18.
6. Плиева С.Л., Сельцовский П.П. Особенности ранних и поздних рецидивов туберкулеза органов дыхания // Туб. и болезни легких.— 2011.— № 6.— С. 23—27.
7. Риекстиня В., Торп Л., Леймане В. Факторы риска ранних рецидивов туберкулеза в Латвии // Пробл. туб. и болезней легких.— 2005.— № 1.— С. 43—47.
8. Шальмін О.С., Ахтирський О.І., Растворов О.А. та ін. Частота й особливості рецидивів туберкульозу легень в умовах екологічного забруднення // Запорозж. мед. журн.— 2006.— № 3.— С. 43—48.
9. Cacho J., Pérez Meixeira A., Cano J. et al. Recurrent tuberculosis from 1992 to 2004 in a metropolitan area // Eur. Respir. J.— 2007.— N 30 (2).— P. 333—337.

10. Millet J.P., Orcaul I., Garcia de Olalla P. et al. Tuberculosis recurrence and its associated risk factors among successfully treated patients // J. Epidemiol. Community Health.— 2009.— N 63.— P. 799–804.
11. Soomro J.A., Qazi H.A. Factors Associated with Relapsed Tuberculosis in Males and Females: A Comparative Study // Tanaffos.— 2009.— N 8 (3).— P. 22–27.
12. Thomas A., Gopi P.G., Santha P. et al. Predictors of relapse among pulmonary tuberculosis patients treated in a DOTS programme in South India // Int. J. Tuberc. lung dis.— 2005.— Vol. 9 (5).— P. 556–561.

Е.Ю. Гриб

Отличия в причинах возникновения бактерионегативных и бактериопозитивных рецидивов туберкулеза легких

Цель работы — анализ причин возникновения рецидивов туберкулеза (РТБ) легких с бактериовыделением и без него.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ анамнестических данных больных с РТБ легких, лечившихся в Луганском областном противотуберкулезном диспансере с 2008 по 2012 г.

Результаты и обсуждение. Установлено, что у больных с рецидивом туберкулеза легких без бактериовыделения качество наблюдения в категории 5.1 значительно лучше, чем у больных с бактериовыделением. Кроме того, больные с МБТ принимали противотуберкулезные препараты во время первичного случая регулярно, в отличие от больных с РТБ легких с бактериовыделением.

Выводы. Таким образом, для предотвращения развития бактериопозитивных рецидивов необходимо усилить наблюдение за больными категории 5.1, разработав соответствующие мероприятия.

О.Ю. Hrib

The differences between reasons of smear-positive and smear-negative pulmonary tuberculosis relapses

Objective: to analyze the differences between reasons of smear-positive and smear-negative pulmonary tuberculosis relapses.

Materials and methods. The study was carried out using retrospective analysis of medical history of patients with pulmonary TB relapse cases who were treated in the Lugansk regional tuberculosis hospital from 2008 to 2012.

Results and discussion. The study revealed that quality of supervision according category 5.1 for patients with smear-negative pulmonary tuberculosis relapses was better in comparison to the smear positive cases. In addition, smear positive patients were regularly taking TB drugs during primary case in comparison to the patients with smear-positive relapses.

Conclusions. Thus, it is necessary to improve supervision of category 5.1 to prevent smear-positive relapses.

Контактна інформація:

Гриб Олена Юрївна, асист. кафедри фтизіатрії
91017, м. Луганськ, вул. Краснодонська, 12
Тел. (0642) 50-70-44
E-mail: elenagrib3@yandex.ua

Стаття надійшла до редакції 17 грудня 2012 р.