



М.М. Кужко, О.М. Старкова, Л.М. Процик, Н.М. Гульчук,  
О.В. Аврамчук

ДУ «Національний інститут фізіатрії і пульмонології  
імені Ф.Г. Яновського НАМН України», Київ

## Особливості клінічного перебігу вперше виявленого туберкульозу легень та його рецидивів

Ефективність терапії хворих із рецидивами туберкульозу (ТБ) легень залишається досить низькою стосовно припинення бактеріовиділення. А виліковування їх супроводжується розвитком масивних залишкових змін. Лікування пацієнтів із рецидивами ТБ завжди потребувало більших зусиль, ніж уперше виявленої хвороби. На тлі невпинного зростання захворюваності та зниження ефективності терапії ця проблема набуває особливої актуальності.

**Мета роботи** — встановлення об'єктивної та вірогідної картини структури, особливостей клінічного перебігу вперше діагностованого туберкульозу легень та його рецидивів.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано історії хвороби 58 пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні в ДУ «Національний інститут фізіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського НАМН України». Порівнювали суб'єктивні скарги та об'єктивні результати клініко-лабораторних, променевих і інструментальних методів дослідження в одних і тих самих пацієнтів у процесі первинного захворювання на ТБ легень та його рецидиву.

**Результати та обговорення.** Повторне захворювання на ТБ має тяжчий клінічний перебіг зі значним переважанням інфільтративної (63,8 %) та дисемінованої (27,6 %) клінічних форм, з частими деструктивними змінами у легенях (86,2 %) та мікобактеріовиділенням (87,9 %), ніж у разі вперше виявленого процесу. У 72,4 % випадків рецидив ТБ легень виявляють під час звернення хворих у лікувальні заклади, що свідчить про потребу в розробці нових профілактичних заходів.

**Висновки.** Особливостями клінічного перебігу рецидивів ТБ легень є виразний кашель (у 79,3 %) із виділенням харкотиння слизово-гнійного характеру (44,8 %), задишка (46,6 %), підвищення температури тіла (69,0 %), вологі хрипи у легенях (29,3 %), лейкоцитоз (24,1 %) із паличкоядерним зсувом формули крові вліво (37,9 %).

### Ключові слова

Вперше виявлений туберкульоз легень, рецидиви, клінічна картина.

В Україні захворюваність на туберкульоз (ТБ) набула масштабів епідемії. Істотний вплив на неї мають рецидиви туберкульозу легень (РТБ), які належать до актуальних проблем фізіатрії [8]. Починаючи від 1995 р., абсолютна кількість РТБ легень постійно зростає. Від 1996 до 2001 р. динаміка РТБ легень коливалася від 5,9 до 7,1 на 100 тис. населення. В останні роки спостерігається зростання кількості РТБ легень до 13,3 на 100 тис. населення [7]. Рецидиви вплива-

ють на показники захворюваності, поширеності та смертності від цієї хвороби [1].

У хворих із рецидивами ТБ частіше діагностують занедбані специфічні процеси з переважанням поширених та деструктивних форм, схильністю до хронічного перебігу [2, 9]. Порівняно зі вперше виявленим захворюванням при РТБ частіше діагностують фіброзно-кавернозну форму, частіше виявляють бактеріовиділення та порожнини розпаду в легенях [5, 6]. Серед таких пацієнтів багато бактеріовиділювачів із резистентними мікобактеріями туберкульозу (МБТ) до протитуберкульозних препаратів, а також із

Таблиця 1. Клінічні форми при ВДТБ легень та його рецидивів, % (M ± m)

Клінічна форма	ВДТБ		РТБ	
	Абс.	%, M ± m	Абс.	%, M ± m
Вогнищева	13	22,4 ± 5,5*	2	3,4 ± 2,4
Інфільтративна	21	36,2 ± 6,3*	37	63,8 ± 6,3
Дисемінована	12	20,7 ± 5,3	16	27,6 ± 4,2
Туберкульома	3	5,2 ± 2,9	—	—
Ексудативний плеврит	6	10,3 ± 4,0	—	—
Фіброзно-кавернозна	—	11,0 ± 3,5	3	5,2 ± 2,9
Внутрішньогрудні лімфовузли	3	5,2 ± 2,9	—	—

Примітка. \* Міжгрупові показники вірогідно відрізняються (p < 0,05). Тут і в табл. 2—7.

поганою переносністю, що значно утруднює лікування [4, 11]. Ефективність терапії хворих із РТБ легень досить низька щодо припинення бактеріовиділення, а після виліковування залишаються масивні зміни [3, 10]. Тому лікування таких пацієнтів завжди потребувало більших зусиль, ніж з уперше виявленим туберкульозом легень (ВДТБ). На тлі невпинного зростання захворюваності та зниження ефективності терапії ця проблема набуває особливої актуальності.

**Мета роботи** — встановлення об'єктивної та вірогідної картини структури, особливостей клінічного перебігу вперше діагностованого туберкульозу легень та його рецидивів.

### Матеріали та методи

Для визначення об'єктивної й вірогідної картини структури, особливостей клінічного перебігу ВДТБ легень та його рецидивів проаналізовано історії хвороби 58 хворих, яких лікували в ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського НАМН України». Роботу виконано за кошти держбюджету.

Порівнювали результати суб'єктивних та об'єктивних клініко-лабораторних, променевих, інструментальних методів дослідження в одних і тих самих пацієнтів при первинному захворюванні на ТБ та його рецидиві.

Із 58 хворих із РТБ легень було 42 (72,4 %) чоловіків і 16 (27,6 %) жінок. Більшість пацієнтів із ВДТБ легень та РТБ були працездатного віку: 20—40 років — 41 ((70,7 ± 6,0) %) і 44 (75,9 ± ± 5,6) %) відповідно. Середній вік хворих із ВДТБ легень становив (29,3 ± 3,4) року, хворих із РТБ — (32,7 ± 3,9) року.

### Результати та обговорення

У хворих із ВДТБ легень найчастіше була інфільтративна форма — у 21 (36,2 ± 6,3) % випадках, а також дуже часто діагностували вогнищевий ТБ та ексудативний плеврит — у 13 (22,4 ± 5,5) % і 6 (10,3 ± 4,0) % відповідно. У 69 % у подальшому

Таблиця 2. Поширеність та локалізація патологічного процесу у хворих із ВДТБ легень та РТБ, % (M ± m)

Обсяг ураження легень	ВДТБ		РТБ	
	Абс.	%, M ± m	Абс.	%, M ± m
Частина частки	16	27,6 ± 5,9*	2	3,4 ± 2,4
Частка	19	32,8 ± 6,2*	35	60,3 ± 6,4
Уся легеня	2	3,4 ± 2,4	5	8,6 ± 3,7
Двобічне ураження	12	20,7 ± 5,3	16	27,6 ± 5,9

розвивався РТБ легень, тобто ВДТБ можна вважати одним із чинників ризику (табл. 1).

У разі повторного захворювання майже вдвічі частіше виявляли тяжкі форми ТБ: інфільтративну — у 37 (63,8 ± 6,3) % хворих (p < 0,05); дисеміновану — у 16 (27,6 ± 4,2) % пацієнтів (p > 0,05). Значно рідше констатували малі форми специфічного процесу: вогнищеву — у 2 (3,4 ± 2,4) % хворих (p < 0,05). Взагалі не було випадків ТБ внутрішньогрудних лімфатичних вузлів, ексудативного плевриту, туберкульоми. Тобто повторне захворювання на ТБ має тяжчий клінічний перебіг зі значним переважанням інфільтративної та дисемінованої клінічних форм, ніж ВДТБ легень.

Поширеним вважали двобічний процес або такий, що виходив за межі трьох сегментів однієї легені, за наявності деструкції легеневої тканини.

Через переважання тяжчих клінічних форм при РТБ патологічний процес у легенях поширювався більшою мірою (табл. 2). Специфічний процес у межах тільки одного сегмента діагностували лише у 2 (3,4 ± 2,4) % хворих із рецидивом, водночас як при ВДТБ легень — у 16 (27,6 ± 5,9) % випадках (p < 0,05).

Двобічне ураження легень патологічним процесом, як і ураження всієї легені, у разі первинного захворювання на ТБ і його рецидиву діагностували однаково часто — у 20,7 та 3,4 і 27,6 та 8,6 % пацієнтів відповідно (p > 0,05). Це було

Таблиця 3. Результати мікробіологічного дослідження харкотиння у хворих із ВДТБ легень та РТБ, % (М ± m)

Метод	ВДТБ		РТБ	
	Абс.	%, М ± m	Абс.	%, М ± m
Виявлення КСП бактеріоскопічним методом	24	41,3 ± 6,5*	42	72,4 ± 5,9
Виявлення МБТ бактеріологічним методом	30	51,7 ± 6,6*	51	87,9 ± 4,3
Полірезистентність МБТ	5	8,6 ± 3,7	12	20,7 ± 5,3
Мультирезистентність МБТ	3	5,2 ± 2,9*	20	34,5 ± 6,2

очікуваним, оскільки дисемінований процес як при першому, так і при повторному випадку ТБ спостерігається також однаково часто — 20,7 і 27,6 % випадків відповідно.

У більшості хворих із РТБ діагностували порожнини розпаду в легенях — 51 (87,9 %), і в 50 (86,2 %) із них виявили мікобактеріювиділення. Значно менше таких пацієнтів було при ВДТБ: деструктивні форми констатували тільки у 28 (48,3 %) хворих ( $p < 0,05$ ), мікобактеріювиділення — у 30 (51,7 %) випадках ( $p < 0,05$ ), що свідчить про тяжкий характер перебігу в разі повторного захворювання.

Під час дослідження харкотиння (табл. 3) МБТ виявлено у 51 (87,9 %) хворого із РТБ, причому методом бактеріоскопії — у 42 (72,4 %), що свідчить про масивність мікобактеріювиділення та епідеміологічну небезпеку цієї категорії пацієнтів. Бактеріювиділювачами серед хворих на ВДТБ легень були 29 (51,7 %). У них МБТ виявлено переважно бактеріологічним методом і значно менше — бактеріоскопічним — у 16 (41,3 %) випадках ( $p < 0,05$ ).

За результатами тесту медикаментозної чутливості, лише у 8 (13,8 ± 4,5) % пацієнтів у разі первинного захворювання на ТБ визначали резистентність МБТ і тільки у 3 (5,2 ± 2,9) % спостерігалася мультирезистентність, через що у подальшому їх перевели в 4-ту категорію. У тих же самих пацієнтів із повторним захворюванням на ТБ резистентність МБТ виявляли майже у 4 рази частіше — у 32 (52,5 ± 6,5) % випадках ( $p < 0,05$ ), тому довелося застосовувати резервні препарати.

Полірезистентність виявлено у 23,1 % бактеріювиділювачів із РТБ, мультирезистентність МБТ — у 39,2 %, а загалом резистентність МБТ встановлено у 62,7 % випадків, що дає підстави зарахувати РТБ до групи ризику стосовно мультирезистентного туберкульозу.

Велика частка резистентності МБТ у хворих із РТБ вимагає детального подальшого вивчення цієї проблеми для призначення їм режимів протитуберкульозної терапії із застосуванням препаратів 2-го ряду.

Отже, у пацієнтів як із ВДТБ легень, так і РТБ частота супутньої патології не відрізняєть-

ся. У структурі фонові патології у значної частини таких хворих переважали хвороби серцево-судинної системи — (6,9 ± 3,3) і (10,3 ± 4,0) % випадків відповідно ( $p > 0,05$ ) та травного каналу — (6,9 ± 3,3) і (8,6 ± 3,9) % відповідно ( $p > 0,05$ ). Загалом різну супутню патологію діагностовано у 16 (27,6 ± 5,9) % пацієнтів із ВДТБ легень і у 21 (36,2 ± 5,3) % із РТБ легень ( $p > 0,05$ ).

Наведені в табл. 4 суб'єктивні симптоми спостерігалися у хворих обох груп, але виразнішими вони були при РТБ легень. Так, на втомлюваність скаржилися 54 (93,1 %) пацієнти з РТБ і 39 (67,2 %) із ВДТБ ( $p < 0,05$ ). На втрату апетиту та схуднення вказували 27 (46,6 %) хворих із РТБ та 16 (27,6 %) із ВДТБ ( $p < 0,05$ ).

Як і очікувалося, пацієнти із РТБ легень частіше скаржилися на кашель (46, або 79,3 %;  $p < 0,05$ ) із великою кількістю харкотиння (19, або 32,7 %;  $p > 0,05$ ), водночас як у хворих із ВДТБ він був малопродуктивним і помірним.

На час госпіталізації у 40 (60,9 %) хворих із РТБ легень була підвищена температура тіла, зокрема у 27 (46,6 %) субфебрильна. Менш виразна температурна реакція спостерігалася у них, коли вперше захворіли на ТБ. Підвищена температура тіла спостерігалася тільки у 25 (43,1 %;  $p < 0,05$ ) і у 18 (12,1 %) хворих вона була субфебрильною ( $p > 0,05$ ), у 7 (12,1 %) — фебрильною ( $p > 0,05$ ).

Під час перкусії легень вірогідної різниці при ВДТБ та РТБ не виявлено. РТБ не позначився й на аускультативній картині. Переважно було везикулярне дихання 67,2 і 65,5% випадків відповідно ( $p > 0,05$ ). Кількість сухих і вологих хрипів залежала від випадку ТБ — в основному їх вислуховували у хворих із повторним специфічним процесом.

Підтвердженням тяжчого перебігу повторного захворювання на туберкульоз є зміни у гемограмі (табл. 6). У пацієнтів із РТБ легень частіше виявляли лейкоцитоз — у 14 (24,1 %) та паличкоядерний зсув формули крові вліво — у 22 (37,9 %) осіб. Аналогічні зміни виявлено відповідно лише у 6 (10,3 %) і 12 (20,1 %) хворих із ВДТБ ( $p < 0,05$ ).

Таблиця 4. Частота суб'єктивних клінічних симптомів у хворих із ВДТБ легень та РТБ, % (M ± m)

Симптоми і ознаки	ВДТБ		РТБ	
	Абс.	%, M ± m	Абс.	%, M ± m
<i>Симптоми інтоксикації</i>				
втомлюваність	39	67,2 ± 6,2*	54	93,1 ± 3,2
підвищена пітливість	36	62,1 ± 6,4	44	75,9 ± 5,6
схуднення	16	27,6 ± 5,9*	27	46,6 ± 6,5
<i>Кашель</i>				
сухий	5	8,6 ± 3,9	2	3,4 ± 2,4
помірний з виділенням харкотиння	18	31,0 ± 6,1	25	43,1 ± 6,5
виразний з виділенням харкотиння	12	20,7 ± 5,3	19	32,7 ± 6,2
<i>Кількість харкотиння, мл/добу</i>				
до 20	14	24,1 ± 5,6	19	32,8 ± 6,2
від 20 до 50	10	17,2 ± 5,0	15	25,9 ± 5,7
понад 50	6	10,3 ± 4,0	10	17,2 ± 5,0
<i>Характер харкотиння</i>				
слизове	8	13,8 ± 4,5	6	10,3 ± 4,0
слизово-гнійне	14	24,1 ± 5,6*	26	44,8 ± 6,5
гнійне	8	13,8 ± 4,5	12	20,7 ± 5,3
Задишка	19	32,8* ± 6,2	27	46,6 ± 6,5
Біль у грудях	14	24,1 ± 5,6	19	32,6 ± 6,2

Таблиця 5. Частота об'єктивних клінічних симптомів у хворих із ВДТБ легень і РТБ, % (M ± m)

Симптоми і ознаки	ВДТБ		РТБ	
	Абс.	%, M ± m	Абс.	%, M ± m
<i>Підвищення температури тіла</i>				
субфебрильна	18	31,0 ± 6,1	27	46,6 ± 6,5
фебрильна	7	12,1 ± 4,3	13	22,4 ± 5,5
<i>Перкусія легень</i>				
легеневий звук	44	75,9 ± 5,6	49	84,5 ± 4,8
коробковий	3	5,2 ± 2,9	3	5,2 ± 2,9
притуплення	11	19,0 ± 5,1	6	10,3 ± 4,0
<i>Аускультация легень</i>				
везикулярне дихання	39	67,2 ± 6,2	38	65,5 ± 6,2
жорстке дихання	8	13,8 ± 4,5	14	24,1 ± 5,6
послаблене дихання	11	19,0 ± 5,1	6	10,3 ± 4,0
<i>Хрипи</i>				
сухі	10	17,2 ± 5,0	12	20,7 ± 5,3
вологі	8	13,8 ± 4,5*	17	29,3 ± 6,0

Стосовно біохімічного аналізу крові, де помічено збільшення вмісту ферментів печінки та зниження рівня загального білка, вірогідної різниці між хворими з ВДТБ легень та РТБ не виявлено.

Для розробки профілактичних заходів щодо РТБ легень вивчали шляхи виявлення хворих (табл. 7).

ВДТБ легень та його рецидиви виявляють переважно під час звернення самих пацієнтів по медичну допомогу. Саме таким шляхом його було діагностовано у 31 (53,4 %) хворих.

Погіршення самопочуття, поява характерних скарг стали приводом до звертання у лікувальні заклади у 42 (72,4) % хворих із РТБ.

Профілактичні заходи допомогли виявити ВДТБ легень у 21 (36,2 ± 6,3) % хворого і тільки у 16 (27,6 ± 5,9) % — його рецидив.

Отже, переважну кількість РТБ (72,4 %) виявляють під час звернення пацієнтів у лікувальні заклади. Диспансерне спостереження дає змогу констатувати його лише у 27,6 % випадків, що свідчить про потребу в розробці профілактичних заходів.

Таблиця 6. Результати загального і біохімічного дослідження крові у хворих із ВДТБ легень та РТБ, % (М ± m)

Результат	ВДТБ		РТБ	
	Абс.	%, М ± m	Абс.	%, М ± m
Лейкоцитоз (понад $9 \times 10^9$ г/л)	6	10,3 ± 4,0*	14	24,1 ± 5,6
Лейкопенія (до $5 \times 10^9$ г/л)	3	5,2 ± 2,9	3	5,2 ± 2,9
ШОЕ, мм/год				
2 – 10	5	8,6 ± 3,9	4	6,9 ± 3,3
10 – 20	14	24,1 ± 5,6	10	17,2 ± 5,0
20 – 30	26	44,8 ± 6,5	29	50,0 ± 6,6
понад 30	13	22,4 ± 5,5	15	25,9 ± 5,7
Паличкоядерний зсув уліво	12	20,1 ± 5,3*	22	37,9 ± 6,4
Збільшений вміст ферментів печінки (АЛТ, АСТ)	6	10,3 ± 4,0	8	13,8 ± 4,5
Знижений рівень загального білка	7	12,1 ± 4,3	9	15,5 ± 4,8

Таблиця 7. Шляхи виявлення хворих із ВДТБ легень та РТБ, % (М ± m)

Шлях	ВДТБ		РТБ	
	Абс.	%, М ± m	Абс.	%, М ± m
Під час звернення по медичну допомогу	31	53,4 ± 6,5*	42	72,4 ± 5,9
Під час профілактичного огляду	18	31,0 ± 6,1	14	24,1 ± 5,6
Під час обстеження контактних хворих	3	5,1 ± 2,9	—	—
Під час обстеження з приводу супутньої патології	6	10,3 ± 4,0	2	3,4 ± 2,4

## Висновки

Особливістю рецидиву туберкульозу є тяжчий клінічний перебіг із виразним кашлем (79,3 %) з виділенням харкотиння слизово-гнійного характеру (44,8 %), задишкою (46,6 %), підвищенням температури тіла (69,0 %), вологими хрипами в легенях (29,3 %), лейкоцитозом (24,1 %) із паличкоядерним зсувом формули крові вліво (37,9 %). Він супровод-

жується частішими деструктивними змінами (86,2 %) із мікобактеріовиділенням (87,9 %).

Хворих із рецидивом туберкульозу легень виявляють переважно (72,4 %) при зверненні пацієнтів у лікувальні заклади. Під час диспансеризації його констатують лише у 27,6 % хворих, що свідчить про крайню потребу в розробці нових профілактичних заходів.

## Список літератури

- Ильина Т.Я. и др. Распространенность рецидивов туберкулеза органов дыхания при напряженной эпидемической ситуации // Пробл. туберкулеза и болезней легких.— 2005.— № 5.— С. 15–17.
- Мишин В.Ю., Жестовских С.Н. Рецидивы туберкулеза органов дыхания // Пробл. туберкулеза и болезней легких.— 2004.— № 2.— С. 11–13.
- Петренко В.М. та ін. Еволюція й ефективність антимікобактеріальної терапії хворих із рецидивом туберкульозу легень // Укр. пульмонол. журн.— 2009.— № 3.— С. 14–19.
- Петренко В.М. та ін. Проблеми рецидивів туберкульозу легень // Укр. пульмонол. журн.— 2008.— № 2.— С. 60–64.
- Рогожина Н.А., Гурьянов В.Н., Бабин М.М. Социально-клинические аспекты рецидивов туберкулеза легких // Пробл. туберкулеза.— 1993.— № 1.— С. 54–55.
- Скачкова Е.И. и др. Мониторинг рецидивов туберкулеза: причины и факторы, способствующие развитию рецидивов // Пробл. туберкулеза и болезней легких.— № 8.— 2008.— С. 22–25.
- Туберкульоз в Україні: Аналітично-статистичний довідник за 1999–2009 роки / За ред. З.М. Митника.— К., 2010.— 93 с.
- Фещенко Ю.І., Мельник В.М. Медичні аспекти боротьби з туберкульозом // Укр. пульмонол. журн.— 2005.— № 2.— С. 5–8.
- Cacho J. et al. Recurrent tuberculosis from 1992 to 2004 in a metropolitan area // Eur. Respir. J.— 2007.— Vol. 30.— P. 333–337.
- Rieder H.L. Timing of relapse after cessation of anti-tuberculosis chemotherapy // Int. J. Tuberc. Lung Dis.— 2010.— N 7.— P. 928–931.
- Thomas A. et al. Predictors of relapse among pulmonary tuberculosis patients treated in a DOTS programme in South India // Int. J. Tuberc. Lung Dis.— 2005.— N 9.— P. 556–561.

М.М. Кужко, О.М. Старкова, Л.М. Процик, Н.М. Гульчук, О.В. Аврамчук  
 ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии имени Ф.Г. Яновского НАМН Украины», Киев

## Особенности клинического течения впервые выявленного туберкулеза легких и его рецидивов

Эффективность терапии больных с рецидивами туберкулеза (ТБ) легких остается достаточно низкой по прекращению бактериовыделения. А излечение их проходит с развитием массивных остаточных изменений. Лечение пациентов с рецидивами ТБ всегда требовало больших усилий, чем лечение впервые выявленного заболевания. На фоне постоянного увеличения заболеваемости и снижения эффективности терапии эта проблема становится особенно актуальной.

**Цель работы** — определение объективной и достоверной картины структуры, особенностей клинического течения впервые выявленного туберкулеза легких и его рецидивов.

**Материалы и методы.** Проанализированы истории болезни 58 больных, которые находились на стационарном лечении в ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии имени Ф.Г. Яновского НАМН Украины». Сравнивали субъективные жалобы и объективные результаты клиничко-лабораторных, лучевых и инструментальных методов исследования у одних и тех же пациентов при первичном заболевании ТБ легких и при его рецидиве.

**Результаты и обсуждение.** Повторное заболевание ТБ имеет более тяжелое клиническое течение со значительным преобладанием инфильтративной (63,8 %) и диссеминированной (27,6 %) клинических форм, с частыми деструктивными изменениями в легких (86,2 %) и микобактериовыделением (87,9 %), чем при впервые выявленном процессе. В 72,4 % случаях рецидив ТБ легких выявляется путем обращения больных в лечебные учреждения, что свидетельствует о необходимости разработки новых профилактических мер.

**Выводы.** Особенностью клинического течения рецидивов ТБ легких является наличие выраженного кашля (79,3 %) с выделением мокроты слизисто-гнойного характера (в 44,8 %), одышки (46,6 %), повышение температуры тела (69,0 %), влажных хрипов в легких (29,3 %), лейкоцитоза (24,1 %) из палочкоядерным сдвигом формулы крови влево (37,9 %).

**Ключевые слова:** впервые выявленный туберкулез легких, рецидивы, клиническая картина.

M.M. Kuzhko, O.M. Starkova, L.M. Protsyk, N.M. Gulchuk, O.V. Avramchuk  
 SO «National Institute of Phthisiology and Pulmonology named after F.G. Yanovsky of NAMS of Ukraine», Kyiv, Ukraine

## Clinical features of the newly diagnosed pulmonary tuberculosis and its relapses

Efficiency of treatment of pulmonary tuberculosis relapses remains low enough for sputum conversion, and their healing goes with the development of massive residual changes. Treatment of patients with pulmonary tuberculosis relapses always requires more efforts than treatment for the newly diagnosed pulmonary tuberculosis, and with the constant increase in the incidence and reduce in the efficiency of the treatment, this problem it rather timely.

**Objective** — to determine the objective and accurate picture of the structure of modern features and clinical course of newly diagnosed pulmonary tuberculosis and it's relapse.

**Materials and methods.** The study included monitored and analyzed case histories of 58 tuberculosis patients who were admitted to the in-patient department of State organization «National Institute of phthisiology and pulmonology named by F.G. Yanovsky of National academy of medical sciences of Ukraine». The subjective and objective clinical data, laboratory, radiological, instrumental methods of investigation in the same patients with primary pulmonary disease and it's relapse were compared.

**Results and discussion.** Study revealed that relapses of disease have more severe clinical course with a significant predominance of infiltrative (63.8 %) and disseminated (27.6 %) clinical forms, with frequent destructive changes in the lungs (86.2 %) and Mycobacterium tuberculosis excretion (87.9 %) than in newly diagnosed tuberculosis. In 72.4 % cases pulmonary tuberculosis relapses are detected by referring patients to hospitals, indicating the need for new preventive measures to prevent disease relapses.

**Conclusions.** Clinical features of pulmonary tuberculosis relapses are the presence of pronounced cough – in 79.3 %, with mucopurulent sputum – in 44.8 %, dyspnea – in 46.6 %, increase in body temperature – in 69.0 %, moist rales – in 29.3 %, increase of leukocytes count – in 24.1 %, stab shift to the left – in 37.9 % of patients.

**Key words:** newly diagnosed pulmonary tuberculosis, relapse, clinical picture.

---

**Контактна інформація:**

Кужко Михайло Михайлович, д. мед. н., проф., зав. відділення фтизіопульмонології  
03680, м. Київ, вул. М. Амосова, 10. Тел. (044) 275-42-00

Стаття надійшла до редакції 26 травня 2014 р.