



И.В. Лискина

ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии имени Ф.Г. Яновского НАМН Украины», Киев

Особенности смертельных исходов при туберкулезе легких у взрослых пациентов высокоспециализированного медицинского учреждения (по данным клинко-патологоанатомического анализа)

Цель работы — ретроспективный анализ особенностей структуры смертности пациентов с заключительным клиническим диагнозом основного заболевания: «туберкулез легких» за период 2006—2012 гг.

Материалы и методы. Проанализированы патологоанатомические протоколы, клинические истории болезни умерших с основным заболеванием: «туберкулез легких» в стационаре института за период 2006—2012 гг. Учитывали формы и характер поражения легких при туберкулезе, варианты генерализации инфекции. Более детально проанализирована когорта с тяжелыми формами легочного поражения. Уточнен характер лечения, причины смерти, осложнения основного заболевания. Сопоставлен заключительный клинический и патологоанатомический диагнозы.

Результаты и обсуждение. За указанный период было 229 летальных исходов, из них в 75 (32,75 %) случаях диагностирован туберкулез легких. Аутопсия выполнена в 60 (32,09 %) случаях. У всех больных диагноз туберкулеза легких установлен прижизненно. На момент смерти у 61 (81,3 %) сохранялось бактериовыделение. В 57 (76,0 %) случаях из 75 установлен диагноз туберкулеза с тяжелыми формами течения, а именно, развитие гематогенно-диссеминированного туберкулеза, в том числе генерализованного. Детальное изучение позволило установить, что бактериовыделение сохранялось у 51 (89,5 %) пациента. В случаях установленной химиорезистентности преобладали мультирезистентные штаммы микобактерий туберкулеза (МБТ) и штаммы с расширенной резистентностью. Ко-инфекция туберкулез/ВИЧ выявлена у 7 (12,3 %) больных. Наиболее частыми непосредственными причинами смерти были прогрессирование туберкулезного процесса (31 случай, или 54,4 %), профузное легочное кровотечение (8 больных, или 14,04 %) и тромбоз легочной артерии и/или острый тромбоз правых отделов сердца (9 случаев, или 15,59 %). Дополнительно установлена частота серьезных осложнений легочного туберкулеза и сопутствующей патологии. Полное совпадение заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов отмечено в 12 (25,53 %) из 47 аутопсий. Чаще всего в клинике не диагностировали туберкулезное поражение внутригрудных лимфатических узлов (23 случая, или 48,94 %).

Выводы. Рост количества случаев ко-инфекции туберкулез/ВИЧ, а также случаев с мульти- или расширенной резистентностью штаммов МБТ к химиопрепаратам во многом определяют структуру смертности от туберкулеза в специализированных лечебных учреждениях. Это обуславливает развитие тяжелых, генерализованных форм туберкулеза, в частности, по нашим данным, они составили 76,0 % всех случаев летальных исходов в клинике. Наблюдается неудовлетворительная клиническая диагностика характера и распространенности туберкулезного поражения с преимущественным поражением легких при тяжелых формах туберкулеза. Крайне редко, особенно при консервативном лечении, прижизненно выставляют диагноз туберкулезного поражения периферических лимфатических узлов (расхождение, по данным аутопсий, — 48,94 %), неправильно определяют форму-фазу туберкулеза легких (расхождение 38,30 %), недооценивают распространенность инфекции, как правило, ее генерализацию (расхождение, по данным аутопсий, — 17,0 %).

Ключевые слова

Смертность, гематогенно-диссеминированный туберкулез, патологоанатомический диагноз.

Согласно аналитико-статистическим данным по Украине [8], в рамках реализации общегосударственной Программы противодействия заболеваемости туберкулезом на 2007–2011 гг. достигнуты существенные позитивные сдвиги в плане эпидемической ситуации по туберкулезу (ТБ). С 2006 г. отмечается медленное снижение заболеваемости и смертности. В 2011 г. заболеваемость ТБ составляла 67,2 на 100 тыс. населения, что на 1,8 % меньше, чем в 2010 г., и на 19 % меньше в сравнении с 2006 г., когда этот показатель достиг максимального уровня. Что касается смертности, то с 2006 г. она снизилась на 31 % — с 22,3 до 15,3 на 100 тыс. населения в 2011 г. [5, 8].

Тем не менее на фоне постепенной стабилизации эпидемического процесса на сегодняшний день большую угрозу представляет распространение мультирезистентного ТБ. По данным ВОЗ, в Украине он наблюдается у 16 % больных, которым диагноз ТБ установили впервые, и у 44 % больных с рецидивами заболевания. И, несмотря на тенденцию к снижению уровня показателей заболеваемости ТБ и смертности от этого заболевания, эпидемическая ситуация по ТБ в Украине все еще сложная. Около 8 % впервые заболевших прерывает лечение, а 12 % умирает от этой болезни.

Кроме того, одним из важных проблемных вопросов в контроле над ТБ в Украине является постоянное увеличение заболеваемости и смертности от ко-инфекции ТБ/ВИЧ, так как с каждым годом увеличивается количество людей, которые живут с ВИЧ/СПИДом. Известно, что с 2001 г. показатели заболеваемости и смертности от сочетанной инфекции увеличились в 10 раз [5]. По данным N.A. Martinson и соавт. [9], в 47 из 50 случаев госпитализированных взрослых пациентов с прижизненным диагнозом ТБ на аутопсии выявлена ко-инфекция ТБ/ВИЧ.

Цель исследования — ретроспективный анализ особенностей структуры смертности пациентов с заключительным клиническим диагнозом основного заболевания: «туберкулез легких» за период с 2006 по 2012 г. в общей структуре летальности высокоспециализированного лечебного учреждения.

Материалы и методы

В исследование включены патологоанатомические протоколы аутопсий, клинические истории болезни умерших с основным заболеванием: «туберкулез легких» в стационаре ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии имени Ф.Г. Яновского НАМН Украины» за период с 2006 по 2012 г. Диагноз ТБ легких во всех случаях установлен прижизненно. Во всех

случаях аутопсий сопоставляли заключительный клинический и патологоанатомический диагнозы. Изучали возрастно-половой состав умерших, непосредственные причины смерти, особенности клинико-анатомических и морфологических проявлений туберкулеза. За указанный период зарегистрировано 229 летальных исходов, из которых в 75 (32,75 %) случаях был диагностирован ТБ легких. Аутопсийное исследование проведено в 187 (81,66 %) случаях, из них 60 (32,09 %) умерли от ТБ. Для постановки патологоанатомического диагноза использовали общепринятую классификацию клинико-анатомических (клинико-морфологических) форм ТБ легких [1, 2, 6, 7]. Кроме того, при распространенных поражениях, как правило, использовали следующие рабочие посмертные диагнозы:

- гематогенно-диссеминированный (послепервичный) ТБ с преимущественным поражением легких (при этой форме отмечали сочетанное поражение легких и часто — плевральных листков, внутригрудных лимфатических узлов, периферических лимфатических узлов, редко — гортани, трахеи, селезенки или почек);
- гематогенно-диссеминированный ТБ с начальными признаками генерализации инфекции* (при этой форме отмечено сочетанное поражение 2–3 органов вне грудной полости — внутрибрюшных лимфатических узлов, селезенки, печени, кишечника);
- генерализованный лимфогематогенный ТБ (множественное поражение различных органов, в том числе — специфический менингоэнцефалит).

Результаты и обсуждение

Сводные абсолютные количественные показатели общей смертности и смертности от основного заболевания: «туберкулез легких» с учетом активности специфического воспаления и степени распространенности заболевания представлены в табл. 1. Из 75 умерших от ТБ 33 (44,0 %) лечили только консервативно, а 42 (56,0 %) дополнительно прооперировали по поводу туберкулезного процесса.

Во всех случаях смерти диагноз ТБ легких установлен прижизненно — до поступления в клинику или же непосредственно в стационаре.

Соотношение количества аутопсий к случаям без вскрытия составило 4 : 1 (60 к 15). Следует обратить внимание, что на момент смерти у 61 (81,3 %) пациента сохранялось бактериовыде-

* В рабочем порядке условно выделена такая форма ТБ, которая, по существу, была переходным состоянием от гематогенно-диссеминированного (послепервичного) с преимущественным поражением легких к истинному генерализованному.

Таблица 1. Некоторые показатели структуры смертности от легочного ТБ в клинике института за 2006—2012 гг., абс.

Год	Количество умерших	Всего аутопсий	С основным диагнозом туберкулеза легких		Активность туберкулезного процесса на момент смерти		Гематогенный ТБ с преимущественным поражением легких	Гематогенный ТБ с преимущественным поражением легких и началом генерализации	Генерализованный туберкулез
			Аутопсия	Без вскрытия	Активный*, МБТ(+)	Неактивный, МБТ(-)			
2006	33	31	7	—	6	1	5	2	—
2007	25	22	12	—	8	4	8	1	—
2008	36	34	10	2	11	1	7	0	1
2009	41	31	10	5	12	3	9	1	—
2010	35	29	8	1	7	2	5	—	1
2011	31	23	7	2	8	1	8	0	0
2012	28	17	6	5	9	2	6	2	1
Всего	229	187	60	15	61	14	48	6	3

Примечание. * МБТ(+) в мокроте при микроскопическом исследовании.

ление — микобактерия туберкулеза (МБТ) (+) в мокроте при микроскопическом исследовании, то есть была активная, контагиозная форма ТБ. Только у 18 (24,0 %) больных установлены односторонние формы поражения легких или выявлены только посттуберкулезные изменения в легких, без признаков активности специфического воспаления. В остальных 57 (76,0 %) случаях диагностированы тяжелые формы ТБ, а именно, согласно клинко-морфологической классификации ТБ, в 48 (84,2 %) случаях выявлены гематогенно-диссеминированный (послепервичный) ТБ с преимущественным поражением легких, в 6 (10,5 %) — гематогенно-диссеминированный с начальными признаками генерализации инфекции и в 3 (5,3 %) — истинно генерализованный гематогенный ТБ.

С учетом того, что тяжелые формы легочного ТБ в структуре смертности от ТБ, по нашим данным, в целом составили 57 (76,0 %) случаев, представлялось целесообразным более детально проанализировать именно эту когорту умерших. Аутопсии в этой группе умерших были выполнены в 47 (82,46 %) случаях.

Среди них было 39 мужчин в возрасте от 21 до 69 лет (средний возраст $41,6 \pm 2,0$ года) и 18 женщин в возрасте от 18 до 66 лет (средний возраст $34,6 \pm 3,11$ года). Общий среднестатистический возраст умерших составил $(39,4 \pm 1,73)$ года. Полученные данные о возрасте пациентов вполне сопоставимы с подобными показателями, приводимыми в публикациях [2]. В частности, в этом исследовании сообщается о среднестатистическом возрасте умерших от ТБ легких — 45,4 года, причем средний возраст женщин также был ниже, чем среди мужчин, составляя 41,5 года. Результаты изучения 850 аутопсий с

основным диагнозом ТБ легких также показали, что подавляющее количество умерших (84 %) входило в возрастную группу от 20 до 59 лет [1].

Длительность пребывания в стационаре до наступления летального исхода в когорте пациентов значительно варьировала от 5 ч до 383 сут. Средний показатель составил 58 сут.

Такие вредные привычки, как алкоголизм и употребление наркотических веществ, отмечены только в единичных наблюдениях, соответственно в 3 и 1 случаях.

На момент летального исхода в 51 (89,5 %) случае сохранялось бактериовыделение, 4 пациента в период госпитализации МБТ не выделяли, а еще у 2 микробиологическое исследование не проведено из-за кратковременности пребывания в стационаре и крайне тяжелого состояния при поступлении. Результаты микробиологической диагностики спектра резистентности штаммов МБТ представлены в табл. 2. Обращает внимание большой удельный вес (50,88 %) случаев с отсутствием данных о резистентности штаммов МБТ, что связано с рядом причин. Основные среди них — кратковременность пребывания пациентов в стационаре с впервые диагностированным заболеванием, тяжесть состояния. Установлено существенное преобладание мультирезистентных штаммов МБТ и штаммов с расширенной резистентностью (23 из 29 случаев, или 79,31 %). С большой долей вероятности можно предположить, что у многих умерших без верифицированного спектра резистентности МБТ были также химиорезистентные штаммы микобактерий.

Случаев ко-инфекции ТБ/ВИЧ всего было 7 (по 2 в 2006 и 2010 г. и 3 в 2012 г.), то есть они составили 12,30 % от всех летальных исходов с

Таблица 2. Определение спектра химиорезистентности штаммов МБТ в когорте умерших с гематогенно-диссеминированными формами ТБ

Характер резистентности штамма МБТ	Гематогенно-диссеминированный ТБ	Гематогенно-диссеминированный ТБ с признаками генерализации	Генерализованный гематогенный ТБ	Всего
Резистентность МБТ неизвестна	20	5	3	28
чувствительные	3	—	—	3
монорезистентные	1	—	—	1
полирезистентные	2	—	—	2
мультирезистентные	9	1	—	10
расширенная резистентность	13	—	—	13

Таблица 3. Типы хирургического лечения у пациентов с тяжелыми формами ТБ, абс.

Год	Всего умерших с диагнозом «туберкулез легких»	Количество пациентов с хирургическим лечением	Характер оперативных вмешательств			
			Дренирование одной или обеих плевральных полостей	Резекция (доли, легкого)	Торакопластика	Несколько операций
2006	7	3			1	2
2007	12	5	2	1	1	1
2008	12	5	2	1	1	1
2009	15	6	1	2	1	2
2010	9	4	2	2	—	—
2011	9	4	1	1	2	—
2012	11	2	1	—	—	1
Всего	75	29	9	7	6	7

тяжелыми формами течения легочного ТБ. У 3 пациентов с ко-инфекцией по результатам аутопсии диагностировали гематогенно-диссеминированный ТБ с начальными признаками генерализации инфекции, а именно, отмечалось специфическое поражение, кроме легких и внутригрудных лимфатических узлов, селезенки, печени, почек. В одном из этих случаев также установлен диагноз туберкулезного менингоэнцефалита.

Дополнительно прооперированы 30 пациентов из когорты исследования, что составило 52,63 %. Характер хирургических вмешательств и их количественное распределение по годам представлены в табл. 3.

Количественный «пик» умерших с хирургическим лечением отмечался в период 2007–2009 гг., впоследствии смертность таких пациентов значительно снизилась.

Непосредственные причины смерти больных гематогенно-диссеминированным и генерализованным ТБ:

- прогрессирование туберкулезного процесса (31 случай, или 54,40 %);
- прогрессирование ко-инфекции ТБ/СПИД (5 случаев, или 8,77 %);

- профузное легочное кровотечение (8 случаев, или 14,04 %);
- тромбоэмболия легочной артерии и/или острый тромбоз правых отделов сердца (9 случаев, или 15,59 %);
- острое нарушение мозгового кровообращения (3 случая, или 5,26 %);
- менингоэнцефалит (1 случай, или 1,75 %).

Очевидно, что прогрессирование основного заболевания стало непосредственной причиной смерти большинства пациентов (31, или 54,40 %) с указанными тяжелыми формами ТБ легких. Подобную ситуацию отмечают многие исследователи [1, 4]. Прогрессирование ко-инфекции привело к гибели 5 пациентов, тогда как непосредственной причиной смерти в одном случае ко-инфекции был менингоэнцефалит грибковой природы; а еще у одного пациента было острое нарушение мозгового кровообращения с летальным исходом. Нередко непосредственными причинами смерти становилось профузное легочное кровотечение (14,04 %), которое является типичным смертельным осложнением в течении прогрессирующего ТБ легких, или развитие тромбоэмболии легочной артерии (15,59 %). ДВС-синдром и/или тромбоэмболия легочной

артерии, как известно, часто являются осложнением инфекционного процесса, характеризующегося воспалением сосудистых стенок, и особенно — в сочетании с хирургическими вмешательствами. Из 9 больных с таким смертельным осложнением у 7 (77,80 %) наблюдалось хирургическое лечение в анамнезе.

На момент летального исхода в ряде случаев диагностированы серьезные осложнения легочного ТБ в виде хронической эмпиемы плевры (12 случаев, или 21,05 %), рецидивирующего кровохарканья (2 случая, или 3,5 %), острого легочного сердца (4 случая, или 7,02 %), спонтанного пневмоторакса (6 случаев, или 10,53 %), из них в одном — с пиопневмотораксом. В 9 (15,79 %) случаях было специфическое поражение плевры в виде адгезивного (4 случая, или 7,02 %) и экссудативного (5 случаев, или 8,77 %) плевритов. В единичных случаях регистрировали перикардит, асцит, полисерозит. Кроме того, в 7 (12,28 %) наблюдениях установлено выраженную гепатоспленомегалию. Какехсия на момент летального исхода диагностирована в 17 (29,82 %) случаях. Острое нарушение мозгового кровообращения в целом наблюдалось у 4 (7,02 %) больных, но только у одного из них оно послужило непосредственной причиной смерти.

Сопутствующую патологию диагностировали относительно нечасто. Вероятнее всего, это связано с относительно молодым возрастом пациентов, у которых, как правило, нет комплекса хронических заболеваний и очевидных проявлений атеросклероза. Наиболее часто в заключительном клиническом или патологоанатомическом диагнозах отмечали атрофический гастрит (17 наблюдений, или 29,82 %), сахарный диабет (10 случаев, или 17,54 %), с явной атрофией поджелудочной железы в 9 (15,79 %) случаях; атеросклероз аорты и/или коронарных сосудов (8 случаев, или 14,04 %), ишемическую болезнь сердца (6 случаев, или 10,53 %). Кроме того, в 9 (15,79 %) случаях отмечено в анамнезе хронический гепатит, у 8 (14,04 %) пациентов к моменту летального исхода развилась почечная недостаточность. Еще у 7 (12,28 %) больных регистрировали анемию. Известно, что сахарный диабет является фоновой патологией в развитии ТБ, их сочетание всегда утяжеляет течение каждого из заболеваний, тогда как развитие гепатита, поражение почек в определенной степени связано с интенсивной медикаментозной терапией ТБ (как правило, в качестве побочных реакций). Хронический эзофагит и хронический панкреатит установлены в 5 (8,77 %) и 4 (7,02 %) случаях соответственно. В единичных наблюдениях выявлены другие заболевания, такие как

цирроз печени, амилоидоз, гипертоническая болезнь, зоб и т. д.

Дополнительно проанализированы по совпадению заключительный клинический диагноз и патологоанатомическое заключение по результатам аутопсий. Как уже отмечалось выше, диагноз: «туберкулез легких» во всех случаях был установлен прижизненно. Однако полностью совпадали заключительный клинический и патологоанатомический диагнозы только в 12 (25,53 %) из 47 аутопсий, причем у 10 из них с хирургическим лечением. Основные расхождения заключительного клинического диагноза в сравнении с патологоанатомическим были связаны с неверной прижизненной диагностикой характера и распространенности туберкулезного поражения, а именно: 1) отсутствие в клиническом диагнозе данных о туберкулезном поражении внутригрудных лимфатических узлов (23 случая, или 48,94 %); 2) неправильное клиническое определение формы-фазы легочного ТБ (18 случаев, или 38,30 %); 3) отсутствие в клиническом диагнозе данных о генерализации туберкулезной инфекции, то есть поражении более чем 3 внелегочных органов и систем (8 случаев, или 17,0 %). Всего, по клиническим данным и результатам аутопсий, у 47 (82,46 %) больных были поражены внутригрудные лимфатические узлы. Стоит отметить, что в случае неправильной клинически определенной формы ТБ легких (диссеминированный или инфильтративный, фиброзно-кавернозный) у 10 (17,54 %) пациентов на аутопсии установлен диагноз казеозной пневмонии — как самостоятельной или сочетанной формы-фазы ТБ легких. То есть наблюдалось развитие остро прогрессирующей формы ТБ с клинической недооценкой тяжести специфического процесса в легких. В целом из 57 случаев с тяжелым течением ТБ диагноз казеозной пневмонии установлен в 16 (28,07 %). Причем в 13 из них эта форма туберкулезного поражения развилась на фоне диссеминированного (6 случаев), инфильтративного (2 случая) и милиарного (1 случай) ТБ. Еще в 4 случаях казеозная пневмония стала результатом прогрессирования фиброзно-кавернозной формы ТБ. По мнению Г.В. Кобелевой и соавт. [2], частое расхождение между клинической и патологоанатомической диагностикой казеозной пневмонии (как самостоятельной формы, так и в качестве осложнения) можно объяснить выраженной динамичностью рентгеноморфологической картины и нередко — невозможностью достаточного частого рентгенологического исследования в терминальный период заболевания.

Кроме того, как показал анализ расхождений по другим формам легочного ТБ, в клиническом диагнозе указывали диссеминированную форму, тогда как на аутопсии устанавливали развитие фиброзно-кавернозного (4 случая) и инфильтративного (1 случай) ТБ. В 6 (12,77 %) случаях в клиническом диагнозе не было указания на развитие специфического одно- или двустороннего плеврита как специфического осложнения ТБ легких.

К сожалению, аналогичные указанные недостатки по расхождению клинического и патологоанатомического диагнозов отмечаются во многих исследованиях [2, 4]. Г.В. Кобелева и соавт. [2] особо отмечают, что диагностика туберкулезного поражения внутригрудных лимфатических узлов, селезенки, печени, перикарда, почек, миокарда в сочетании с тяжелыми легочными формами крайне затруднена.

Выводы

Изучение особенностей летальности от туберкулеза легких за период 2006–2012 гг. показало, что, несмотря на достижение существенных успехов в области диагностики и лечения туберкулеза, сохраняются серьезные проблемы в плане контроля этой инфекции. Основные из них — рост количества случаев ко-инфекции туберкулеза/ВИЧ, а также случаев с мульти- или расширенной резистентностью штаммов микобактерий туберкулеза к химиопрепаратам, которые во многом определяют структуру смертности от туберкулеза в специализированных лечебных

учреждениях. Именно эти обстоятельства в значительной степени определяют развитие тяжелых, генерализованных форм течения туберкулеза, в частности, по нашим данным, они составили 76,0 % от всех случаев летальных исходов в клинике института. По сути, все эти случаи представляют собой варианты остро прогрессирующего туберкулеза [3]. Непосредственной причиной смерти в большинстве таких наблюдений (54,40 %) было быстрое прогрессирование туберкулезного процесса. Кроме того, значительный удельный вес среди причин смерти занимают профузное легочное кровотечение и тромбоэмболия легочной артерии (29,63 %).

Достаточно часто бывают серьезные осложнения легочного туберкулеза в виде специфической эмпиемы плевры, специфического плеврита, кахексии и др.

На сегодняшний день сохраняется неудовлетворительная клиническая диагностика характера и распространенности туберкулезного поражения с преимущественным поражением легких при тяжелых формах туберкулеза. А именно, крайне редко, особенно при терапевтическом лечении, прижизненно выставляют диагноз туберкулезного поражения периферических лимфатических узлов (расхождение по данным аутопсий — 48,94 %), неправильно определяют форму-фазу ТБ легких (38,30 %), а также недооценивают распространенность, иными словами, наблюдается гиподиагностика феномена генерализации инфекции (расхождение, по данным аутопсий, — 17,0 %).

Список литературы

1. Зербино Д.Д., Кузик П.В., Рибун Б.Й. та ін. Патоморфологія важких форм туберкульозу легень в сучасних умовах (на прикладі ситуації у Львівській області за десять років — 1992–2001 рр.) // Укр. пульмонолог. журн.— 2004.— № 2.— С. 12–14.
2. Кобелева Г.В., Копылова И.Ф., Григорьева Е.А. Состав и морфологическая характеристика летальных исходов от туберкулеза // Пробл. туб.— 2002.— № 5.— С. 52–55.
3. Корецкая Н.М. Эпидемиология, патогенез и патоморфология остро прогрессирующего туберкулеза легких // Сиб. мед. журн.— 2011.— № 2.— С. 5–8.
4. Макаров И.Ю., Григоренко А.А. Клинико-анатомические сопоставления у умерших от туберкулеза // Бюл. физиол. и патол. дыхания.— 2006.— Вып. 23. Приложение.— С. 81–84.
5. Наказ МОЗ України від 21 грудня 2012 року № 1091. «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Туберкульоз».
6. Нефедов В.П., Валиев Р.Ш., Девликамов Р.Ш., Валиев Н.Р. Патоморфоз легочного туберкулеза в современных условиях (по патологоанатомическим данным) // Пробл. туб. и бол. легких.— 2009.— № 5.— С. 57–60.
7. Соловьева И.П., Берестова А.В. Классификация и кодирование клинико-анатомических форм туберкулеза // Арх. патол.— 2001.— № 2.— С. 54–58.
8. Туберкульоз в Україні (Аналітично-статистичний довідник за 2001–2011 роки).— К., 2012.
9. Martinson N.A., Karstaedt A., Venter W.D.F. et al. Causes of death in hospitalized adults with a pre-mortem diagnosis of tuberculosis: an autopsy study // AIDS.— 2007.— Vol. 21.— P. 2043–2050.

І.В. Ліскіна

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

Особливості смертельних наслідків при туберкульозі легень серед дорослих пацієнтів високоспеціалізованого медичного закладу (за даними клініко-патологоанатомічного аналізу)

Мета роботи — ретроспективний аналіз особливостей структури смертності пацієнтів із заключним клінічним діагнозом основного захворювання: «туберкульоз легень» за період 2006—2012 рр.

Матеріали та методи. Проаналізовано патологоанатомічні протоколи, клінічні історії хвороб померлих з основним захворюванням: «туберкульоз легень» у стаціонарі інституту за період 2006—2012 рр. Враховували форми та характер ураження легень від туберкульозу, варіанти генералізації інфекції. Детальніше проаналізовано когорту з тяжкими формами легеневого ураження. Уточнено характер лікування, причини смерті, ускладнення основного захворювання. Проведене порівняння заключного клінічного та патологоанатомічного діагнозів.

Результати та обговорення. За вказаний період було 229 летальних наслідків, серед яких у 75 (32,75 %) випадках діагностовано туберкульоз легень. Автопсію виконано в 60 (32,09 %) випадках. У всіх померлих діагноз туберкульозу легень встановлено за життя. На момент смерті у 61 (81,3 %) пацієнта зберігалось бактеріовиділення. У 57 (76,0 %) випадках із 75 діагностовано тяжку форму перебігу туберкульозу, а саме, гематогенно-дисемінований туберкульоз, у тому числі генералізований. Детальне вивчення дало змогу встановити, що бактеріовиділення зберігалось у 51 (89,5 %) пацієнта. У випадках встановленої хіміорезистентності переважали мультирезистентні штами мікобактерій туберкульозу (МБТ) і штами з розширеною резистентністю. Ко-інфекція туберкульоз/ВІЛ була у 7 (12,3 %) хворих. Найчастіше безпосередніми причинами смерті були прогресування туберкульозного процесу (31 випадок, або 54,4 %), профузна легенева кровотеча (8 випадків, або 14,04 %) та тромбоемболія легеневої артерії та/або гострий тромбоз правих відділів серця (9 випадків, або 15,59 %). Додатково встановлено частоту серйозних ускладнень легеневого туберкульозу та супутньої патології. Повний збіг заключного клінічного і патологоанатомічного діагнозів виявлено у 12 (25,53 %) із 47 автопсій. Найчастіше у клініці не діагностували туберкульозного ураження внутрішньогрудних лімфатичних вузлів (23 випадки, або 48,94 %).

Висновки. Зростання кількості випадків ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ, а також випадків з мульти- або розширеною резистентністю штамів МБТ до хіміопрепаратів значним чином визначають структуру смертності від туберкульозу в спеціалізованих лікувальних закладах. Це зумовлює розвиток тяжких, генералізованих форм туберкульозу, зокрема, за нашими даними, вони становили 76,0 % усіх випадків летальних наслідків у клініці. Зберігається незадовільною клінічна діагностика характеру та поширеності туберкульозного ураження з переважним залученням легень у разі тяжких форм туберкульозу. Вкрай рідко, особливо за консервативного лікування, прижиттєво виставляють діагноз туберкульозного ураження периферичних лімфатичних вузлів (розходження, за даними автопсій, — 48,94 %), неправильно визначають форму-фазу туберкульозу легень (розходження 38,30 %), спостерігається недооцінка поширення інфекції, зазвичай її генералізація (розходження, за даними автопсій, — 17,0 %).

Ключові слова: смертність, гематогенно-дисемінований туберкульоз, патологоанатомічний діагноз.

I.V. Liskina

SO «National Institute of Phthisiology and Pulmonology named after F.G. Yanovsky of NAMS of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Modern features of deaths in pulmonary tuberculosis among hospitalized adults of tertiary hospitals (according to the clinical and post-mortem analysis)

Objective — a retrospective analysis of the features of mortality structure among those who died with the final clinical diagnosis of the underlying disease — «pulmonary tuberculosis» for the period 2006—2012 years.

Materials and methods. Autopsy protocols, clinical histories of all deaths with underlying disease «pulmonary tuberculosis» were analyzed in the hospital of the Institute for 2006—2012 years. The form and character

of lesion in pulmonary tuberculosis, options of generalization of infection were taken into account. The cohort of the dead with severe pulmonary lesions was analyzed in more details. The types of the treatment, the cause of death, complications of the underlying disease were examined. The final clinical and post-mortem diagnosis were compared.

Results and discussion. During the period there 229 deaths were stated, of which 75 (32.75 %) cases were diagnosed with pulmonary tuberculosis. Of these, an autopsy was performed in 60 (32.09 %) cases. In all cases the diagnosis of «pulmonary tuberculosis» was established *intra vitam*. At the time of death 61 (81.3 %) patients remained smear positive. In 57 (76.0 %) among 75 cases the diagnosis of severe course of tuberculosis was established, namely, the development of hematogenous-disseminated tuberculosis, including generalized form. A detailed study of this cohort revealed that 51 (89.5 %) patients remain smear positive. In the cases with revealed drug-resistance multidrug-resistant MTB strains and strains with extended resistance dominated. Co-infection of TB/HIV was present in 7 (12.3 %) cases. The most frequent immediate causes of death were progression of tuberculous process (31 (54.4 %) cases), profuse pulmonary hemorrhage (8 (14.04 %) cases) and pulmonary embolism and/or acute thrombosis of the right heart (9 (15.59 %) cases). Additionally the incidence of serious complications of pulmonary tuberculosis and comorbidity were studied. Complete coincidence of the final clinical and postmortem diagnoses occurred in 12 (25.53 %) of 47 autopsies. Most often tuberculosis of intrathoracic lymph nodes wasn't diagnosed (23 cases, 48.94 %) in the clinic.

Conclusions. Currently, the increasing incidence of co-infection TB/HIV cases and cases with multi-drug-resistant MBT strains or extensively drug-resistant strains largely determine the structure of TB deaths in specialized hospitals. These circumstances explain the development of severe, generalized forms of tuberculosis, in particular, to our knowledge; they made up 76.0 % of all deaths in hospital. Clinical diagnostics of nature and prevalence of tuberculous lesions, mainly affecting the lungs in severe forms of tuberculosis remained unsatisfactory. The diagnosis of tuberculous lesions of peripheral lymph nodes is established *in vivo* extremely rarely (the discrepancy on autopsy – 48.94 %), especially in the therapeutic treatment, form and phase of pulmonary tuberculosis is not correctly defined (38.30 % difference), the prevalence of infection, as typically, its generalization is underestimated (the discrepancy according to autopsy findings – 17.0 %).

Key words: mortality, hematogenous-disseminated tuberculosis, pathological diagnosis.

Контактна інформація:

Ліскіна Ірина Валентинівна, д. мед. н., ст. наук. співр., зав. лабораторії патоморфології
03680, м. Київ, вул. М. Амосова, 10. Тел. (044) 275-55-11
E-mail: liskina@ifp.kiev.ua

Стаття надійшла до редакції 23 квітня 2014 р.