



О.С. Константиновська

Харківська медична академія післядипломної освіти, Харків

## Туберкульоз у пацієнтів похилого та старечого віку: особливості патогенезу, клініко-рентгенологічного перебігу, лікування

Туберкульоз у осіб похилого та старечого віку, так званий старечий туберкульоз, є на сьогодні однією з актуальних і складних проблем не тільки фтизіатрії, а й геріатрії. Складність цієї проблеми значною мірою пов'язана з труднощами і несвоечасністю діагностики, що зумовлено наявністю множинної поєднаної патології у літніх людей. Тому у них часто виявляють специфічний процес лише під час розтину.

Перебіг туберкульозного процесу у цієї категорії осіб вирізняється агресивністю, поширеністю ураження, переважно супроводжується деструкцією легеневої тканини та мікобактеріовиділенням, зокрема масивним, що створює високу епідемічну небезпеку для оточення, особливо з огляду на значну роль літніх людей у догляді та вихованні дітей у сім'ї.

У статті наведено особливості епідеміології та патогенезу, клініко-рентгенологічного перебігу, супутньої патології, лікування туберкульозу легень у хворих похилого і старечого віку.

### Ключові слова

Туберкульоз, хворі похилого та старечого віку, клінічний перебіг, супутня патологія, лікування.

Безпрецедентні темпи старіння населення впливають на всі сфери буття, визначають рівень здоров'я населення, потреби в послугах охорони здоров'я. Збільшення частки людей старших вікових груп з притаманним їм значним поширенням хронічних хвороб, які вимагають тривалого лікування і догляду, ставлять перед системою охорони здоров'я нові завдання щодо забезпечення вказаного контингенту належними видами та обсягами медичної й медико-соціальної допомоги [14].

Питання постаріння населення надзвичайно актуальне для України, попри незначну середню очікувану тривалість життя. Україна входить у групу країн, де тривалість життя становить 65–70 років [13]. За цим показником (67,9 року) вона посідає 123-тє місце в світі.

У структурі захворюваності людей похилого та старечого віку найпоширеніші хвороби серцево-судинної та дихальної систем [4, 7]. В останнє

десятиліття низка дослідників відзначила зростання захворюваності на туберкульоз осіб віком понад 60 років [6, 19].

### Епідеміологія та патогенез туберкульозу легень у людей похилого та старечого віку

Епідемія туберкульозу найбільшою мірою уразила контингент осіб молодого та середнього віку. Істотно зросли всі епідеміологічні показники на туберкульоз у цих вікових групах, тому проблемі старечого туберкульозу останнім часом надавали дуже мало уваги. Істотно скоротилася кількість досліджень і публікацій, присвячених вивченню патогенезу, клінічної картини та лікуванню туберкульозу у людей похилого та старечого віку [22, 26].

Тим часом ці питання залишаються актуальними, оскільки абсолютна кількість хворих цієї вікової групи та відсоток мікобактеріовиділювачів серед них продовжують збільшуватися, а їхня епідемічна небезпека, особливо для дітей, як і раніше, залишається високою [35].

Аж ніяк не випадково навіть у індустріально розвинених країнах з низькими показниками захворюваності на туберкульоз це захворювання стоїть на третьому за частотою місці серед усіх форм легеневої патології у людей похилого віку слідом за неспецифічними запальними захворюваннями і пухлинами легень [34].

Складність проблеми старечого туберкульозу значною мірою зумовлена труднощами і несвоєчасністю його діагностики. Однією з причин цього є нерегулярність проведення флюорографічних обстежень літніх людей. Туберкульоз у згаданій віковій групі населення зазвичай виявляють лише під час звернення по медичну допомогу щодо різних і переважно нехарактерних скарг. Такі звернення найчастіше бувають запізненими через недостатню увагу літніх людей до власного здоров'я і приписування нездужання похилому віку [10].

Особи з хронічним неспецифічним захворюванням легень і залишковими туберкульозними змінами є групою підвищеного ризику щодо захворювання на туберкульоз. Під маскою загострення неспецифічного процесу може приховуватися туберкульоз, а рентгенологічна картина не завжди дає змогу диференціювати ці зміни. Тому таким хворим поряд із вивченням рентгенологічних змін у динаміці слід дослідити харкотиння на МБТ не менше 3 разів [21].

Питання патогенезу туберкульозної інфекції загалом і старечого туберкульозу, зокрема, знову стали предметом обговорення. Насамперед це торкнулося проблеми співвідношення екзогенної суперінфекції та ендемічної ексацерації. Жвава дискусія про порівняння їхньої ролі, що розгорнулася в 30-х роках ХХ століття, була в основному підсумована висновком А.Є. Рабухіна, що став афоризмом, а саме: «екзогенна суперінфекція є чинником, що сприяє ендемічній ексацерації» [20].

Донедавна вважали, що в патогенезі туберкульозу в осіб похилого та старечого віку домінує ендемічна реактивація. Джерелом її служили старі туберкульозні осередки і склеротичні зміни в легенях та внутрішньогрудних лімфатичних вузлах, що сформувалися в первинний та післяпервинний періоди туберкульозної інфекції [15]. Специфічні зміни в легенях і у внутрішньогрудних лімфатичних вузлах у літніх людей, які протягом довгих років не виявляли жодної ознаки активності, піддавалися ексацерації.

Укорінені уявлення про провідну роль ендемічної реактивації при старечому туберкульозі в останні роки переглядають. Це пов'язано з розробкою і впровадженням у практику методів молекулярної біології, що дали змогу порівнювати струк-

туру ДНК мікобактерій, виділених від хворих. Дослідження довели, що мікроепідемії туберкульозу, які виникають у госпіталях, притулках для літніх людей, в'язницях та в інших установах, пов'язані переважно з суперінфекцією [28, 38].

Наведені вище дослідження про роль суперінфекції в патогенезі туберкульозу було виконано в благополучних на туберкульоз країнах і стосувалися переважно осіб середнього віку. Тим не менш подібний патогенез туберкульозу цілком можливий і у людей похилого віку в зв'язку з характерним для них ослабленням імунітету та особливо — клітинного його компонента [1, 24]. Однією із непрямих вказівок на екзогенну суперінфекцію служить значна частота виявлення первинної лікарської стійкості при старечому туберкульозі в осіб, які ніколи не отримували проти-туберкульозних препаратів [4].

### **Клінічний перебіг туберкульозу легень у людей похилого та старечого віку**

Характер клінічних виявів старечого туберкульозу рідко ставав предметом досліджень у останні роки. Традиційні уявлення про їхній зв'язок з особливостями патогенезу туберкульозу не зазнали істотних змін. Так, ексацерація процесу в залишкових змінах, що збереглися після первинного туберкульозу, особливо в звапнілих внутрішньогрудних лімфатичних вузлах, має гострий початок і бурхливо прогресує з виразними симптомами загальної інтоксикації. Якщо джерелом інфекції є осередкові зміни в легеневій тканині, то в половині випадків захворювання розвивається поступово, а в клінічній симптоматиці переважають локальні порушення [9, 12]. Загалом клінічні вияви туберкульозу в осіб похилого та старечого віку бувають досить яскраво виразними, та не мають якихось специфічних особливостей порівняно з ознаками захворювання, що розвивається в молодому віці [9, 27].

Частота і ступінь виразності загальних та локальних порушень при старечому туберкульозі залежать від своєчасності виявлення процесу, його поширеності й клінічної форми хвороби. Як і в минулому, домінує інфільтративний туберкульоз легень, але частіше стала спостерігатися казеозна пневмонія [37, 39]. Дисеміновані процеси посідають друге за частотою місце серед клінічних форм старечого туберкульозу. Однією із його характерних особливостей залишається значна частота міліарного туберкульозу. Показово, що саме ці форми захворювання домінують серед недиагностованих за життя випадків старечого туберкульозу [16].

Бактеріологічне дослідження харкотиння на присутність мікобактерій залишається найпрос-

тішим, доступним та інформативним методом діагностики туберкульозу в осіб похилого віку. Кашель із виділенням харкотиння у хворих похилого віку буває навіть частіше, ніж у молодих (71–97 %), а збудники туберкульозу під час повторної бактеріоскопії мазків харкотиння виявляють у 60–62 % випадків [30, 40].

Рентгенологічні зміни при туберкульозі легень у хворих похилого та старечого віку, на думку більшості авторів, вирізняються значною поширеністю та частотою атипової (у тому числі нижньочасткової) локалізації. Порожнини розпаду виявляють у 53–82,4 % таких хворих [30, 40]. Нехарактерність рентгенологічних змін при старечому туберкульозі зумовлена не тільки частотою аденогенного генезу процесу, а й розвитком його на тлі виразного пневмосклерозу та емфіземи, а нерідко — на тлі застійних змін у легенях. Істотно впливають на клініко-рентгенологічну симптоматику старечого туберкульозу ураження бронхів, які рееструють у більшості хворих (до 73 % випадків, у тому числі специфічні у 35 %) з уперше виявленим старечим туберкульозом [30, 40].

Особливе значення для розвитку та перебігу старечого туберкульозу має зниження імунних можливостей організму, характерне для цієї вікової групи. Виявом цього служить ослаблення і навіть повне згасання шкірних реакцій на введення туберкуліну. За даними досліджень, негативні реакції на внутрішньошкірне введення туберкуліну (проба Манту) спостерігаються у 30–33 % хворих похилого віку. Ознакою імунodefіциту та особливо — його клітинної ланки у хворих цієї вікової групи є виразніше, ніж у молодих, зменшення кількості Т-лімфоцитів переважно за рахунок субпопуляції хелперів. Ослаблення функціональної активності цих клітин виявляється зниженням реакції бластоутворення на специфічний (туберкулін) і неспецифічний (фітогемаглютинін) подразники [31].

У літніх людей чинниками ризику туберкульозу слід вважати сукупність умов, що знижують імунітет: куріння, тяжкі хронічні захворювання, стресові ситуації, вплив радіації, тривалий прийом медикаментів з імунодепресивною дією [19, 37].

Перебіг туберкульозу легень у осіб похилого та старечого віку має клінічні й імунологічні особливості. Зокрема, торпідність процесу, низький рівень гуморальних та клітинних імунних реакцій. У основі цього можуть лежати функціональна недостатність органів імунної системи, пов'язана з частковою загибеллю імунокомпетентних клітин у процесі старіння, або посилення супресорної активності Т-лімфоцитів. Під

час старіння відбувається вікове зниження сили імунної відповіді, змінюється співвідношення субпопуляції лімфоцитів, зменшуються рівень гіперчутливості уповільненого типу та проліферативна відповідь на мітогени і мікробні антигени [29]. За даними J. Liu та співавт. [33], старіння організму супроводжується збільшенням кількості супресорів та їхньої функціональної активності. Туберкульоз легень своєю чергою зумовлює порушення субпопуляційних взаємовідношень лімфоцитів. Унаслідок цього, очевидно, може настати глибока дисрегуляція функціонування імунної системи, що призводить до порушення формування протиінфекційного імунітету.

Таким чином, у хворих похилого та старечого віку туберкульозний процес перебігає на тлі вікових змін імунної системи, які, очевидно, змінюють характер імунної відповіді на мікобактерії.

Розвиток туберкульозу сам по собі також призводить до активізації механізмів самообмеження імунної відповіді. Отже, активний туберкульоз і старіння виявляють односпрямований вплив, пригнічуючи здатність організму формувати імунну відповідь [1].

### **Супутня патологія у людей похилого та старечого віку, хворих на туберкульоз легень**

Серед причин прогресування, негативної динаміки туберкульозного процесу, неефективності лікування хворих на туберкульоз, поряд із ухиленням від лікування і несистематичним прийомом протитуберкульозних препаратів, медикаментозною стійкістю слід виділити супутні фонові захворювання, їхнє загострення в період прийому протитуберкульозних препаратів. Частота супутніх захворювань у хворих на туберкульоз коливається від 1–5 до 75–87 %. Великий діапазон частоти розвитку побічних реакцій на протитуберкульозні препарати пояснюють відмінністю спостережуваних хворих за віком, статтю, супутніми захворюваннями, методиками лікування. Нерідко рееструють кілька супутніх захворювань, при цьому 1–2 з них прогресують, набувають ролі основного процесу.

Поширені уявлення про нехарактерність та атиповість клінічних виявів старечого туберкульозу зумовлені наявністю супутніх захворювань, які часто маскуються і суттєво ускладнюють діагностику інфекції, що розвивається. Найчастіше такими супутніми захворюваннями є неспецифічні ураження легень, патологія серцево-судинної системи, органів травлення та інші порушення, що стають супутниками старості [27].

У більшості хворих на туберкульоз людей похилого та старечого віку виявляють різні супутні захворювання, серед яких переважають ІХС (65 %), артеріальна гіпертензія (50 %), хронічний бронхіт (50 %), атеросклероз центральних і периферичних артерій (35 %) [11].

Деякі дослідники дійшли висновку, що структура і клінічна виразність супутніх захворювань у чоловіків і жінок різні. Скарги чоловіків літнього віку були зумовлені хронічним ураженням бронхолегеневої системи, захворюваннями органів травлення, пристрастю до алкоголю, у жінок — гіпертонічною хворобою, захворюваннями жовчовидільної системи [8].

Як свідчить аналіз, у цьому віці швидше розвивається атрофія альвеолярної тканини, зменшується дифузна поверхня легень, погіршуються показники газообміну. У процесі старіння структурні та обмінні зміни серця і судин призводять до функціонального порушення системи кровообігу. Додаткове навантаження призводить до розвитку дихальної недостатності. Туберкульоз легень у осіб похилого та старечого віку часто (66,1 %) перебігає з порушеннями кислотно-основного складу. Основний тип порушень представлений дихальним ацидозом (25,2 %). Дихальний алкалоз і метаболічний ацидоз спостерігаються рідше. Це зумовлено супутньою патологією і розвитком таких захворювань, як цукровий діабет, анемія, ниркова та печінкова недостатність, які призводять до нагромадження недоокислених продуктів метаболізму [2].

Поєднання туберкульозу легень із хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) значно ускладнює його перебіг [17]. ХОЗЛ можливе при всіх формах туберкульозу легень, частота його виявлення залежить від тривалості перебігу специфічного процесу і виразності залишкових змін у легенях.

Цукровий діабет підвищує схильність хворих до туберкульозу легень. Різниця клінічної симптоматики та перебігу туберкульозу легень у хворих на цукровий діабет 1-го (ЦД1) і 2-го типів (ЦД2) є одним із важливих аспектів проблеми поєднаної патології. Так, цукровий діабет зазвичай передуює встановленню діагнозу туберкульозу. Однак при ЦД1 цей часовий проміжок найчастіше перевищує 5 років, а при ЦД2 зазвичай буває коротшим. Початкові вияви туберкульозу у більшості хворих на ЦД1 гострі, а темпи прогресування процесу бурхливіші, на відміну від хворих на ЦД2, в яких частіше туберкульоз легень починається непомітно [25].

Провідним чинником, що визначає зазначені особливості клінічних виявів туберкульозу у

хворих з різними типами цукрового діабету, слід вважати вікову різницю між ними. ЦД1 виникає переважно вже в підлітковому та юнацькому віці, а ЦД2 — в осіб похилого та старечого віку. Саме вікова різниця визначає особливості клінічної симптоматики та патогенезу у хворих з різними типами цукрового діабету. Дослідники дійшли висновку, що розвиток туберкульозу у хворих на ЦД1 значною мірою був наслідком екзогенної інфекції, а при ЦД2 домінувала ендогенна реактивація раніше набутої латентної інфекції. Крім того, різницю клінічної симптоматики та перебігу туберкульозу при ЦД2 певним чином пояснюють частою наявністю у них захворювань серцево-судинної системи, а також ураженням органів дихання та органів травлення [32].

### **Основні методи лікування туберкульозу легень у хворих похилого та старечого віку**

У хворих похилого та старечого віку зазвичай виявляють кілька тривалих захворювань, кожне з яких має специфічні вияви, ускладнення, різний прогноз і вимагає відповідної індивідуалізованої терапії. Вони створюють передумови для розвитку побічних реакцій на протитуберкульозні препарати.

Інтенсивну хіміотерапію на початковому етапі лікування туберкульозу вважають одним із основних чинників подолання його епідемії. Вищу її ефективність під час лікування старечого туберкульозу підтверджено окремими дослідженнями [39]. Однак побоювання побічної дії протитуберкульозних препаратів залишається головною причиною, що обмежує призначення інтенсивної хіміотерапії особам похилого та старечого віку.

Особливості фармакокінетики, характерні для літнього віку, істотно впливають на переносність та ефективність специфічної хіміотерапії [18]. Старіння організму, що супроводжується прогресуванням виснаження компенсаторного потенціалу його гомеостатичних систем, інволюцією морфологічних структур і ослабленням їхньої функції, змінює кінетичну і динамічну фази дії фармакологічних засобів. Виділено такі особливості фармакокінетики у літньому віці: зниження моторики кишечника і ослаблення кровоплину, що уповільнюють всмоктування препаратів; зниження маси тіла і відносно зневоднення тканин, що підвищують концентрацію лікарських засобів у них; зниження білкового зв'язування препаратів через різке зменшення рівня альбумінів; ослаблення функцій печінки і нирок, яке уповільнює метаболізм та екскрецію лікарських засобів; зменшення кількості рецеп-

торів і медіаторів у центральній нервовій системі, що змінює дію препаратів.

Під час призначення стандартних режимів хіміотерапії хворим на туберкульоз легень похилого та старечого віку рекомендують враховувати особливості клінічних виявів старечого туберкульозу, які з найбільшою ймовірністю можуть прогнозувати переносність протитуберкульозних препаратів. Гострий розвиток туберкульозного процесу з виразною інтоксикацією, значна поширеність змін у легенях без супутньої патології з боку серцево-судинної системи дають змогу припускати задовільну переносність інтенсивних режимів хіміотерапії у хворих похилого та старечого віку. Навпаки, непомітний малосимптомний початок туберкульозного процесу, слабка виразність ознак інтоксикації, торпідний перебіг туберкульозного процесу і супутня патологія серцево-судинної системи можуть вказувати на погану переносність стандартної хіміотерапії [23].

Необоротні побічні реакції, що змушують змінити стандартний режим хіміотерапії, виникають у пацієнтів із виразною патологією серцево-судинної системи (гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця), яка супроводжується осередковими і дифузними змінами міокарда, за даними електрокардіографії (ЕКГ), а також у хворих із перенесеним раніше інфарктом міокарда.

Переборні побічні реакції зазвичай виникають у завершальний період інтенсивного етапу хіміотерапії, вони мають переважно токсичний характер і відрізняються від неперекорних меншою поширеністю.

Найбільшої лікарської пильності вимагають перші десять днів хіміотерапії старечого туберкульозу, бо саме в цей термін виникає понад половина всіх неусувних побічних реакцій. Для оцінки характеру побічних реакцій на протитуберкульозні препарати основного ряду потрібно проводити щомісячний моніторинг показників загального аналізу крові та сечі, функцій печінки і нирок, показників ЕКГ [23].

Питання хірургічного лікування старечого туберкульозу в останні роки не ставали предметом досліджень. Раннє ж призначення і постійне застосування засобів симптоматичної та патогенетичної терапії розглядають як край потрiбний компонент терапевтичної тактики при старечому туберкульозі.

Лікування літніх хворих в умовах стаціонару повинно бути тривалим через супутні захворювання і вікові особливості легеневої тканини, яка втрачає еластичність і здатність до грануляції [26].

Основні принципи лікування старечого туберкульозу, що склалися за останні десятиліття, передбачали використання мінімальних терапевтичних доз, неприпустимість застосування одночасно 4–5 хіміопрепаратів, переважне призначення інтермітуючих режимів. Подібна тактика хіміотерапії стала традиційною і відрізняється від сучасної концепції хіміотерапії туберкульозу, сформульованої ВООЗ. Стандартні режими хіміотерапії ВООЗ добре зарекомендували себе під час лікування туберкульозу у молодих. Однак можливість використання їх, ефективність, а також переносність при старечому туберкульозі залишаються не до кінця з'ясованими. Тому вивчення можливості проведення, ефективності і переносності інтенсивної хіміотерапії туберкульозу в осіб похилого та старечого віку є актуальною проблемою фтизіатрії [23].

## Висновки

У всьому світі все більше людей доживають до похилого та старечого віку. За науковими прогнозами соціологів, демографічне постаріння людей продовжуватиметься. Різке постаріння населення є найважливішою проблемою будь-якої держави, тому назріла крайня потреба в розширенні геронтологічних досліджень.

Проблема туберкульозу у хворих похилого та старечого віку має велике практичне значення. Спостерігається «постаріння» туберкульозу, тобто підвищення питомої ваги хворих похилого та старечого віку в загальній структурі захворюваності на туберкульоз, а епідеміологічна небезпека цієї вікової групи залишається високою, особливо для дітей.

У осіб похилого та старечого віку труднощі діагностики туберкульозу зумовлені малосимптомним перебігом захворювання, нашаровується симптоматика супутніх захворювань, яка маскує клінічні вияви туберкульозу.

У літературі недостатньо висвітлено питання патоморфозу і особливостей клінічних виявів туберкульозу в осіб похилого та старечого віку. Недостатньо ефективні традиційні методи діагностики і лікування.

Таким чином, дослідження епідеміологічних і клінічних аспектів туберкульозу легень у осіб похилого та старечого віку є вкрай потрібним і перспективним.

Туберкульоз в похилому і старечому віці — актуальна проблема фтизіатрії і геріатрії, важлива в клінічному, терапевтичному, епідеміологічному та соціально-економічному аспектах.

Конфлікту інтересів немає.

## Список літератури

- Адамбеков Д.А., Морозов В.Л. Т-супрессоры и их функциональная активность при туберкулезе у лиц пожилого и старческого возраста // Пробл. туб.— 1989.— № 1.— С. 32–34.
- Балезина З.Н., Григорьев Ю.Г., Акользина Л.И. Функция легких и сердца у больных туберкулезом легких // Пробл. туб.— 2000.— № 1.— С. 24–27.
- Валиев Р.Ш., Филатова М.С. Клинико-рентгенологические аспекты туберкулеза в пожилом и старческом возрасте // Туберкулез в России. Год 2007: мат. VIII Рос. съезда фтизиатров.— М., 2007.— 169 с.
- Дворецкий Л.И. Туберкулез в практике интерниста // Пробл. туб.— 2000.— № 6.— С. 3–10.
- Денисова Т.П., Малинова Л.И. Клиническая геронтология: избранные лекции.— М.: МИА, 2008.— 242 с.
- Каторгин Н.А. Старческий туберкулез в практике фтизиатра // Туберкулез в России. Год 2007: материалы 8-го Рос. съезда фтизиатров.— М., 2007.— С. 173–174.
- Козлов Б.И., Головин В.А., Нагин А.П., Новикова О.А. Болезни пожилого человека.— Барнаул: изд-во Алтайский государственный медицинский университет, 2006.— 68 с.
- Колпакова Т.А. Проблема коморбидности в клинике легочного туберкулеза // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН.— 2011.— № 2.— С. 48–51.
- Корецкая Н.М., Лобзикова И.А. Впервые выявленный туберкулез у лиц старше 60 лет: XII национальный конгресс по болезням органов дыхания: сборник резюме.— М., 2002.— 290 с.
- Корецкая Н.М., Наркевич А.Н. Туберкулез легких и проблемы его выявления у лиц пожилого и старческого возраста // Успехи геронтологии.— 2011.— № 3.— С. 452–455.
- Лысова А.В., Иванова О.Г., Мордык А.В., Антропова В.В. Инфильтративный туберкулез легких у лиц старше 60 лет // Пробл. туб.— 2008.— № 1.— С. 28–30.
- Макарова У.Е. Клинико-морфологическая характеристика туберкулеза периферических лимфатических узлов // Пробл. туб. и бол. легких.— 2008.— № 1.— С. 17–20.
- Москаленко В.Ф., Голубчиков М.В. Соціально-гігієнічний аналіз демографічної ситуації в Україні // Медичний світ.— 2003.— № 2.— С. 44–51.
- Москаленко В.Ф., Грузева Т.С. Сучасні реалії постаріння населення у світовому вимірі // Наук. вісн. Нац. мед. ун-ту ім. О.О. Богомольця.— 2009.— № 1.— С. 44–54.
- Незлин С.Е. Туберкулез легких в пожилом возрасте.— М.: Медгиз, 1948.— 160 с.
- Нефедов В.П. Патоморфоз легочного туберкулеза (по патологоанатомическим данным) // Пробл. туб. и бол. легких.— 2009.— № 5.— С. 57–60.
- Новикова Т.И., Соколова Э.В., Моисеева Н.В. Туберкулез и ХОБЛ // Туберкулез в России. Год 2007: материалы 8-го Рос. съезда фтизиатров.— М., 2007.— С. 411.
- Норейко С.Б., Норейко Б.В. Патогенетическая терапия туберкулеза // Новости медицины и фармации.— 2009.— № 11/12.— С. 15–17.
- Приймак А.А., Свистунова А.С. Туберкулез и старость // Клин. геронтол.— 2002.— № 10.— С. 19–23.
- Рабухин А.Е. Туберкулез органов дыхания у взрослых.— М.: Медицина, 1976.— 328 с.
- Стаханов В.А., Каторгин Н.А., Цыганков Е.В. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов у лиц пожилого и старческого возраста // Лечеб. дело.— 2008.— № 3.— С. 48–54.
- Суркова А.К., Дюсюмикеева М.И. Туберкулез, не диагностированный при жизни больного, как причина смерти // XIV национальный конгресс по болезням органов дыхания.— М., 2004.— 413 с.
- Уварова Т.Е. Эффективность интенсивной химиотерапии туберкулеза легких у больных пожилого и старческого возраста: автореф. дис. ...канд. мед. наук.— М., 2003.— 19 с.
- Харанги Л., Сцеменьи К. Патология туберкулеза в пожилом возрасте: пер. с англ.— М.: Медицина, 1978.— 274 с.
- Черных Н.А., Карачунский М.А., Каминская Г.О., Коссий Ю.Е. Эффективность интенсивного этапа химиотерапии у больных впервые выявленным туберкулезом легких и сахарным диабетом // Пробл. туб. и бол. легких.— 2004.— № 12.— С. 30–32.
- Шпрыков А.С., Мишанов Р.Ф. Туберкулез легких у лиц старше 60 лет // Пробл. туб. и бол. легких.— 2011.— № 5.— С. 241.
- Ященко Б.П. Фтизиогериатрия.— К.: Здоров'я, 1991.— 207 с.
- Beck-Sague C., Dooley S.W., Hutton M.D. et al. 176 Hospital outbreak of multidrug-resistant Mycobacterium tuberculosis infections. Factors in transmission to staff and HIV-infected patients // JAMA.— 1992.— Vol. 268.— P. 1280–1286.
- Busby J., Caranasos G.J. Immune function, autoimmunity, and selective immunoprophylaxis in the aged // Med. Clin. North Am.— 1985.— Vol. 69, N 369.— P. 465–474.
- Chan C.H.S., Woo J., Or K.K.H. et al. The effect of age on the presentation of patients with tuberculosis // Int. J. Tuberc. and Lung Dis. 1995.— Vol. 76.— P. 290–293.
- Kaufmann Stefan H.E. How can immunology contribute to the control of tuberculosis? // Nature Reviews Immunology.— 2001.— Vol. 1.— P. 20–30.
- Leung Chi C., Lam Tai H., Wai M. Chan Diabetic Control and Risk of Tuberculosis: A Cohort Study // Am. J. Epidemiol.— 2008.— Vol. 167.— P. 1486–1494.
- Liu J., Segre M., Segre D. Changes in suppressor, helper, and B-cell functions in aging mice // Cell Immunol.— 1982.— Vol. 66.— P. 372–382.
- Lukacova D., Litomericky S. Pneumological problems in patients above 65 years in policlinica practice // Stud. Pneumot. Cech.— 1985.— Vol. 45, N 10.— P. 660–664.
- Mori T., Leung C.C. Tuberculosis in the global aging population // Infect Dis Clin North Am.— 2010.— Vol. 24.— P. 751–68.
- Rajagopalan S., Yoshikawa T.T. Rajagopalan S. Tuberculosis in the elderly // Z. Gerontol. Geriatr.— 2000.— Vol. 33.— P. 374–380.
- Rizvi N., Shah R., Hussain N. Clinical presentation of pulmonary tuberculosis in association with age // Int. J. Tuberc. Lung Dis.— 2001.— Vol. 5, N 11.— P. 147–148.
- Stead W.W. Tuberculosis among elderly persons, as observed among nursing home residents // Int. J. Tuberc. Lung Dis.— 1998.— Vol. 2, N 9.— Suppl. 1.— P. 64–70.
- Tatar D., Keskin O., Halicolar H. Similarity and differences of pulmonary tuberculosis in the young and old patients // Europ. Resp. J.— 2001.— Vol. 18, N 33.— P. 472.
- Vienovic M., Jelack D. Clinical and radiological characteristics of pulmonary tuberculosis in the elderly // Europ. Resp. J.— 2000.— Vol. 16.— P. 184.

О.С. Константиновская

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьков

## Туберкулез у пациентов пожилого и старческого возраста: особенности патогенеза, клинико-рентгенологического течения, лечения

Туберкулез у лиц пожилого и старческого возраста, так называемый старческий туберкулез, является одной из актуальных и сложных проблем не только фтизиатрии, но и гериатрии. Сложность этой проблемы в значительной степени связана с трудностями и несвоевременностью диагностики в связи с наличием множественной сочетанной патологии у пожилых людей. Это ведет к частому выявлению специфического процесса лишь при вскрытии.

Течение туберкулезного процесса у этой категории лиц отличается агрессивностью, распространенностью поражения, в подавляющем большинстве случаев сопровождается деструкцией легочной ткани и микобактериовыделением, в том числе массивным, что создает высокую эпидемическую опасность для окружающих, особенно учитывая значительную роль пожилых людей в уходе и воспитании детей в семье.

В статье описаны особенности эпидемиологии и патогенеза, клинико-рентгенологического течения, сопутствующей патологии, лечения туберкулеза легких у больных пожилого и старческого возраста.

**Ключевые слова:** туберкулез, больные пожилого и старческого возраста, клиническое течение, сопутствующая патология, лечение.

O.S. Konstantynovska

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine

## Tuberculosis for the patients of elderly and senile age: features of pathogenesis, clinicoradiological course, treatment

Tuberculosis in the persons of elderly and senile age, so-called «senile tuberculosis», for today is one of actual and difficult problems of not only phthisiology but also geriatrics. Difficulties of this problem is largely related to inopportuneness of diagnostics, that predefined by the presence of the plural united pathology for the persons of elderly and senile age. It conduces to the frequent exposure of specific process only at a section.

The clinical course of tubercular process at this category of persons differs in an aggressiveness, prevalence of defeat, in swingeing majority of cases accompanied by destruction of lung's tissue and spreading the sputum with massive MBT (*Mycobacterium tuberculosis*), that creates a high epidemic dangerous for surrounding people, especially because the considerable role of elderly people in caring and education of children in family.

The features of epidemiology and pathogenesis, clinicoradiological course, concomitant pathology, treatment of tuberculosis for the patients of elderly and senile age are described in the article.

**Key words:** tuberculosis, elderly and senile age, clinical course, concomitant pathology, treatment.

---

### Контактна інформація:

Константиновська Ольга Сергіївна, аспірант кафедри фтизіатрії, пульмонології та сімейної медицини

61037, м. Харків, просп. Московський, 197

Тел. (057) 738-71-87

E-mail: kfp1930@ukr.net, seolka@i.ua

Стаття надійшла до редакції 17 березня 2016 р.