

І.Г. Ільницький¹,
Л.І. Білозір¹,
О.П. Костик¹,
Е.В. Тимчак²,
Г.В. Старічек²,
С.М. Кашкадамова²,
А.І. Тимчак²,
З.В. Гавриляк-Стадович²,
О.Я. Федчина²,
О.В. Жиловська²,
Н.П. Шваєнко²,
О.І. Стадович²

КЛІНІКО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНИЙ АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО БРОНХІТУ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького¹
вул. Пекарська, 69, Львів, 79010, Україна
КУ ЛОР «Львівський регіональний фтизіопульмонологічний
лікувально-діагностичний центр»²
вул. Зелена, 477, Львів, 79036, Україна
Danylo Halytskyi Lviv National Medical University¹
79010, m. L'viv, vul. Pekars'ka, 69, Ukrayina
e-mail: suhiv-lviv-oksana2@rambler.ru
MI LRC «Pulmonology Lviv Regional Clinical Diagnostic Center»²
Zelena str., 477, Lviv, 79036, Ukraine

Ключові слова: *деструктивний туберкульоз, хронічний бронхіт, клінічний й інструментальні методи обстеження*

Key words: *destructive tuberculosis, chronic bronchitis, clinical and instrumental methods of examination*

Реферат. Клинико-инструментальный алгоритм диагностики туберкулёза на фоне хронического бронхита. Ильницький І.Г., Білозір Л.І., Костык О.П., Тымчак Э.В., Старичек Г.В., Кашкадамова С.В., Тымчак А. И., Гаврыляк-Стадович З. В., Федчына О. Я., Жиловская О.В., Шваєнко Н.П., Стадович О.И. Целью исследования была разработка критериев клинико-инструментального и лабораторного алгоритма диагностики туберкулёза лёгких в сочетании с хроническим бронхитом. Клиническое течение туберкулёза лёгких в современных условиях часто проявляется развитием специфического процесса на фоне хронического бронхита, что характеризуется присутствием общих проявлений обеих заболеваний, усложняя своевременную диагностику туберкулёза, в связи с чем проблема соотношения этих двух заболеваний требует углубленного изучения. Обследовано 300 больных деструктивным туберкулёзом лёгких в возрасте 15-67 лет: у 93 (31,0 %) туберкулёз сочетался с хроническим бронхитом, у 207 (69,0 %) – только туберкулёз лёгких. Для обследования использованы клинические, лабораторные и инструментальные методы. У 31,0 % больных установлен высокий удельный вес хронического бронхита, возникшего до возникновения специфического воспаления. Острое начало с наличием продуктивного кашля отмечено у 26 (27,9 %) больных, повышенная СОЭ - у 49 (52,6 %) и лейкоцитоз - у 29 (32,0 %), значительно чаще это было выражено у больных при микс-патологии. У этих же больных наблюдался более длительный период заживления деструктивного процесса. Антимикобактериальная терапия выявила высокий терапевтический эффект у больных туберкулёзом в сочетании с хроническим бронхитом: прекращение бактериовыделения наблюдалось у 85 (96,6 %), а заживление деструкций – у 76 (81,7 %) больных, что незначительно уступало результатам лечения пациентов, болевших только туберкулёзом лёгких. Установлено наличие двух вариантов эндобронхита: неспецифического диффузного воспаления бронхов, как результат проявления хронического бронхита, и, так называемого, реактивного «параспецифического» эндобронхита, как следствие токсико-аллергического влияния туберкулезного процесса.

Abstract. Clinical and instrumental algorithm of tuberculosis diagnosis against with chronic bronchitis. Il'nyts'kyu I.H., Bilozir L.I., Kostyk O.P., Tymchak E.V., Staricheck H.V., Kashkadamova S.M., Tymchak A.I., Havrylyak-Stadovych Z.V., Fedchyna O.Ya., Zhylovs'ka O.V., Shvayenko N.P., Stadovych O.I. Aim of the study was developing the criteria of clinical-instrumental and laboratory diagnostic algorithm for pulmonary tuberculosis against chronic bronchitis. In modern conditions clinical course of pulmonary tuberculosis is often manifested by the development of specific process on a background of chronic bronchitis, characterized by the presence of common manifestations of both diseases, complicating the timely diagnosis of tuberculosis, and therefore the problem of relation

of these two diseases requires in-depth study. The study involved 300 patients with destructive pulmonary tuberculosis aged 15-67 years: in 93 (31,0 %) tuberculosis was combined with chronic bronchitis, in 207 (69,0%) – only pulmonary tuberculosis. Clinical, laboratory and instrumental methods were used in the survey. In 31,0% of patients a big proportion of chronic bronchitis was established before the specific inflammation. Acute onset with the presence of productive cough was observed in 26 (27,9%) of patients, elevated erythrocyte sedimentation rate - in 49 (52,6%) and leukocytosis - in 29 (32,0%), more often it was expressed in patients with mixed-pathology. These patients experienced a longer period of healing of destructive process. Antimycobacterial therapy revealed high therapeutic effect in patients with tuberculosis combined with chronic bronchitis: the cessation of bacterial excretion was observed in 85 (96,6%) and the healing of destructions - in 76 (81,7%) patients, which is slightly inferior to the results of treatment of patients with history of pulmonary tuberculosis only. The presence of two variants of endobronchitis: nonspecific diffuse inflammation of the bronchi, as a result of symptoms of chronic bronchitis, and so-called reactive "paraspecific" endobronchitis as a result of toxic-allergic effect of tuberculosis was established.

Патоморфоз туберкульозу в останнє десятиріччя проявляється розвитком на фоні неспецифічних захворювань органів дихання, причому наявні спільні прояви обох захворювань, що утруднює своєчасне виявлення специфічного процесу [8, 9, 11, 12]. При наявності бронхіальної обструкції перебіг туберкульозного процесу має свої особливості, а неадекватне лікування в таких випадках зумовлено й супутніми захворюваннями, які перешкоджають створенню адекватних концентрацій хіміопрепаратів як у крові, так і у вогнищах туберкульозного запалення [1, 2]. З іншого боку, сам туберкульоз, у тому числі клінічно вилікуваний, сприяє розвитку хронічної неспецифічної патології легень, що пов'язано з метатуберкульозними залишковими змінами [3, 4, 14]. У зв'язку з цим проблема співвідношення цих двох захворювань вимагає поглибленого вивчення, особливо враховуючи частоту розповсюдженості такого поєднання у вперше діагностованих хворих на туберкульоз.

Тому в роботі лікарів загальної практики – сімейної медицини значну увагу слід звернути на особливості початкових проявів клінічного перебігу, лікувально-діагностичну тактику й ефективність терапії мікс-форм [5, 6, 7, 13].

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Під спостереженням знаходилося 300 хворих на деструктивний туберкульоз легень у віці від 15 до 67 років, які були розподілені на дві групи: першу склали 93 (31,0 %) пацієнти, в яких туберкульоз поєднувався з хронічним бронхітом, до другої групи увійшли 207 (69,0 %) хворих на туберкульоз легень без хронічного бронхіту, яким був застосований клінічний, інструментальний та лабораторний алгоритм обстеження. Зловживання тютюнопалінням, наявність вогнищ хронічного неспецифічного запалення верхніх дихальних шляхів та часті гострі респіраторно-вірусні захворювання, які сприяли розвитку хронічного бронхіту, мали місце у 82 (82,2 %) осіб, у той час як тільки при

туберкульозі - у 109 (52,7 %) хворих, частіше були присутні скарги на задишку – у 29 (31,2 %) і 21 (10,1 %) хворих відповідно.

Вивчення клініко-анамнестичних даних дозволило встановити, що основною причиною хронічного бронхіту у хворих на туберкульоз легень було тютюнопаління, яке сприяло розвитку хронічного бронхіту, що супроводжувався постійним кашлем, пригнічувало імунітет та маскувало перші прояви туберкульозу легень, що приєднується, та пролонгувало терміни діагностики специфічного процесу.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вивчення клінічних даних дозволило встановити, що відсоток виявлення пацієнтів за звертанням у групі хворих на туберкульоз легень у поєднанні з хронічним бронхітом був значно вищий, ніж у групі хворих лише на туберкульоз – відповідно 82,8 % і 79,2 %. Гострий початок туберкульозу у групі хворих з хронічним бронхітом спостерігався частіше (27,9 %), ніж без бронхіту (15,0 %). Форми туберкульозу легень в обох групах практично не відрізнялися, але мікобактерії туберкульозу (МБТ) частіше зустрічалися у хворих туберкульозом з хронічним бронхітом – у 88 (94,5 %), ніж у пацієнтів тільки з туберкульозом – 180 (86,9 %). Майже вдвоє частіше визначалася підвищена ШОЕ (52,6 % і 30,4 %) та лейкоцитоз (32,0 % і 14,0 %). Деструктивний туберкульоз легень, який виник на фоні неспецифічного хронічного бронхіту, перебігав більш гостро, супроводжувався лихоманкою та вираженими ознаками запального процесу, був більш виражений, поширеніший і частіше супроводжувався бактеріовиділенням. Хворим обох груп була призначена традиційна антимікобактеріальна терапія (АМБТ) (ізоніазид, рифампіцин, піразинамід, етамбутол). При наявності неспецифічних запальних змін у бронхах застосовувались антимікробні препарати, інгаляційні бронходилататори (комбівент, беродуал), глюкокортикоїди (будесонід, бекламетазон), муколітичні і симптоматичні засоби.

Бактеріовиділення в результаті лікування припинилось з однаковою частотою в обох групах: у 85 (96,6 %) хворих першої та у 176 (97,7 %) хворих другої груп. Однак темпи припинення бактеріовиділення у хворих першої порівняно з другою групою були значно повільнішими, до кінця другого місяця хіміотерапії мікобактерії перестали виділятися тільки у 39 (44,3 %) пацієнтів першої порівняно з хворими другої групи (122 (67,8 %) особи). Загоєння каверн визначалося майже з однаковою частотою як у хворих на туберкульоз з хронічним бронхітом (76 (81,7 %)), так і без бронхіту (173 (83,5 %) осіб). Але процес загоєння порожнин розпаду при супутньому хронічному бронхіті відбувався значно повільніше: через чотири місяці хіміотерапії спостерігали загоєння каверн у 25 (26,8 %) хворих, а лише при туберкульозі легень – у 111 (53,6 %) хворих.

Інтенсивна терапія з використанням АМБТ, засобів патогенетичного лікування й інгаляційного введення медикаментів виявляла високий терапевтичний ефект у хворих на туберкульоз, поєднаний із хронічним бронхітом: припинення бактеріовиділення спостерігалось у 85 (96,6 %), а загоєння деструкцій – у 76 (81,7 %) хворих. Ці дані незначно поступаються результатам лікування пацієнтів, які мали лише туберкульоз легень – відповідно у 176 (97,7 %) і 173 (83,5 %) випадків. Хоча треба відзначити, що темпи припинення бактеріовиділення і загоєння каверн у групі хворих на туберкульоз з поєднанням з хронічним бронхітом були значно повільніші, ніж у хворих без хронічного бронхіту, що зумовлено не тільки пізнім виявленням туберкульозу, більшою масивністю бактеріовиділення, але й супутнім хронічним неспецифічним запальним процесом у бронхах, який утруднює лікування туберкульозу. Враховуючи вищенаведене, таким хворим слід застосовувати інтенсивні режими хіміотерапії більш тривалими курсами, а також посилити якість диспансерного спостереження за ними.

Для вивчення патологічних змін у бронхах хворих обстежуваних груп, 143 хворим на вперше виявлений деструктивний туберкульоз легень було проведено фібробронхоскопію. Туберкульозне ураження бронхів встановлено в 6 (4,2 %) осіб, а неспецифічні зміни були виявлені в 76 (53,1 %) хворих. Причому тільки в 44 (30,8 %) хворих діагностовано хронічний бронхіт, який супроводжувався кашлем з виділенням мокротиння до виникнення туберкульозу в легенях, що становить 17,0 % від всіх хворих із вперше виявленим деструктивним

туберкульозом і приблизно співпадає з частотою хронічних неспецифічних захворювань легень серед усієї популяції населення. У більшості хворих неспецифічний ендобронхіт, виявлений при фібробронхоскопії, мав безпосередній зв'язок з туберкульозним процесом. Тільки у 21 (14,9 %) хворого в легенях вислуховувалися сухі розсіяні хрипи. У більшості пацієнтів виявлений ендобронхіт перебігав безсимптомно і маскувався проявами туберкульозу легень.

Вивчення ендоскопічних даних встановило, що за характером запалення в бронхах у 94 (65,7 %) хворих переважав катаральний, у 40 (28,0 %) – гнійний і в 9 (6,3 %) – субатрофічний бронхіт. У половини хворих він був двобічним й інтенсивність запалення залежала від поширеності специфічного процесу в легенях: при інфільтративному туберкульозі він зустрічався в 70 (49,0 %), при дисемінованому – в 74 (51,7 %) і при фіброзно-кавернозному – в 110 (76,9 %) випадках.

З метою верифікації генезу ендобронхіту проведено аналіз у двох групах пацієнтів: перша – з ендобронхітом (53 хворих) і друга – без змін у бронхах (47 хворих). Віковий склад і клінічні фактори в цих групах були ідентичні. Встановлено, що курці зустрічалися частіше в першій групі (48,0 %), ніж у другій (10,0 %), дещо частіше спостерігалися незадовільні екологічні умови проживання (17,0 %) і (10,0 %), що могло сприяти ураженню бронхів при розвитку туберкульозу.

ВИСНОВКИ

1. Неспецифічний ендобронхіт у вперше виявлених хворих на туберкульоз легень лише в частини пацієнтів може бути пов'язаний з палінням і негативним впливом екологічно забрудненого середовища, а основною причиною стає токсико-алергічний вплив туберкульозного процесу на слизову трахеобронхіального дерева, що викликає супутній туберкульоз неспецифічний запальний процес, так званий реактивний «паратуберкульозний» ендобронхіт.

2. У частини хворих «паратуберкульозний» ендобронхіт стає підґрунтям для розвитку в подальшому істинного хронічного бронхіту, який виникає не тільки при прогресуванні туберкульозу, але й у клінічно вилікуваних пацієнтів при наявності залишкових змін у легенях.

3. Реактивний «параспецифічний» ендобронхіт у хворих на деструктивний туберкульоз легень зумовлений туберкульозною інтоксикацією, подразнюючим і алергічним впливом мокротиння, що виділяється з порожнини розпаду. Такий варіант ендобронхіту звичайно

виліковується при ефективній специфічній хіміотерапії і загостренні туберкульозного процесу в легенях.

4. Лікарям загальної практики – сімейної медицини треба пам'ятати, що неспецифічний

хронічний бронхіт, як самостійна нозологічна форма, у хворих на деструктивний туберкульоз легень вимагає тривалого, іноді пожиттєвого диспансерного спостереження, в тому числі і після вилікування специфічного процесу.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Зайков С. В. Частота, клінічні особливості та ефективність лікування бронхообструктивного синдрому у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень / С. В. Зайков, А. Б. Дудник // Укр. пульмонолог. журнал. – 2009. – № 2. – С. 37-40.

2. Ільницький І.Г., Синдром бронхіальної обструкції у практиці педіатра, фізіотерапевта і сімейного лікаря / І. Г. Ільницький, О. П. Костик, І. Л. Ільницька. – Київ, Львів: Атлас, 2009. – 304 с.

3. Коморбидність при хронічній обструктивній хворобі легень / Н. А. Кароли, Е.Е. Орлова, А.В. Маркова, А. П. Ребров // Терапевт. архив. – 2008. – № 3. – С. 20-23.

4. Мельник В.М. Патоморфоз туберкульозу легень за клінічним перебігом, рентгенологічними та бактеріологічними змінами в умовах епідемії / В.М. Мельник, І.О. Новожилова, В.Г. Матусевич // Укр. пульмонолог. журнал. – 2007. – № 2. – С. 49-53.

5. Норецько С.Б. Лікування туберкульозу легень, ускладненого бронхообструктивним синдромом / С.Б. Норецько // Укр. пульмонолог. журнал. – 2008. – № 3. – С. 171-172.

6. Особливості бронхіальної патології у хворих на туберкульоз легень з порушеннями функції зовнішнього дихання в залежності від типу специфічного процесу / О.М. Разнатовська, Н.С. Пухальська, О.А. Растворов [та ін.] // Запоріж. мед. журнал. – 2008. – № 1. – С. 30-31.

7. Островський М.М. Вплив базового лікування хронічного обструктивного захворювання легень на процеси морфологічної перебудови та місцевих бар'єрних факторів захисту слизових оболонок

бронхів / М.М. Островський, М.О. Кулинич-Міськів // Укр. пульмонолог. журнал. – 2009. – № 3. – С. 49-54.

8. Распространенность хронических неспецифических заболеваний легких (ХНЗЛ) у больных туберкулезом легких и возможности диагностики ХНЗЛ у больных туберкулезом легких в регионах / М.А. Якимова [та ін.] // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2011. – № 5. – С. 250-251.

9. Фещенко Ю.І. Актуальні проблеми діагностики і терапії ХОЗЛ із супутньою патологією / Ю.І. Фещенко // Укр.пульмон.журнал.– 2009. – № 2. – 6 с.

10. Differential monocyte activation underlies strain-specific Mycobacterium tuberculosis pathogenesis / C. Manca, M.B. Reed, S. Freeman [et al.] // Infect. Immun. – 2004. – Vol. 72. – P. 5511-5514.

11. Duarte F.C. Factors associated with deaths among pulmonary tuberculosis patients: A case-control study with secondary data / F.C. Duarte, A.L. Bierrenbach, J.B. da Silva // J. of Epidemiology and Community Health. – 2009. – Vol. 63. – P. 233-238.

12. Symptom-based questionnaire for identifying COPD in smokers / D.B. Price, D.G. Tinkelman, R.J. Halbert [et al.] // Respiration. – 2006. – Vol. 73. – P. 277-278.

13. The prevalence of COPD: using smoking rates to estimate disease frequency in the general population / P. Stang, E. Lydick, C. Silberman [et al.] // Chest. – 2000. – Vol. 117. – P. 54-59.

14. The prevalence of COPD: using smoking rates to estimate disease frequency in the general population / P. Stang, E. Lydick, Silberman [et al.] // Chest. – 2000. – Vol. 117. – P. 354-359.

REFERENCES

1. Zaikov SV, Dudnik AB. [Incidence, clinical features and treatment efficacy bronchial obstruction syndrome in patients with newly diagnosed pulmonary tuberculosis]. Ukr. pulmon. magazine. 2009;2:37-40. Ukrainian.

2. Ilnytsky IG, Kostyk OP, Ilnytska LI, et. al. [Bronchial obstruction syndrome in pediatric practice, TB and family doctor]. Kyiv - Lviv, Atlas, 2009;304. Ukrainian.

3. Carola NA, Orlova EE, Markov AV, Rebrov AP. [Comorbidity in chronic obstructive pulmonary disease]. Ter. arhiv. 2008;3:20-23. Russian.

4. Melnyk VM, Novozhilova IA, Matusevych VG. [Tuberculosis pathomorphosis the clinical course, radiological and bacteriological changes in epidemic

conditions]. Ukr. pulmon. magazine. 2007;2:49-53. Ukrainian.

5. Noretsky SB. [Treatment of pulmonary tuberculosis complicated bronchoobstructive syndrome]. Ukr. pulmon. magazine. 2008;3:171-172. Ukrainian.

6. Raznatovska OM, Pukhalsky NS, Rastvorov OA, et al. [Features of bronchial disease in patients with pulmonary tuberculosis with impaired respiratory function, depending on the type of specific process]. Zaporiz. med. zhurnal. 2008;1:30-31. Ukrainian.

7. Ostrovsky M, Kulynych-Miskiv M. [Effect of basic treatment of chronic obstructive pulmonary disease processes and morphological reorganization of local barrier protection factors of the mucous membranes of the bronchi]. Ukr. pulmon. zhurnal. 2009;3:49-54. Ukrainian.

8. Yakimov MA, et al. [The prevalence of Chronic nonspecific lehkyyh diseases (COPD) in the lungs of patients tuberculosis and abilities of patients with COPD dyahnostyky lung tuberculosis in the regions]. Problemy tuberkuleza i bolezney legkikh. 2011;5:250-251. Russian.

9. Feschenko YI. [Actual problems of diagnosis and treatment of COPD and concomitant pathology]. Ukr. pulmon. zhurnal. 2009;2:6. Ukrainian.

10. Manca C, Reed MB, Freeman S, et al. Differential monocyte activation underlies strain-specific Mycobacterium tuberculosis pathogenesis. Infect. Immun. 2004;72:5511-4.

11. Duarte FC, Bierrenbach AL, da Silva JB. Factors associated with deaths among pulmonary tuberculosis

patients: A case-control study with secondary data. J. of Epidemiology and Community Health. 2009;63:233-8.

12. Price DB, Tinkelman DG, Halbert RJ, et al. Symptom-based questionnaire for identifying COPD in smokers. Respiration. 2006;73:277-8.

13. Stang P, Lydick E, Silberman C, et al. The prevalence of COPD: using smoking rates to estimate disease frequency in the general population. Chest. 2000;117:54-59.

14. Stang P, Lydick E, Silberman, et al. The prevalence of COPD: using smoking rates to estimate disease frequency in the general population. Chest. 2000;117:354-9.



УДК 616-053.66:664.236

**Н.М. Казицька¹,
Т.І. Степаненко¹,
О.Н. Харитоновна²,
І.М. Перехрест²**

НЕПЕРЕНОСИМІСТЬ ГЛЮТЕНУ БЕЗ ЦЕЛІАКІЇ – РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ДІЄТОТЕРАПІЇ В ДІТЕЙ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»¹

вул. Дзержинського, 9, Дніпро, 49044, Україна

*КЗ «Дніпропетровський спеціалізований клінічний медичний центр
матері та дитини ім. проф. М.Ф. Руднева» ДОР»²*

пр. Пушкіна, 26, Дніпро, 49000, Україна

SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»¹

Dzerzhinsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine

e-mail: dsma@dsma.dp.ua

ME «Dnipropetrovsk specialized clinical medical center of mother and child name of prof. M.F. Rudnev DOR»²

Pushkin aven., 26, Dnipro, 49000, Ukraine

e-mail: neonat@ukr.net

Ключові слова: *непереносимість глютену, діти, безглютенна дієта*

Key words: *gluten intolerance, children gluten-free diet*

Реферат. *Непереносимость глютена без целиакии – рекомендации к диетотерапии у детей. Казыцкая Н.Н., Степаненко Т.И., Харитоновна О.Н., Перехрест И.М. В статье описаны возможности диетарного лечения непереносимости глютена без целиакии, приведены глютенсодержащие продукты и продукты, которые содержат скрытый глютен, предложена этапная реабилитация и вариант безглютенной диеты для детей раннего возраста.*

Abstract. *Gluten intolerance without celiac disease - recommendations for dietotherapy in children. Kazyska N.M., Stepanenko T.I., Kharitonova O.N., Perekhrest I.M. The article describes the possibilities of dietary treatment of gluten intolerance without celiac disease. Gluten-containing foods and products containing hidden gluten are presented, stage rehabilitation and a variant of a gluten-free diet for young children are offered.*