

**КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ТА ЕНДОСКОПІЧНА ВЕРИФІКАЦІЯ
ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИХ ХВОРИХ НА ТЛІ
ХРОНІЧНОГО БРОНХІТУ**

Костик О. П., Ільницький І. Г., Яремик Н. С., Матлашевський С. Л.,
Витриховський О. Я., Мокрецов М. М., Коваль А. Й., Ольшанецька В. І.
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
КЗ ЛОР «Львівська обласна лікарня позалегенового туберкульозу»
КЗ ЛОР «Львівська обласна клінічна лікарня»

В сучасних умовах патоморфозу клінічного перебігу туберкульозу, він нерідко розвивається на фоні хронічного бронхіту, при цьому у хворих наявні спільні прояви обох захворювань, що утруднює своєчасне виявлення специфічного процесу, тому вимагає вивчення частота розповсюдженості такого поєднання у вперше діагностованих хворих на туберкульоз та у хворих із залишковими змінами, особливості початкових проявів клінічного перебігу лікувально-діагностичної тактики і ефективності терапії мікст-форм з врахуванням функціональних та імунологічних змін у даної категорії хворих.

Метою дослідження було вивчення особливостей клінічного перебігу неспецифічних запальних процесів при деструктивному туберкульозі легень.

Матеріал і методи досліджень. Клінічні обстеження проведено у 300 хворих на деструктивний туберкульоз легень, серед яких у 93 (31,0 %) туберкульоз поєднувався з хронічним бронхітом. 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 %), у той час як тільки при туберкульозі – у 109 (52,7 %), частіше були присутні скарги на задишку – у 29 (31,2 %) і 21 (10,1 %) осіб відповідно.

Результати та їх обговорення. У хворих на туберкульоз легень в поєднанні з хронічним бронхітом, у відсотковому відношенні, пацієнтів за звертанням було виявлено значно більше, ніж у групі хворих лише туберкульозом – відповідно 82,9 % і 79,2 %. Гострий початок туберкульозу у хворих з хронічним бронхітом спостерігався частіше (27,9 %), ніж без нього (15,0 %), майже вдвоє частіше визначалася підвищена ШОЕ (52,6 % і 30,4 %) та лейкоцитоз (32,0 % і 14,0 %). Якщо деструктивний туберкульоз легень виникає на фоні неспецифічного хронічного бронхіту, то він набуває більш гострого перебігу, супроводжувався лихоманкою та вираженими ознаками запального процесу. В обох групах клінічні форми туберкульозу легень 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 %). У хворих на хронічний бронхіт туберкульозний процес був більш виражений, поширеніший і частіше супроводжувався бактеріовиділенням.

У 143 вперше виявлених хворих з деструктивним туберкульозом легень досліджували зміни в бронхах методом фібробронхоскопії: туберкульозне ураження бронхів встановлено у 6 (4,2 %), неспецифічні зміни - у 76 (53,1 %) хворих. Причому тільки у 44 (30,8 %) діагностовано хронічний бронхіт, який супроводжувався кашлем з виділенням мокротиння до виникнення туберкульозу в легенях, що складає 17,0 % від всіх хворих 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. Виявлений ендобронхіт перебігав безсимптомно і маскувався проявами туберкульозу легень у більшості пацієнтів. Характер запалення в бронхах у 94 (65,7 %) хворих переважав катаральний, у 40 (28,0 %) – гнійний і у 9 (6,3 %) - субатрофічний бронхіт. У половини хворих він був двобічним і 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 встановлення генезу ендобронхіту проведено аналіз в 2-х групах пацієнтів: перша – з ендобронхітом (53 хворих) і друга – без змін в бронхах (47 хворих). Віковий склад і клінічні фактори в цих групах були ідентичні. Курці зустрічалися частіше в першій групі (48,0 %), ніж у другій (10,0 %), дещо частіше спостерігалися незадовільні екологічні умови перебування – (17,0 %) і (10,0 %), що могло сприяти ураженню бронхів при розвитку туберкульозу. У вперше діагностованих хворих на туберкульоз неспецифічний ендобронхіт лише у частини пацієнтів може бути пов'язаний з палінням і негативним впливом екологічно забрудненого середовища, а основною причиною треба вважати токсикоз-алергічний вплив туберкульозного процесу на слизову трахеобронхіального дерева, викликаючи супутній туберкульоз неспецифічний запальний процес, так званий реактивний «паратуберкульозний» ендобронхіт.

Висновки. При деструктивному туберкульозі легень у хворих зустрічалися два варіанти ендобронхітів: існуючий до виникнення туберкульозного запалення неспецифічний хронічний бронхіт як самостійна нозологічна форма, яка вимагає тривалого, іноді позитивного диспансерного спостереження, в тому числі і після вилікування специфічного процесу, і, так званий, реактивний «параспецифічний» ендобронхіт, зумовлений туберкульозною інтоксикацією, подразнюючим і алергічним впливом мокротиння, що виділяється з порожнини розпаду. При ефективній специфічній хіміотерапії і загоєнні туберкульозного процесу такий варіант ендобронхіту звичайно виліковується.