



І.Д. Дужий, Н.М. Кириченко, В.В. Глиненко
Сумський державний університет

Порівняння особливостей діагностики сімейного туберкульозу

Мета роботи — порівняти особливості діагностики хворих на сімейний туберкульоз в умовах реорганізації протитуберкульозної служби.

Матеріали та методи. Вивчено результати діагностики і ведення 406 хворих із осередку сімейного туберкульозу, в якому 207 хворих виявилися джерелом туберкульозу (група порівняння), а 199 — контактерами, які заразилися від осіб групи порівняння. Перші обстежувалися в сімейних лікарів, а контактери — у фтизіатрів.

Результати та обговорення. Хворі групи порівняння були носіями легеневого туберкульозу (201 (97,1 %) та позалегенового туберкульозу (6 (2,9 %)). Супутні захворювання виявлено в 114 (55,1 %) осіб. При зверненні до сімейних лікарів протягом перших 5 днів обстеження діагноз не був установлений у групі порівняння, при зверненні у терміни до 20 днів — верифікований у 164 (79,2 %) хворих. У основній групі легеневі форми захворювання мали місце у 173 (86,9 %) хворих, позалегенові форми — у 26 (13,1 %). У терміни до 5 днів діагноз встановлено в 94 (47,2 %) осіб, у терміни до 10 днів — у 77 (37,7 %). Загалом за перших 10 днів в основній групі легеневий діагноз верифіковано у 173 (86,3 %) хворих, у групі порівняння — у 18 (8,7 %), що менше, ніж в основній групі, у 9,9 разу ($p < 0,001$).

Висновки. Оскільки 114 хворих групи порівняння мали супутні захворювання протягом багатьох років, при маніфестації туберкульозу у них лікували «відомі» хворому та лікарю захворювання, що затримувало діагностику легеневого туберкульозу більше ніж на 20 днів. Пацієнти основної групи зверталися до лікаря з повідомленням про контакт із хворими на туберкульоз і тому отримували консультацію фтизіатра, як наслідок, верифікація легеневого туберкульозу відбувалася швидше у 9,9 разу. Обстеження хворих з підозрою на туберкульоз слід проводити відразу фтизіатрами.

Ключові слова

Сімейний туберкульоз, тривалість верифікації легеневого туберкульозу, позалегеновий туберкульоз.

Туберкульозна інфекція існує з давніх часів і належить до найнебезпечніших захворювань. Від туберкульозу нині помирає більше хворих, ніж від усіх інфекційних захворювань разом. Завдання ВООЗ щодо зменшення захворюваності на туберкульоз не виконано. Рівень резистентності мікобактерій до протитуберкульозних препаратів збільшується. Особливо непокоїть дитяча смертність і хворобливість. Щорічно на туберкульоз захворює 1,1 млн дітей віком до 15 років, із них понад 225 тис. помирає [2]. Звідки беруться діти, хворі на різні форми

туберкульозу? На нашу думку, головним ризиком їхнього розвитку залишається сімейний туберкульоз [5]. Кількість останнього не зменшується. Головною причиною цього є поширені форми легеневого туберкульозу та схильність до збільшення кількості хворих з резистентією мікобактерій туберкульозу до антибактеріальних препаратів, що спостерігається у 30–35 % вперше виявлених хворих. Окрім цього, розвиток вторинної резистентності через 5–6 міс лікування відбувається із частотою 45–65 % [4]. За цим показником Україна посідає перше місце

в Європі та належить до групи із 5 країн [4]. Проте ефективність лікування таких хворих у нашій країні не перевищує 40–45 % [3].

Несприятлива ситуація зберігається через міграційні процеси та внутрішні переміщення, які набули в останніх 20 років некерованого характеру, і тенденцію до збільшення кількості хворих, що залишаються на паліативному лікуванні за рекомендацією ВООЗ. Схвалене МОЗ України амбулаторне лікування небацилярних хворих, заощаджуючи «копійки», спричиняє значно більші втрати [2]. Відомі випадки, коли «небацилярні» хворі були джерелом сімейного туберкульозу [5]. ВООЗ недаремно оголосила у квітні 1993 р. туберкульоз глобальною небезпекою, а нині, на тлі недосяжності завдань, поставлених ВООЗ, зазначене вище обґрунтовує актуальність проблеми туберкульозу у світовому масштабі та зокрема в Україні. Останнє особливо стосується сімейного туберкульозу, що додатково підтверджується щоденною смертністю в світі до 700 дітей [6]. У нашій країні щорічно виявляють близько 27 тис. нових випадків туберкульозу, помирає близько 3700 хворих, а щодня — 10 осіб [1].

Мета роботи — порівняти особливості діагностики хворих на сімейний туберкульоз в умовах реорганізації протитуберкульозної служби.

Матеріали та методи

Вивчено діагностику та її вплив на різні форми туберкульозу в 406 хворих із сімейним типом захворювання. У діагностичний процес у хворих групи порівняння, яку умовно назвали «джерелом туберкульозної інфекції», були залучені сімейні лікарі, дільничні лікарі, терапевти (до 2019 р.), пульмонологи, кардіологи, оториноларингологи, ортопеди, хірурги (загальні й торакальні). Це пояснюється тим, що під час «реорганізації» служби охорони здоров'я України МОЗ та Національна служба здоров'я України таких фахівців, як фтизіатр, педіатр-фтизіатр, ортопед-фтизіатр, не кваліфікують. Оскільки туберкульоз — це мультисимптомне захворювання, він, як і більшість системних патологічних процесів, залучає в процес різні органи та системи, тому багато симптомів маніфестують і приєднуються. З огляду на це діагностично-диференційний процес може тривати доти, доки «знайдеться» лікар, який розуміється на захворюваннях фтизіатричного профілю.

Для діагностики було використано всі загальноклінічні методи, променеві (комп'ютерна томографія та ультразвукове дослідження), мікробіологічні й генетичні. Хоча існують протоколи, впроваджені МОЗ, провідні методи у хворих-джерел інфекції застосовували в останню чергу.

Результати та обговорення

Обстежених хворих розподілили на дві групи: групу порівняння — джерела туберкульозної інфекції та основну групу — контактери туберкульозної інфекції. До групи порівняння залучено 207 осіб, у яких діагноз туберкульозу (легеневого і позалегеневого) установлений першим. Отже, хворі цієї групи могли бути і були для інших членів сім'ї джерелом туберкульозу, який розвивався у частини контактерів залежно від існуючих ризиків розвитку туберкульозу в певному осередку і, відповідно, від наявності такого ризику в «сімейних» контактерів. Останніми були інші члени сім'ї (дорослі та діти). Вік хворих — від 8 до 70 років.

У групі порівняння хворі зверталися самостійно до лікаря з приводу різних скарг, що маніфестують, 164 (79,2 %) особи, пасивно — 35 (16,9 %) хворих, в основній групі — відповідно 170 (85,4 %) та 29 (14,6 %) осіб ($p > 0,05$). Оскільки статистично значущої різниці за кількістю хворих у групах не було, групи можна вважати репрезентативними. Не мали супутніх захворювань в основній групі 124 (62,3 %) особи, у групі порівняння — 93 (46,7 %) ($p > 0,05$). Дані щодо супутніх захворювань наведено у таблиці.

З огляду на наявність в анамнезі супутньої хвороби хворі групи порівняння протягом 5 діб маніфестації захворювання до лікарів не зверталися, тоді як пацієнти основної групи протягом 5 діб обстежувалися у лікарів як особи, що мали контакт із хворими на туберкульоз. У цей термін у хворих основної групи діагноз легеневого туберкульозу встановлено у 78 (39,2 %) випадках при самостійному зверненні до лікаря, у 16 (8,0 %) — при направленні сімейного лікаря. Загалом у цей термін діагноз «туберкульоз» верифіковано у 94 (45,4 %) осіб. Позалегеновий туберкульоз (менінгоенцефаліт) у групі порівняння верифіковано у 2 (1,0 %) осіб дитячого віку (1,0 і 1,5 року). Загалом у цій групі позалегеновий туберкульоз мав місце в 6 (2,9 %) осіб.

У термін до 10 днів в основній групі туберкульоз легень верифіковано у 67 (33,7 %) осіб, які звернулися самостійно, та у 10 (5,0 %) — при направленні сімейного лікаря. Загалом у цей термін діагноз установлено в 171 (85,9 %) пацієнтів.

У групі порівняння у більшості хворих (128 (64,3 %)) туберкульоз легень діагностовано у термін до 20 днів, тоді як в основній групі у цей термін — лише у 2 (1,0 %) осіб. У групі порівняння у термін до 30 днів діагноз «туберкульоз» верифіковано у 25 (12,6 %) пацієнтів, у термін до ≥ 40 днів — у 13 (6,5 %).

Позалегеновий туберкульоз у групі порівняння діагностували у терміни від 5 до ≥ 40 днів, в основній групі — у терміни 5–30 днів.

Таблиця. Частота супутніх захворювань у групах

Супутні захворювання	Група хворих			
	Основна		Порівняння	
	Абс.	%	Абс.	%
Без супутніх захворювань	124	59,9	93	46,7
Хронічний бронхіт	75	36,2	107	53,8
Захворювання серцево-судинної системи	33	15,9	51	26,6
Хронічний гепатит	11	5,3	23	11,6
Захворювання шлунково-кишкового тракту	9	4,3	37	18,6
Цукровий діабет	12	5,8	19	9,5
Захворювання сечостатевої системи	11	5,5	14	6,8
Захворювання кісткової системи та хребта	17	8,2	32	16,1

Частота виявлення позалегенового туберкульозу в групі порівняння була меншою, ніж в основній групі, у 4,4 разу (у 6 (3,0 %) та 26 (13,1 %) хворих, $p < 0,001$).

Чи потрібні докази переваги діагностики легеневого туберкульозу фахівцями порівняно з аматорами? Безумовно, можна було б порівняти вартість діагностичного процесу в обох групах. Перевагами зрілого суспільства, до якого ми прагнемо, є свобода, духовність і моральність. На жаль, а можливо, на щастя, ці категорії не мають грошового еквіваленту. Ті, хто сьогодні має змогу лікуватися за межами України, цього не зрозуміють. Але чи знають вони, що за кордоном чверть лікарів — це випускники українських вищих медичних навчальних закладів (співвітчизники), а завтра їх буде вже половина. Тому важливе значення має організація роботи, яка, окрім усього іншого, передбачає матеріальне забезпечення лікарень і, як не дивно, лікарів. А «реорганізація» охорони здоров'я саме передбачає «окрім усього іншого».

Нашою метою було не визначення слабких місць у реорганізації, а зменшення туберкульозного навантаження на суспільство. Зазначимо, що тривалість кожного верифікованого захворювання в основній групі (контактери, які дообстежувалися у фтизіатричних закладах, яких нині майже у 5 разів менше, ніж до реорганізації фтизіатричної служби) була коротшою у 4–5 разів ($p < 0,05$). Провідна теза — «з метою впливу на епідеміологію захворювання». Ми звернули увагу на таке: наявність джерела туберкульозу, а ним буває переважно хворий на легеневий туберкульоз, який не обов'язково на момент обстеження виділяв мікобактерії туберкульозу, що нині залишається критерієм його госпіталізації. Хворий «може їх виділити» будь-коли під час лікування. Апологети «мікроскопічного» діагностування легеневого туберкульозу

вважають, що скорочення терміну лікування є виправданим. Однак під час лікування зменшується набряк бронхів, що дренують, зникають елементи бронхоспазму, звільняються від стенозуювальних елементів (гній, казеоз, некротичні маси) бронхи, деструктивні порожнини, що полегшує дренажальну здатність бронхів. Це може відбутися у будь-який період процесу лікування, навіть через 5–6 міс. Як стверджує Ю.І. Фещенко, деструктивний хворий за рік інфікує 25–28 осіб. А виділяти мікобактерії можуть і «небацилярні» хворі з огляду на наведене вище. У групі порівняння кількість бактеріовиділювачів становила 115 (57,8 %), з них 49 (42,6 %) мали мультирезистентність. Оскільки ефективність лікування таких хворих в Україні — 40–45 % [4], половина хворих (24–25 осіб) приречена на паліативне лікування. Можливо, «вони самі цього хотіли», а за що мусять страждати сімейні та вуличні контактери? Хіба таким чином можна зменшити тягар туберкульозного навантаження?

В основній групі бацилярних осіб було 99 (39,4 %), з них 39 (39,4 %) із мультирезистентністю. Ефективним лікуванням буде у 19–20 хворих. Йдеться лише про один регіон і лише за один рік, але якщо підрахувати по країні загалом, це великі витрати на лікування. Слід урахувати також, що на лікування 1 хворого із мультирезистентним туберкульозом потрібні кошти, більші на порядок-два, та ще й ефект лише половинчастий.

Чи потрібні додаткові аргументи для повнішого висвітлення проблеми? На нашу думку, так. Сподіваємося зробити це у наступній публікації.

Висновки

1. Сімейний туберкульоз є особливою групою захворювання, яка охоплює всі ланки інфекційного процесу: джерело — шляхи передачі інфекції — контактер.

2. Джерело туберкульозної інфекції у 57,8 % випадків представлено хворими з різними формами резистентності, з них 42,6 % є мультирезистентними. Серед контактерів 39,4 % хворих з резистентними типами мікобактерій туберкульозу, що на 8 % менше, ніж у групі порівняння.

3. У групі порівняння діагноз верифіковано у більшості випадків (73,3 %) у терміни до ≥ 20 днів, в основній групі — у терміни до 10 днів (84,6 %).

4. У групі джерел туберкульозної інфекції позалегеновий туберкульоз діагностовано в 3,0 % осіб, в основній групі — у 13,1 %.

5. Отримані результати свідчать за переваги у ліквідації туберкульозного тягаря спеціалізованої фтизіатричної служби.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні та порівнянні ефективності лікування джерел туберкульозу і контактерів у близький та віддалений період (до 2 років).

Джерело фінансування: роботу виконано за кошти державного бюджету.

Конфлікту інтересів немає.

Участь авторів: концепція і дизайн дослідження — І.Д. Дужий; збір та обробка матеріалу — В.В. Глиненко; статистичне опрацювання даних та написання тексту — Н.М. Кириченко, В.В. Глиненко; редагування тексту — І.Д. Дужий.

Список літератури

1. Білогорцева ОІ. Імунопрофілактика туберкульозу у дітей: проблеми і перспективи. Український пульмонологічний журнал. 2008;(3)дод:29-30.
2. Веселовський ЛВ. Смертність хворих на туберкульоз легень, її структура, причини та організаційні заходи щодо зниження: автореф. дис. ...канд. мед. наук. К.: Нац. ін-т фтизіатрії і пульмонології імені ФГ Яновського НАМН України; 2018. 18 с.
3. Наказ МОЗ України від 06.10.2021 № 2161 «Про внесення змін до стандартів охорони здоров'я при туберкульозі».
4. Феценко ЮІ, Мельник ВМ, Опанасенко МС. Неefективне лікування хворих на туберкульоз легень і його попередження. К.: Ліра-К; 2019. 246 с.
5. Duzhyi ID, Oleshchenko HP, Bondarenko LA, Kobyletky SM. Familial tuberculosis and its prevention in terms of health care restructuring. Acta Balneologica. 2022;LXIV(2):166-70. doi: 10.36740/ABAL202202112.
6. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis report 2020. Geneva: WHO; 2020. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336069/9789240013131-eng.pdf>.

I.D. Duzhyi, N.M. Kyrychenko, V.V. Hlynenko
Sumy State University, Sumy, Ukraine

Comparative Analysis of Diagnostic Features in Family Tuberculosis

Objective — to compare the diagnostic features of individuals with family tuberculosis within the context of reorganizing the tuberculosis control service.

Materials and methods. The study involved the analysis of diagnostic results and management of 406 patients within a cluster of family tuberculosis. Among them, 207 patients were identified as the source of tuberculosis (comparison group), and 199 were contacts who contracted the disease from individuals in the comparison group. Patients in the comparison group were examined by family doctors, while contacts were evaluated by phthisiologists.

Results and discussion. Patients in the comparison group served as carriers of pulmonary tuberculosis in 201 (97.1 %) cases and extrapulmonary tuberculosis in 6 (2.9 %) cases. Concurrent illnesses were detected in 114 (55.1 %) individuals. Upon consulting family doctors within the first 5 days of examination, the diagnosis was not established in the comparison group. However, within 20 days, it was verified in 164 (79.2 %) patients. In the main group, pulmonary forms of the disease were observed in 173 (86.9 %) patients, while extrapulmonary forms were present in 26 (13.1 %). Diagnosis was established within 5 days in 94 (47.2 %) individuals and within 10 days in 77 (37.7 %). Overall, within the first 10 days, pulmonary diagnosis was verified in 173 (86.3 %) patients in the main group, as opposed to 18 (8.7 %) in the comparison group, representing a 9.9-fold difference ($p < 0.001$).

Conclusions. Given that 114 patients in the comparison group had concurrent illnesses over many years, their tuberculosis manifestation was treated as «known» to the patient and the attending physician, leading to a delay in diagnosing pulmonary tuberculosis by more than 20 days. Patients in the main group sought medical attention by reporting contact with tuberculosis patients, resulting in consultations with phthisiologists and, consequently, a 9.9-fold faster verification of pulmonary tuberculosis. Screening of individuals suspected of tuberculosis should be promptly conducted by phthisiologists.

Keywords: family tuberculosis, duration of pulmonary tuberculosis verification, extrapulmonary tuberculosis.

Контактна інформація:

Дужий Ігор Дмитрович, д. мед. н., проф., акад. АНВШ України, зав. кафедри хірургії, травматології, ортопедії та фізіотрії
<https://orcid.org/0000-0002-4995-0096>
40022, м. Суми, вул. Троїцька, 48
E-mail: gensurgery@med.sumdu.edu.ua

Стаття надійшла до редакції/Received 31.08.2022.

Стаття рекомендована до опублікування/Accepted 17.10.2023.

ДЛЯ ЦИТУВАННЯ

- Дужий ІД, Кіриченко НМ, Глиненко ВВ. Порівняння особливостей діагностики сімейного туберкульозу. Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. 2023;4:49-53. doi: 10.30978/TB-2023-4-49.
- Duzhyi ID, Kyrychenko NM, Hlynenko VV. [Comparative Analysis of Diagnostic Features in Family Tuberculosis]. Tuberculosis, Lung Diseases, HIV Infection (Ukraine). 2023;4:49-53.<http://doi.org/10.30978/TB-2023-4-49>. Ukrainian.