Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

**Державна Установа**

**“Національний Інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського**

**Академії медичних наук України”**

**Кутишенко максим сергійович**

УДК 616.24.-002.5.-07-085.001.5

**Особливості перебігу, виявлення та діагностики туберкульозу легень залежно від етіологічного підтвердження діагнозу**

14.01.26 — фтизіатрія

**Автореферат**

 дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

Київ – 2008

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в ДУ “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського Академії медичних наук України”

|  |
| --- |
| **Науковий керівник**доктор медичних наук, старший науковий співробітник**Черенько Світлана Олександрівна,** ДУ “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського Академії медичних наук України”,завідувачка відділення фтизіатрії  |
| **Офіційні опоненти:**доктор медичних наук, професор **Мельник Василь Павлович**Медичний інститут Української асоціації народної медицини, завідувач кафедри інфекційних захворювань, фтизіатрії і пульмонологіїдоктор медичних наук, професор**Ільницький Іван Григорович**Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького МОЗ України, завідувач кафедри фтизіатрії і пульмонології |
|  |

Захист дисертації відбудеться “27” жовтня 2008 р. 13.00 год.

на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.552.01 при ДУ “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського Академії медичних наук України” (03680, м. Київ, вул. М. Амосова, 10)

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці ДУ “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського Академії медичних наук України” (м. Київ, вул. М. Амосова, 10)

Автореферат розісланий „ 25 ” вересня 2008 р.

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради Бегоулева Ж.Б.

**Загальна характеристика роботи**

**Актуальність теми.** Згідно з міжнародними стандартами туберкульоз (ТБ) виявляють методом мікроскопії мазка мокротиння при зверненні пацієнтів з симптомами захворювання за медичною допомогою [Global Stop TB strategy, 2006]. Тому актуальним на даний час є вивчення превалюючих скарг під час захворювання на ТБ та встановлення симптомів, які вимушують пацієнтів звертатися за медичною допомогою, дослідження структури ТБ та результатів лікування залежно від маніфестації та шляхів виявлення захворювання для планування заходів щодо діагностики ТБ. На даний час відбуваються зміни патоморфозу перебігу ТБ, серед загальної структури нових випадків ТБ збільшилась кількість інфільтративних та дисемінованих форм із деструктивними змінами [Мельник В.М. та співавт., 2007; Фещенко Ю.І. та співавт., 2005]. У зв’язку з тим, що структура ТБ змінилась у бік тяжких форм, в умовах епідемії ймовірна зміна характеру маніфестації симптомокомплексів захворювання, що може бути причиною його несвоєчасної діагностики. На сьогодні ще остаточно не визначена тривалість симптомів ТБ – 2, 3 тижні або більше 3-х тижнів для верифікації діагнозу методом мікроскопії мазка мокротиння та перелік найважливіших симптомів [R.G. English et all., 2007]. В деяких рекомендаціях такими симптомами називають кашель, втрату маси тіла, потіння вночі, підвищення температури тіла, в інших – тільки кашель понад 3 тижні [Ю.І, Фещенко та співавт., 2005; Harries A., 2004]. Крім того, існує декілька факторів, спроможних змінювати маніфестацію захворювання, і тим самим знижувати ефективність пасивного методу виявлення ТБ: вік, цукровий діабет, ВІЛ-інфекція, виснаження [S. Golubovic et all., 2006]. Застосування рентгенівських методів перед мікроскопією мазка, як це прийнято в Україні, та з профілактичною метою критикується експертами ВООЗ як нерентабельний і малоефективний захід [Harries A., 2004]. Наукові дослідження, які б оцінювали ефективність рентгенологічних методів діагностики ТБ в Україні, результативність мікроскопічного дослідження на кислото-стійки бактерії (КСБ) при обстеженні пацієнтів із ТБ легень, які кашляли 2, 3 та більше 3 тижнів до моменту звернення до лікаря, та порівняння бактеріоскопічних з рентгенологічним даними відсутні.

**Зв’язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертація є фрагментом науково-дослідної роботи, яка виконується в ДУ “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського Академії медичних наук України” (№ державної реєстрації 0101U000387).

**Мета дослідження** — підвищення ефективності діагностики та лікування туберкульозу легень шляхом визначення клінічно значимих симптомів, особливостей перебігу і виявлення захворювання та причин затримки встановлення діагнозу.

**Задачі дослідження:** 1. Дослідити структуру туберкульозу легень, встановити характер рентгенологічних змін в легенях та бактеріовиділення залежно від симптомів маніфестації та шляхів виявлення захворювання.

2. Встановити фактори, що змінюють симптоми та впливають на перебіг туберкульозу легень у хворих із новими випадками захворювання.

3. Вивчити клінічні прояви туберкульозу легень у пацієнтів із позитивним мазком мокротиння та встановити симптоми, які змушують пацієнтів звертатися за медичною допомогою.

4. Порівняти вираженість симптомів туберкульозу та поширеність ураження легень за даними рентгенологічного дослідження на момент виявлення захворювання у пацієнтів з позитивним мазком мокротиння.

5. Вивчити симптоми туберкульозу легень та характер рентгенологічних змін у легенях у пацієнтів з негативним мазком мокротиння та порівняти їх вираженість у пацієнтів з позитивним мазком мокротиння.

6. Вивчити результативність мікроскопічного дослідження на КСБ при обстеженні хворих на туберкульозу легень, які кашляли більше 2, 3, 4-х тижнів та довше, та порівняти ці результати з клінічними та рентгенологічними даними.

7. Встановити частоту та причини затримки встановлення діагнозу туберкульозу з боку хворих та медичних працівників.

8. Розрахувати вартість лікування хворих на туберкульозу легень залежно від своєчасності встановлення діагнозу.

**Об’єкт дослідження:** вперше діагностований туберкульоз легень.

**Предмет дослідження:** симптоми туберкульозу легень, дані рентгенологічного обстеження, характер бактеріовиділення, фактори, що сприяють затримці встановлення діагнозу туберкульозу, структура туберкульозу залежно від симптомів маніфестації захворювання та шляхів його виявлення, показники ефективності лікування.

**Методи дослідження:** клінічні (огляд пацієнтів, анамнез, загальний аналіз крові та сечі, біохімічне дослідження крові); рентгенологічні (оглядова та бокова рентгенографія органів грудної клітки, томографія уражених ділянок легень, комп’ютерна томографія); мікробіологічні (визначення КСБ методом мікроскопії й МБТ шляхом посіву мокротиння на поживне середовище). Дані клінічного, рентгенологічного, мікробіологічного, досліджень, показники ефективності лікування туберкульозу хворих на туберкульоз обчислювалися за параметричними та непараметричними методами варіаційної статистики із застосуванням t-критерію Стьюдента-Фішера, Уілкоксона-Уітні.

**Наукова новизна одержаних результатів**

Встановлена структура ТБ легень, характер рентгенологічних змін в легенях та бактеріовиділення залежно від симптомів маніфестації та шляхів виявлення захворювання. У пацієнтів без симптомів ТБ, в яких захворювання виявляли активним шляхом, були переважно обмежені вогнищеві та інфільтративні недеструктивні форми з відсутністю бактеріовиділення. З появою симптомів ТБ та збільшенням їх кількості виявляли переважно поширені деструктивні форми захворювання з бактеріовиділенням у 60,0-81,2 % випадків.

Вивчені та встановлені симптоми ТБ легень у пацієнтів з позитивним мазком мокротиння, які змушують їх звертатися за медичною допомогою. У 96,8 % пацієнтів з позитивним мазком мокротиння був кашель із виділенням мокротиння, але за медичною допомогою пацієнти звертаються у разі підвищення температури тіла та втрати маси переважно через 2 місяці і більше після появи кашлю.

Порівняно вираженість симптомів ТБ, поширеність та тяжкість ураження легень. Встановлено, що тяжкість легеневого процесу не відповідає вираженості клінічних симптомів і 16,5 % пацієнтів з поширеним деструктивним процесом в легенях із позитивним мазком мокротиння не звертаються за медичною допомогою через відсутність або незначні симптоми захворювання.

Вивчено симптоми ТБ легень та характер рентгенологічних змін в легенях у пацієнтів з негативним мазком мокротиння. Встановлено, що в більшості пацієнтів мають місце розповсюджені деструктивні процеси при відсутності або незначних симптомах ТБ.

Встановлено результативність мікроскопічного дослідження на КСБ при обстеженні хворих на ТБ легень, які кашляли більше 2, 3, 4-х тижнів та довше. У пацієнтів з ТБ легень, які кашляють понад 2 тижні, з високою частотою (66,7 %) визначають КСБ в мокротинні. Тривалість кашлю понад 3, 4 тижні та навіть 2 місяці не збільшує результативність даного метода дослідження.

Встановлено частоту та причини затримки встановлення діагнозу ТБ з боку хворих та медичних працівників. В 68,0 % хворих захворювання діагностують несвоєчасно. Несвоєчасне діагностування ТБ пов’язане переважно з індивідуальними причинами (в 63,2 %). Медичні причини затримки встановлення діагнозу ТБ обумовлені порушенням стандарту обстеження хворого, який звернувся за допомогою із симптомами захворювання (36,8 %).

Розраховано вартість лікування хворих на ТБ легень залежно від своєчасності встановлення діагнозу. Встановлено, що своєчасне діагностування захворювання в 2,5 раза знижує вартість лікування хворих на вперше діагностований ТБ легень.

**Практичне значення отриманих результатів.** Запропонований комплекс симптомів (кашель з виділенням мокротиння або кашель з/без виділення мокротиння з підвищенням температури без інших симптомів) та термін тривалості кашлю 2 тижні, який дозволяє виявляти хворих на туберкульоз легень з позитивним мазком мокротиння з відносно нетяжкими формами захворювання, яких лікують 4-компонентним режимом хіміотерапії, що дозволяє в 1,4 раза підвищити ефективність лікування та знизити його вартість. Доведено, що симптоми туберкульозу є менш чутливим інструментом виявлення ТБ легень ніж рентгенологічні методи діагностики, які дозволяють додатково виявляти 16,5 % хворих із позитивним мазком мокротиння без виражених симптомів захворювання. Обґрунтовано доцільність застосування рентгенівських методів виявлення ТБ в умовах епідемії як у пацієнтів із симптомами так і без симптомів захворювання через патоморфоз перебігу ТБ, розповсюдженість тютюнопаління серед населення, що маскує кашель, вживання алкоголю, що сприяє затримці звернення за медичною допомогою. Визначені причини затримки встановлення діагнозу ТБ легень з боку пацієнтів і медичних працівників, що дозволить спланувати навчальну роботу щодо виявлення захворювання як для населення, так і для медичних працівників.

Основні результати роботи впроваджені в Житомирських обласному та міському протитуберкульозних диспансерах, в ДУ “Інституті фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України”.

**Особистий внесок здобувача.** Автором особисто здійснено розробку основних практичних положень роботи, проведено аналіз літературних джерел, клінічні дослідження. Дисертант самостійно виконав набір і обробку фактичного матеріалу, написав усі розділи дисертації, сформулював та узгодив із науковим керівником висновки й практичні рекомендації. Наукові публікації виконувались у співавторстві із науковим керівником та співробітниками Житомирського обласного протитуберкульозного диспансеру. У наукових працях, опублікованих зі співавторами, самостійно зібрано матеріал, здійснено огляд літератури, зроблено узагальнення та сформульовані висновки.

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення дисертації оприлюднені на ХІ Конгресі СФУЛТ (м. Полтава, 2006), на обласній науково-практичній конференції (м. Запоріжжя, 2007), доповідались й обговорювались на науково-практичній конференції ДУ “Національний Інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського Академії медичних наук України” (Київ, 2007).

**Публікації.** За темою дисертації опубліковано 5 наукових праць, з них 4 – у фахових виданнях, рекомендованих ВАК України (із них 1 самостійна), опубліковані тези доповіді на ХІ Конгресі СФУЛТ (м. Полтава, 2006).

**Структура дисертації.** Дисертація викладена на 143 сторінках, ілюстрована 26 таблицями, 1 рисунком. Складається із вступу, шести розділів власних досліджень, аналізу та обговорення результатів, висновків, практичних рекомендацій та списку використаних джерел, який нараховує 208 найменувань, кирилицею – 89 , латиницею – 119.

**ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ**

**Об’єкт та методи дослідження.** Дослідження заплановано як рандомізоване контрольоване. В диспансерному відділенні Житомирського обласного протитуберкульозного диспансеру в 2005 році було виявлено 368 хворих на ТБ легень. Залежно від задач дослідження вивчали симптоми, особливості перебігу, структуру ТБ в наступних групах хворих: 1 група (206 осіб) – хворі на вперше діагностований туберкульоз легень (ВДТБЛ) із позитивним мазком мокротиння, з яких в 172 пацієнтів захворювання виявлене пасивним шляхом, в 34 – активним; 2 група (38 осіб) хворі на ВДТБЛ з негативним мазком мокротиння та позитивним результатом культурального дослідження мокротиння, з яких в 28 пацієнтів захворювання виявлене пасивним шляхом, в 10 – активним; 3 група (124 особи) хворі на ВДТБЛ із негативним мазком мокротиння та негативним результатом культурального дослідження мокротиння, з яких в 70 пацієнтів захворювання виявлене пасивним шляхом, в 54 – активним.

В 3-х групах хворих переважали чоловіки у співвідношенні 1:1,9; 1:2,1; 1:2, що вірогідно не відрізнялось. Різниці за віком в групах хворих не було – в усіх групах переважали особи середнього віку – відповідно (46,0 ± 4,1), (48,8 ± 5,2), (50,7 ± 6,2) років. У хворих названих груп вивчали симптоми маніфестації захворювання, з якими вони звернулись за медичною допомогою, або які визначали в пацієнтів при виявлені захворювання активним шляхом. Крім того, вивчали структуру ТБ за формою, поширеністю процесу залежно від шляхів виявлення та симптомів маніфестації захворювання. Серед цих хворих було виділено наступні підгрупи за основними симптомами та симптомокомплексами маніфестації ТБ легень: симптоми відсутні (45 осіб); тільки кашель з/без виділення мокротиння (30 осіб); кашель з/без виділення мокротиння та підвищення температури тіла (30 осіб); кашель із виділенням мокротиння та втрата маси тіла (93 особи); кашель із виділенням мокротиння, втрата маси тіла та субфебрильна температура (101 особа); кашель із виділенням мокротиння, втрата маси тіла та фебрильна температура (69 осіб). За статтю та віком відмінності в підгрупах з різними симптомами та симптомокомплексами маніфестації захворювання не було – переважали чоловіки та пацієнти середнього віку.

Згідно задачам дослідження для вивчення результативності мікроскопічного дослідження на КСБ у хворих на ТБ легень 206 хворих 1 групи з позитивним мазком мокротиння було поділено на 4 підгрупи залежно від тривалості кашлю: кашель тривав більше 2 тижнів (37 осіб); кашель тривав більше 3 тижнів (27 осіб); кашель тривав більше 4 тижнів (62 особи); кашель тривав більше 2 міс (74 особи). У 6 хворих кашлю не було, в них захворювання було виявлене при профілактичному рентгенологічному обстеженні.

Оскільки в даному дослідженні були пацієнти з новими випадками ТБ, їх лікували стандартними режимами хіміотерапії (ХТ) для 1 та 3 клінічних категорій диспансерного спостереження. Застосовували стандартні режими ХТ: 2-3HREZ4HR; 2HRSEZ1HREZ3HRЕ(Z)2HR. Розраховували вартість лікування залежно від своєчасності встановлення діагнозу ТБ. Вартість режимів ХТ розраховувалась за стандартними дозами препаратів та їх вартістю, за якою вони закупляються за державні кошти.

Дані результатів дослідження, оброблювалися за допомогою ліцензійних програмних продуктів, які входять у пакет Microsoft Office Professional 2000 (Exel), ліценція Russian Academic OPEN No Level № 17016297. Порівняння значень та оцінка достовірності відмінностей вивчались за параметричними та непараметричними методами статистики із застосуванням t-критерію Стьюдента-Фішера, U-критерію Уілкоксона-Mанна-Уїтні [Лапач С.М, 2000].

**Результати досліджень та їх обговорення.** При вивченні рентгенологічних змін, характеру бактеріовиділення у хворих на ТБ легень залежно від симптомів під час його діагностування ми встановили, що характер процесу в легенях та масивність бактеріовиділення значно розрізняється у хворих з різною маніфестацією захворювання (табл. 1). З 45 хворих без симптомів ТБ, в яких захворювання виявили активним шляхом, в переважної більшості пацієнтів виявляли інфільтративну та вогнищеву форму захворювання (73,3 %), відносно рідко визначали деструктивний процес – в 24,4 % хворих, бактеріовиділення визначали в 24,4 % хворих, з них в 15,6 % – шляхом мікроскопії мазку. Проте, у 46,7 % пацієнтів, в яких не було симптомів ТБ, визначали поширений процес, в 44,4 % – двобічну локалізацію процесу, в 11,1 % – крупні каверни.

Як свідчать дані табл. 1, якщо в пацієнтів був єдиний симптом – кашель із виділенням мокротиння, то вірогідно частіше, ніж у хворих без симптомів, числені та крупні каверни, в 2,5 раза частіше бактеріовиділення, у тому числі шляхом мікроскопії мокротиння (p < 0,05). Якщо в пацієнтів був кашель із виділенням мокротиння або кашель з/без виділення мокротиння і температура, характер легеневого процесу за поширеністю, наявністю деструкцій не відрізнявся від такого у пацієнтів без симптомів ТБ, однак в цих випадках в 2 рази частіше визначали дисеміновану форму захворювання, вірогідно частіше були крупні, численні каверні, бактеріовиділення (p < 0,05).

Пацієнти, в яких був кашель із виділенням мокротиння та втрата маси тіла, мали більш просунутий процес у легенях, ніж пацієнти тільки з кашлем із виділенням мокротиння або з кашлем і підвищенням температури тіла – в них в 1,3-1,4 раза частіше був поширений процес, в 1,5-1,6 раза – двобічна локалізація, в 1,6 раза – деструктивний процес, в 2 раза – числені каверни, майже в 1,5 раза – крупні каверни (p < 0,05). В пацієнтів, в яких окрім кашлю із виділенням мокротиння з втратою маси тіла визначали ще й підвищену температуру тіла, вірогідної відмінності за поширеністю туберкульозного процесу, частотою визначення деструкцій в легенях та масивністю бактеріовиділення не було (p > 0,05). Однак в цих пацієнтів вірогідно частіше визначали числені каверни та позитивний мазок мокротиння, ніж у пацієнтів із нормальною температурою (p < 0,05).

Пацієнти, в яких був кашель із виділенням мокротиння та втрата маси тіла, мали більш просунутий процес у легенях, ніж пацієнти тільки з кашлем із виділенням мокротиння або з кашлем і підвищенням температури тіла – в них в 1,3-1,4 раза частіше був поширений процес, в 1,5-1,6 раза – двобічна локалізація, в 1,6 раза – деструктивний процес, в 2 раза – полікаверноз, майже в 1,5 раза – крупні каверни (p <0,05). В пацієнтів, в яких окрім кашлю з втратою маси тіла визначали ще й підвищену температуру тіла, вірогідної відмінності за поширеністю туберкульозного процесу, частотою визначення деструкцій в легенях та масивністю бактеріовиділення не було. Однак в цих пацієнтів вірогідно частіше визначали численні каверни та позитивний мазок мокротиння, ніж у пацієнтів із нормальною температурою (p < 0,05).

Ми оцінили вплив різних факторів (статі, віку пацієнтів, наявності супутніх захворювань, алкоголізму, тютюнопаління) на основні симптоми ТБ та характер легеневого процесу. Оскільки кашель із виділенням мокротиння був притаманний майже усім хворим на ТБ легень (понад 90,0 %), ми оцінили інший симптом – підвищення температури тіла, який за частотою як причина звернення за медичною допомогою, був на першому місці. В групі 200 пацієнтів, в яких визначали підвищення температури, порівняно з тими, в кого не було підвищення температури тіла серед симптомів ТБ (123 особи), вірогідно частіше були жінки (53,5 % проти 35,0 %, p <0,05); особи з супутніми захворюваннями (51,0 % проти 35,8 %, p <0,05), вірогідно рідше були особи похилого віку старше 65 років (25,5 % проти 42,3 %, p <0,05). Серед 221 хворого з деструктивним ТБ порівняно з 147 пацієнтами з недеструктивним процесом, частіше визначали зловживання алкоголем (35,3 % проти 9,3 %, p <0,05), тютюнопаління (66,5 % проти 35,4 %, p <0,05), рідше була жіноча стать (26,2 % проти 47,6 %, p <0,05), вік пацієнтів старше 65 років (18,1 % проти 36,7 %, p <0,05).

***Таблиця 1***

Характер легеневого процесу та бактеріовиділення у хворих на ВДТБЛ залежно від маніфестації захворювання

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Симптоми відсутніn= 45 | Кашель із мокротиннямn= 30 | Кашель з/без мокротиння і температураn= 30 | Кашель із мокротинням і втрата маси тілаn= 93 | Кашель із мокротинням, втрата маси тіла,субфеб. tn= 101 | Кашель із мокротинням, втрата маси тіла, фебрильна tn= 69 |
| Абс.число | % | Абс.число | % | Абс.число | % | Абс.число | % | Абс.число | % | Абс.число | % |
| Вогнищева форма | 12 | 26,7 | 3 | 10,0 | 0 | 0\* | 5 | 5,4\* | 3 | 3,0\* | 0 | 0\* |
| Інфільтративна | 21 | 46,7 | 13 | 43,3 | 14 | 46,7 | 28 | 30,1 | 32 | 31,7 | 19 | 27,5 |
| Дисемінована | 12 | 26,7 | 14 | 46,7 | 16 | 53,3\* | 60 | 64,5\* | 66 | 65,3\* | 50 | 72,5\* |
| Поширений процес | 21 | 46,7 | 14 | 46,7 | 14 | 46,7 | 83 | 89,2\*\* | 86 | 85,1\*\* | 67 | 97,1\*\* |
| Обмежений процес | 24 | 53,3 | 16 | 53,3 | 16 | 53,3 | 10 | 10,8\*\* | 15 | 14,9\*\* | 2 | 2,9\*\* |
| Двобічна локалізація | 20 | 44,4 | 12 | 40,0 | 12 | 40,0 | 66 | 71,0\*\* | 74 | 73,3\*\* | 53 | 76,8\*\* |
| Деструктивний процес | 11 | 24,4 | 12 | 40,0 | 10 | 33,3 | 63 | 67,7\*\* | 75 | 74,3\*\* | 51 | 73,9\*\* |
| у т.ч. 1 каверна | 10 | 22,2 | 6 | 20,0 | 7 | 23,3 | 40 | 43,0\*\* | 38 | 37,6 | 20 | 29,0 |
| у т.ч. 2 та > 2 каверн | 1 | 2,2 | 6 | 20,0\* | 3 | 10,0 | 23 | 24,7\* | 37 | 36,6# | 31 | 44,9# |
| у т.ч. крупні каверни | 5 | 11,1 | 10 | 33,3\* | 3 | 10,0 | 45 | 48,4\*\* | 62 | 61,4\* | 37 | 53,6\* |
| Виділення МБТ | 11 | 24,4 | 18 | 60,0\* | 11 | 36,7 | 68 | 73,1\* | 82 | 81,2\* | 52 | 75,4\* |
| у т.ч. позитивний мазок  | 6 | 13,3 | 13 | 43,3\* | 8 | 26,7 | 55 | 59,1\* | 75 | 74,3# | 49 | 71,0# |
| у т.ч. культура  | 5 | 11,1 | 5 | 16,7 | 3 | 10,0 | 13 | 14,0 | 7 | 6,9 | 5 | 7,2 |
| Без бактеріовиділення  | 34 | 75,6 | 12 | 40,0\* | 19 | 63,3 | 25 | 26,9\* | 19 | 18,8\* | 10 | 14,5\* |

***Примітки:***

1. \* – значення показника вірогідно відрізняється порівняно з пацієнтами, в яких не було симптомів, p<0,05;
2. \*\* – значення показника вірогідно відрізняється порівняно з пацієнтами, в яких був кашель із мокротинням, або кашель із/без мокротиння із температурою, p<0,05;
3. # – значення показника вірогідно відрізняється порівняно з пацієнтами, в яких був кашель із мокротинням, або кашель із втратою маси тіла, p<0,05.

В табл. 2 наведено симптоми ТБ легень у хворих з позитивним мазком мокротиння залежно від шляху його виявлення. У пацієнтів з активним виявленням захворювання вірогідно рідше визначали кашель з виділенням мокротиння, хоча цей симптом був в більшості хворих – у 82,4 %, причому в 47,1 % осіб був тривалий кашель понад 4 тижні і більше. Проте, у пацієнтів з активним виявленням ТБ кашель тривав вірогідно коротший термін (2 тижні). Підвищення температури тіла та втрата маси тіла були вірогідно частіше в хворих з пасивним виявленням захворювання, проте у значної кількості пацієнтів з активним виявленням ТБ (в 55,9 %) була втрата маси тіла від 5 кг до 10 кг, в 35,3 % хворих було підвищення температури тіла до субфебрильних значень. Проте, ці симптоми не вимушували пацієнтів звертатися за медичною допомогою.

***Таблиця 2***

**Симптоми туберкульозу легень у хворих з позитивним та негативним мазками мокротиння залежно від шляху виявлення ТБ**

|  |  |
| --- | --- |
| Симптомитуберкульозу | Мазок мокротиння |
| Позитивний (n = 200) | Негативний (n = 124) |
| Шлях виявлення ТБ |
| Пасивний(n = 172) | Активний(n = 34) | Пасивний(n = 70) | Активний(n = 50) |
| Абс.число | % | Абс.число | % | Абс.число | % | Абс.число | % |
| Кашель із мокротинням | 172 | 100 | 28 | 82,4\* | 70 | 100 | 22 | 40,7# |
| у т.ч. понад 2 тижні | 28 | 16,3 | 9 | 32,1\* | 14 | 20,0 | 12 | 54,5# |
| у т.ч. понад 3 тижні | 24 | 13,9 | 3 | 8,8 | 16 | 22,8 | 7 | 14,0 |
| у т.ч. понад 4 тижні | 51 | 29,6 | 11 | 32,4 | 22 | 31,4 | 2 | 9,0# |
| у т.ч. більше 2 міс | 69 | 40,1 | 5 | 14,7\* | 18 | 25,7\*\* | 1 | 4,5 |
| Підвищення t тіла | 117 | 68,0 | 12 | 35,3\* | 43 | 61,4 | 7 | 12,9# |
| у т.ч. субфебрильна t | 66 | 38,4 | 12 | 35,3 | 22 | 31,4 | 7 | 12,9# |
| у т.ч. фебрильна t | 51 | 29,7 | 0 | 0\* | 21 | 30,0 | 0 | 0 |
| Втрата маси тіла  | 154 | 89,5 | 19 | 55,9\* | 59 | 84,3 | 12 | 22,2# |
| Потіння вночі | 89 | 51,7 | 7 | 14,7\* | 36 | 51,4 | 2 | 4,0 |
| Нездужання | 98 | 56,9 | 5 | 20,6\* | 41 | 58,6 | 5 | 10,0 |

***Примітки:***

1) \* – міжгрупове значення показника у хворих з позитивним мазком мокротиння вірогідно відрізняється, p < 0,05;

2) \*\* – значення показника у хворих з позитивним та негативним мазком мокротиння при пасивному виявленні ТБ вірогідно відрізняється, p < 0,05;

 3) # –значення показника у хворих з позитивним та негативним мазком мокротиння при активному виявленні ТБ вірогідно відрізняється, p < 0,05.

У 70 пацієнтів з негативним мазком мокротиння та негативним результатом культурального дослідження, в яких захворювання виявили за зверненням, найчастішими симптомами були кашель з/без виділення мокротиння – 100, 0 %, втрата маси тіла – в 84,3 % хворих, підвищення температури тіла в 61,6 % так само, як і у пацієнтів з позитивним мазком мокротиння. При пасивному виявлені ТБ у пацієнтів з негативним мазком мокротиння порівняно з хворими з позитивним мазком вірогідно частіше був кашель тривалістю понад 3 тижні (p < 0,05) та рідше – тривалістю понад 2 міс (p < 0,05). При активному виявленні захворювання у пацієнів з негативним мазком мокротиння вірогідно рідше був кашель з виділенням мокротиння, підвищення тумператури тіла та втрата маси тіла, ніж у хворих з позитивним мазком мокротиння.

Рентгенологічні зміни в легенях в цих двох групах пацієнтів наведено в табл. 3. У хворих з негативним мазком мокротиння характер легеневого процесу за усіма показниками відрізняється від хворих з позитивним мазком – рідше буває дисемінована форма ТБ, частіше – інфільтративна та вогнищева форма, однобічна локалізація, обмежений процес, тільки в третини хворих визначали деструкції в легенях, в поодиноких випадках – численні каверни.

***Таблиця 3***

**Характер та поширеність легеневого процесу в пацієнтів з негативним мазком мокротиння (М- К-) та в пацієнтів з позитивним мазком мокротиння (М+ К+), в яких захворювання виявлене за зверненням**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Характер туберкульозного процесу  | М- К- (n= 70) | М+ К+ (n=172) |
| Абс.число | % | Абс.число | % |
| Дисемінована форма | 33 | 47,1 | 125 | 72,7\* |
| Інфільтративна форма | 31 | 44,4 | 47 | 27,3\* |
| Вогнищева форма | 6 | 8,9 | 0 | 0\* |
| Поширений процес | 55 | 78,6 | 157 | 91,3\* |
| Двобічна локалізація | 34 | 48,6 | 137 | 79,6\* |
| Деструкції в легенях | 23 | 32,8 | 146 | 84,9\* |
| у т.ч. 1-2 каверни | 18 | 25,7 | 71 | 41,3\* |
| у т.ч. полікаверноз | 5 | 7,1 | 75 | 43,6\* |
| у т.ч. крупні каверни  | 16 | 22,8 | 108 | 62,8\* |

***Примітка.*** \* – міжгрупове значення показника вірогідно відрізняється, p<0,05.

В табл. 4 наведені симптоми захворювання та результати показників периферичної крові у пацієнтів з позитивним мазком мокротиння залежно від тривалості кашлю із виділенням мокротиння.

Температура тіла була підвищена в переважної більшості хворих, не залежно від тривалості кашлю. Вірогідних відмінностей по частоті визначення нормальної, субфебрильної та фебрильної температури не було. Більш вагомим симптомом, який був пов’язаний з тривалістю кашлю, була виражена (більше 10 кг та 15 кг) втрата маси тіла. У хворих, які кашляли більше 2 міс, вірогідно частіше, ніж в інших пацієнтів була втрата маси тіла до 10 кг та 15 кг (p < 0,05). Лейкоцитоз та підвищення ШОЕ визначали з однаковою частотою, не залежно від тривалості кашлю. Зниження гемоглобіну (до 90 г/л та нижче) було виявлено вірогідно частіше в пацієнтів з тривалим кашлем понад 2 міс (p < 0,05).

***Таблиця 4***

**Симптоми захворювання та результати показників периферичної крові у пацієнтів з позитивним мазком мокротиння залежно від тривалості кашлю**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показники | Кашель >2-х тижнів n=37 | Кашель >3-х тижнівn=27 | Кашель >4 тижнівn=62 | Кашель >2 місn=74 |
|  Абс.число |  % |  Абс.число |  % |  Абс.число |  % |  Абс.число |  % |
| Нормальна t тіла | 12 | 32,4 | 12 | 44,4 | 26 | 41,9 | 21 | 28,3 |
| Субфебрильна t тіла  | 13 | 37,8 | 8 | 29,6 | 22 | 35,5 | 35 | 46,7 |
| Фебрильна t тіла  | 12 | 32,4 | 7 | 25,9 | 14 | 22,6 | 18 | 24,3 |
| Втрата маси тіла 10 кг | 9 | 24,3 | 7 | 25,9 | 17 | 27,4 | 36 | 48,6\* |
| Втрата маси тіла 15 кг | 2 | 5,4 | 1 | 3,7 | 3 | 4,8 | 22 | 29,7\* |
| Лейкоцитоз | 14 | 37,8 | 13 | 48,1 | 21 | 33,9 | 36 | 48,6 |
| Анемія | 3 | 8,1 | 1 | 3,7 | 12 | 19,4 | 26 | 35,1\* |
| Підвищення ШОЕ  | 23 | 62,2 | 20 | 74,0 | 47 | 75,8 | 52 | 70,3 |

***Примітка.*** \* – значення показника вірогідно відрізняється від такого у пацієнтів, в яких кашель із виділенням мокротиння був менше 2 місяців, p <0,05.

Нами встановлено, що результативність мікроскопічного дослідження у хворих на ТБ легень за Цилем-Нільсенем в протитуберкульозному диспансері була однаковою, не залежно від тривалості кашлю – 2 позитивних мазка мокротиння з 3 досліджень були отримані відповідно – у 37,8 %, 37,0 %, 35,5 %, 35,1 %, що вірогідно не відрізнялось, p > 0,05. В табл. 5 наведено характер рентгенологічних змін в легенях залежно від тривалості кашлю.

***Таблиця 5***

**Характер рентгенологічних змін в легенях залежно від тривалості кашлю із виділенням мокротиння**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показники | Кашель більше2 тижнів n=37 | Кашель більше3 тижнівn=27 | Кашель більше 4 тижнівn=62 | Кашель більше2 місn=74 |
|  Абс.число |  % |  Абс.число |  % |  Абс.число |  % |  Абс.число |  % |
| Поширений процес | 33 | 89,2 | 26 | 96,3 | 55 | 88,7 | 70 | 94,6 |
| Двобічний процес | 21 | 56,8 | 25 | 92,6\* | 52 | 83,9\* | 67 | 90,5\* |
| Інфільтративна форма | 21 | 56,8 | 8 | 29,6\* | 19 | 30,6\* | 20 | 27,0\* |
| Дисемінована форма | 16 | 43,2 | 19 | 60,4\* | 43 | 69,4\* | 54 | 73,0\* |
| Наявність деструкцій | 30 | 81,1 | 26 | 96,3 | 55 | 88,7 | 65 | 87,8 |
| 2 та більше каверн | 34 | 10,8 | 11 | 40,7\* | 27 | 43,5\* | 39 | 52,7\* |
| Крупні каверни  | 13 | 35,1 | 18 | 66,7\* | 41 | 66,1\* | 54 | 73,0\* |

***Примітка.*** \* – значення показника вірогідно відрізняється від такого у пацієнтів, в яких кашель був більше 2 тижнів, p <0,05.

В більшості хворих, які мали симптоми ТБ, визначали поширений деструктивний процес в легенях, але в хворих, які кашляли понад 2 тижнів, частіше була інфільтративна форма, однобічна локалізація процесу (p <0,05). Якщо тривалість кашлю збільшувалась понад 3 тижні деструктивний процес був більш поширеним – вірогідно частіше визначали численні та крупні каверни (p <0,05). Частота виявлення численних каверн у хворих, які кашляли понад 2 міс, збільшилась в 4,6 раза порівняно з пацієнтами, які кашляли понад 2 тижні (p <0,05), а крупних каверн – в 2,1 раза (p <0,05).

Встановлення причини затримки діагностики ТБ проводили у 200 пацієнтів з позитивним мазком мокротиння та симптомами захворювання. Ми з’ясували, що в 136 (68,0 %) хворих діагноз ТБ встановлювали несвоєчасно. Серед цих хворих в 86 (63,2 %) осіб були індивідуальні причини затримки встановлення діагнозу, в 36 (26,5 %) – медичні, в 14 (10,3 %) – одночасно індивідуальні та медичні. Індивідуальними причинами несвоєчасного діагностування ТБ було незнання симптомів ТБ або пов’язування симптомів з іншими причинами (паління, бронхіт), відсутність коштів на уримання родини під час лікування та причини, що пов’язані з асоціальною поведінкою – відповідно 27,6 %, 24,5 %, 24,5 %. Несвоєчасність встановлення діагнозу туберкульозу через медичні причини була обумовлена порушенням стандартів обстеження в 68,0 % випадках. Лише в 32,0 % випадках медичною причиною затримки встановлення діагнозу ТБ були негативні мазки мокротиння та атиповий перебіг захворювання.

**Ми вивчили ефективність лікування хворих з позитивним мазком мокротиння залежно від своєчасності встановлення діагнозу ТБ легень та розрахували його вартість. Було встановлено, що у 78,1 % хворих з своєчасно встановленим діагнозом ТБ на кінець інтенсивної фази ХТ припинилось бактеріовиділення, що означає, що тільки у 21,9 % хворих необхідно було подовжити тривалість інтенсивної фази до 3-4 місяців. Ефективність лікування в інтенсивну фазу ХТ у пацієнтів з несвоєчасно встановленим діагнозом ТБ була значно нижчою – бактеріовиділення припинилось у 44,8 % хворих, що означає, що 55,2 % пацієнтів потребували подовження лікування в інтенсивному режимі.**

На кінець основного курсу ХТ ефективність лікування хворих з несвоєчасно встановленим діагнозом ТБ була вірогідно нижчою, ніж у пацієнтів, в яких захворювання діагностували своєчасно – ефективне лікування (припинення бактеріовиділення) досягли в 63,2 % хворих, що в 1,4 раза рідше, ніж у пацієнтів з своєчасно встановленим діагнозом (у 87,5 %). Така велика різниця в ефективності лікування була за рахунок невдачі лікування у 8,1 % хворих та значно більшої кількості хворих, які перервали лікування – 19,1 % проти 7,8 %.

Ми розрахували вартість-фективність лікування хворих на вперше діагностований ТБ легень залежно від своєчасності діагностування захворювання. Вартість–ефективність режиму ХТ — це вартість лікування, яка розрахована шляхом поділення абсолютної вартості режиму ХТ на показник ефективності лікування туберкульозу, а саме відсоток припинення бактеріовиділення (табл. 8).

# *Таблиця 8*

# Вартість-ефективність лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень залежно від своєчасності діагностування захворювання

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Своєчасністьдіагностикитуберкульозу | Режим  | Ефективне лікування (%) | Вартість режиму(грн.) | Вартість-ефективність (грн./%) |
| Своєчасна | 2HREZ4HR | 87,8 | 200,9 | 2,3 |
| Несвоєчасна | 2HREZS1HREZ3HRE(Z)2HR | 64,7 | 365,6 | 5,7 |

Проведені дослідження показали, що своєчасність діагностування ТБ має не тільки епідеміологічне значення, а ще й впливає на результати та вартість лікування. Якщо діагностувати ТБ вчасно, то ефективність лікування підвищується на 24,5 %, а вартість лікування зменшується в 2,5 раза.

**ВИСНОВКИ**

У дисертації наведено теоретичне узагальнення та нове вирішення наукової та практичної задачі фтизіатрії — підвищення ефективності діагностики та лікування вперше діагностованого туберкульозу легень шляхом встановлення клінічно значимих симптомів захворювання, особливостей його перебігу та виявлення, обґрунтування доцільності застосування рентгенологічної діагностики перед мікроскопією мазка мокротиння та з профілактичною метою, що дозволить на 11,1 % підвищити ефективність діагностики бактеріальних форм захворювання, на 24,5 % – ефективність лікування за рахунок своєчасного встановлення діагнозу та в 2,5 раза зменшити вартість лікування.

1. У пацієнтів без клінічно виражених симптомів туберкульозу при виявленні захворювання активним шляхом визначають переважно обмежені вогнищеві та інфільтративні недеструктивні форми туберкульозу з відсутністю бактеріовиділення, яким показано лікування за 3 клінічною категорією, що здешевлює його вартість на 33,6 %, порівняно з тими, в кого захворювання виявлено за симптомами.

2. Кашель з виділенням мокротиння не є раннім симптомом туберкульозу і з’являється в пацієнтів при значному ураженні легень – в половині випадків при поширених формах туберкульозу з бактеріовиділенням, у третини пацієнтів при наявності деструкції в легенях. Втрату маси тіла визначають пізніше по мірі прогресування туберкульозного процесу. При цьому частіше діагностують поширений туберкульозний процес (в 1,9 раза), двобічну локалізацію (в 1,8 раза), деструктивний процес (в 1,7 раза ), великі каверни (в 1,5 раза), вартість лікування збільшується на 12,6 %. В пацієнтів з симптомокомплексом кашель із виділенням мокротиння, втрата маси тіла та підвищення температури тіла туберкульозний процес ще більш тяжкий, вартість лікування на 10,4 % більше, ніж у хворих з нормальною температурою тіла.

3. При наявності кашлю (з/без виділення мокротиння) бактеріовиділення методом мікроскопії мазка визначають у (43,3 ± 9,0) % хворих. Частота позитивних результатів мазка мокротиння вірогідно збільшується при симптомокомплексі кашель з виділенням мокротиння та втрата маси тіла (в 1,4 раза) та особливо при підвищенні температури тіла на фоні цих клінічних проявів – у (74,3 ± 4,3) % хворих (p<0,01).

4. Факторами, які впливають на прояви клінічних симптомів та характер туберкульозного процесу, є жіноча стать, похилий вік, зловживання алкоголем, тютюнопаління та супутні захворювання (ХОЗЛ і цукровий діабет). У жінок і у осіб із супутніми захворюваннями, не залежно від статі, вірогідно частіше (в 1,5 раза) визначають підвищену температуру тіла, яка спонукає звертатися за медичною допомогою. В осіб похилого віку цей симптом виявляють вірогідно рідше (в 1,6 раза). Деструктивний туберкульоз легень з наявністю крупних та численних каверн вірогідно частіше визначають в осіб, що зловживають алкоголем, тютюнопалінням або мають супутні захворювання – (відповідно в 3,7; 1,8; 1,4 раза).

5. Домінуючими симптомами туберкульозу, які визначають в хворих з позитивним мазком мокротиння, є кашель з виділенням мокротиння (97,1 %) та втрата маси тіла (84,0 %). Проте, кашель з виділенням мокротиння спонукає до звернення за медичною допомогою тільки 18 % пацієнтів. У 82,0 % хворих на вперше діагностований туберкульоз з позитивним мазком мокротиння причинами звернення до лікаря є фебрильна/субфебрильна температура та втрата маси тіла на фоні кашлю.

6. Поширеність ураження легень не відповідає вираженості клінічних проявів туберкульозу. У хворих з позитивним та негативним мазком мокротиння визначають однакові симптоми захворювання з однаковою частотою, проте характер туберкульозного процесу суттєво відрізняється. У пацієнтів з негативним мазком мокротиння в 1,6 раза частіше визначають інфільтративну форму туберкульозу та однобічну локалізацію, в 2,6 раза рідше визначають деструкції в легенях, в 2,8 раза рідше – крупні каверни, в 6,1 раза рідше – полікаверноз (p < 0,05). Рентгенологічне дослідження дозволяє додатково виявляти 11,1 % хворих з бактеріовиділенням і мало вираженими симптомами.

7. Частота клінічних симптомів туберкульозу – підвищення температури, потіння вночі, виснаження не збільшується у хворих з тривалим кашлем (від місяця до року) порівняно з тими, хто кашляє 2-3 тижні. По мірі збільшення тривалості кашлю збільшується частота та вираженість втрати маси тіла, анемії одночасно з поширенням туберкульозного процесу в легенях.

8. У хворих на туберкульоз легень, які кашляють та виділяють мокротиння понад 2 тижні, з високою частотою (61,9 %) визначають кислото-стійки бактерії в мокротинні. Тривалість кашлю понад 3, 4 тижні та навіть 2 місяці не збільшує результативність даного метода дослідження. Симптомом, який слід визначати для звернення за медичною допомогою, є кашель із виділенням мокротиння, який триває понад 2 тижні, не залежно від інших супутніх симптомів – підвищення температури тіла, втрати маси тіла, потіння в ночі та слабкості.

**9. В 68,0 % хворих туберкульоз легень діагностують несвоєчасно, що в 63,8 % випадків обумовлено індивідуальними причинами. Перешкодою до звернення за медичною допомогою при появі симптомів туберкульозу у більшості хворих є незнання симптомів туберкульозу або пов’язування симптомів з іншими причинами (палінням, бронхітом), відсутність коштів на утримання родини під час лікування та причини, що пов’язані з асоціальною поведінкою – відповідно у 27,6 %, 24,5 %, 24,5 % хворих. Несвоєчасність встановлення діагнозу туберкульозу через медичні причини (у 36,8 % хворих), в 68,0 % випадках обумовлена порушенням стандартів обстеження пацієнтів з симптомами, підозрілими у відношенні туберкульозу.**

10. Припинення бактеріовиділення на кінець інтенсивної фази хіміотерапії стандартної тривалості досягли у 44,8 % хворих з несвоєчасно встановленим діагнозом і у 78,1 % – із своєчасним (p<0,01). Виліковування на кінець основного курсу хіміотерапії реєстрували відповідно у 64,7 та 87,5 % хворих (p<0,01). Зниження ефективності протитуберкульозної хіміотерапії відбувається за рахунок невдачі у 8,1 % хворих та перерваного лікування у 19,1 % пацієнтів. При цьому вартість лікування на 1 відсоток припинення бактеріовиділення становить 5,7 грн., що в 2,5 раза більше, ніж у пацієнтів з своєчасно діагностованим захворюванням.

**ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

1. Симптомами, які підлягають обстеженню на туберкульоз легень методом рентгенографії та дослідження мазку мокротиння та дозволяють своєчасно встановити діагноз, є кашель з/без виділення мокротиння з або без підвищення температури тіла, який триває понад 2 тижні. Втрата маси тіла, потіння вночі, нездужання та підвищення температури на фоні кашлю, є симптоми, характерні для поширених деструктивних форм захворювання.

2. В умовах епідемії туберкульозу рентгенівський метод виявлення туберкульозу легень необхідно застосовувати внаслідок патоморфозу та малосимптомного перебігу захворювання.

3. Виявлення туберкульозу легень за зверненням із симптомами, підозрілими на туберкульоз, не може виключати профілактичне рентгенологічне обстеження, оскільки в 16,5 % хворих з позитивним мазком мокротиння та поширеним деструктивним процесом в легенях симптоми туберкульозу були слабо вираженими або відсутніми.

4. Навчальну роботу з лікарями загальної медичної практики щодо діагностики туберкульозу необхідно спрямувати на доведення до них стандартів обстеження пацієнтів на туберкульоз з подальшим контролем за їх дотриманням.

5. Необхідно підвищувати рівень знань населення щодо симптомів туберкульозу та залучати непрацюючих осіб до профілактичних флюорографічних обстежень, оскільки серед них багато осіб, що не звертаються за медичною допомогою з симптомами туберкульозу внаслідок асоцальності, зловживання алкоголем та інших причин.

**СПИСОК НАУКОВИХ ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Кутишенко М.С. Причини несвоєчасної діагностики туберкульозу легень // Збірн. наук. праць співроб. НМАПО ім. П.А. Шупика. – 2007. – Вип. 17., кн. 1. – С. 288-294.

2. Фещенко Ю.І., Черенько С.О., Кутишенко М.С. Симптоми захворювання та рентгенологічні зміни в легенях під час діагностування туберкульозу легень у пацієнтів з позитивним мазком мокротиння в умовах епідемії туберкульозу // Укр. пульмонол. журн. – 2007. – № 4. – С. 56 – 60.

*Дисертантом здійснено клініко-лабораторне обстеження хворих, статистичну обробку даних, написання тексту статті. Фещенку Ю.І., Черенько С.О. належить консультативна допомога в ході виконання наукової роботи.*

3. Черенько С.О., Кутишенко М.С., Дідик В.С. Оцінка симптомів та даних рентгенологічного обстеження у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень з позитивним мазком мокротиння // Інфекційні хвороби. – 2008. – № 1. – С 15-17.

*Дисертантом здійснено клініко-лабораторне обстеження хворих, статистичну обробку даних, написання тексту статті.Черенько С.О, Дідику В.С. належить консультативна допомога в ході виконання наукової роботи.*

4.Черенько С.О., Кутишенко М.С., Дідик І.С., Федоренко Т.Б., Савіна О.Д. Клінічні симптоми, рентгенологічні зміни в легенях та результативність мікроскопічного дослідження мокротиння у хворих вперше діагностований туберкульоз легень з позитивним мазком мокротиння залежно від тривалості кашлю // Укр. пульмонол. журн. – 2008. – № 1. – С. 32 – 36.

*Дисертантом здійснено клініко-лабораторне обстеження хворих, статистичну обробку даних, написання тексту статті. Черенько С.О належить консультативна допомога в ході виконання наукової роботи, Дідик І.С., Федоренко Т.Б., Савіна О.Д. – здійснювали курацію хворих.*

5. Кутишенко М.С. Причини затримки встановлення діагнозу туберкульозу // Матеріали XI конгресу світової федерації українських лікарських товариств – Полтава, 2006. – С. 153.

# Анотація

**Кутишенко М.С. Особливості перебігу, виявлення та діагностики туберкульозу легень залежно від етіологічного підтвердження діагнозу. – Рукопис.**

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.26 – фтизіатрія. – ДУ “ Національний Інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського Академії медичних України”, Київ, 2008.

Дисертацію присвячено актуальній задачі фтизіатрії — підвищенню ефективності діагностики та лікування туберкульозу легень шляхом визначення клінічно значимих симптомів, особливостей перебігу, виявлення захворювання та причин затримки встановлення діагнозу. Для рішення зазначеної задачі були вивчені симптоми туберкульозу, структура та характер туберкульозного процесу в 368 хворих на вперше діагностований туберкульоз легень. Встановлено, що туберкульозне ураження легень значно більше, ніж виражені симптоми захворювання. У хворих з позитивним та негативним мазком мокротиння визначають однакові симптоми захворювання з однаковою частотою, проте характер туберкульозного процесу суттєво відрізняється. У пацієнтів з негативним мазком мокротиння в 1,6 раза частіше визначають інфільтративну форму туберкульозу та однобічну локалізацію, в 2,6 раза рідше визначають деструкції в легенях. У хворих на туберкульоз легень, які кашляють понад 2 тижні, з високою частотою (66,7 %) визначають КСБ в мокротинні. Тривалість кашлю понад 3, 4 тижні та навіть 2 місяці не збільшує результативність даного метода дослідження. Симптомом, який слід визначати для звернення за медичною допомогою, є кашель, який триває понад 2 тижні, не залежно від інших супутніх симптомів, що дозволить на 24,5 % підвищити ефективність лікування за рахунок своєчасного встановлення діагнозу та в 2,5 раза зменшити вартість лікування.

Ключові слова: **вперше діагностований туберкульоз легень, симптоми, рентгенологічні зміни в легенях, причини затримки встановлення діагнозу.**

##### ABSTRACT

**Kutishenko M.S. Peculiarities of natural history, detection and diagnosis of tuberculosis depending of smear/culture results. - Manuscript.**

Thesis for conferring the scientific degree of candidate of medical science on specialty 14.01.26 — phthysiology. – State organization “National Institute of phthysiology and pulmonology named after F.G. Yanovsky of Academy of Medical Sciences of Ukraine”, Kyiv, 2008.

The dissertation deals with the current task of phthysiology — improvement of efficacy of diagnosis and treatment of patients with pulmonary tuberculosis by determine of clinical symptoms, peculiarities of natural history, detection and reasons of diagnosis delay.Information on symptoms, X-ray abnormalities, sputum smear and culture was gathered from 368 adults with newly detected pulmonary tuberculosis. The presence of any abnormalities on X-ray had the highest sensitivity for detecting subjects with bacteriologically positive TB, than symptoms. Patients with smear positive and smear negative tuberculosis had the same symptoms, but different X-ray abnormalities. Significant number of smear positive TB cases had the cavities in lung and extended process (more than 2,6 and 1,6 fold). The high rate (66,7 %) of 2-3 positive specimens of smear of 3 specimens was revealed and was not to be associated with cough duration. The rate of positive specimens of smear was not increase in patient with prolonged duration of cough (from 1 month to 1 year) compared to patients, who had the cough more than 2 weeks. The symptom to seek the medical care is cough more than 2 weeks. This strategy achieve to increase the treatment efficacy of 24,5 % by timely detect of tuberculosis cases and decrease treatment cost of 2,5 fold.

**Key words:** newly detected destructive pulmonary tuberculosis, symptoms, X-ray abnormalities, reasons of diagnosis delay.

**АННОТАЦИЯ**

**Кутишенко М.С. Особенности течения, выявления и диагностики туберкулеза легких в зависимости от этиологического подтвердждения диагноза.**  **- Рукопись.**

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук за специальностью 14.01.26 - фтизиатрия. – ГУ «Национальный Институт фтизиатрии и пульмонологии имени Ф.Г. Яновского Академии медицинских наук Украины», Киев, 2008.

Диссертация посвящена актуальной задаче фтизиатрии – повышению эффективности диагностики и лечения больных с туберкулезом легких путем установления клинически значимых симптомов, особенностей течения и выявления заболевания, причин задержки установления диагноза. Для решения указанной задачи были изучены симптомы туберкулеза, структура и характер туберкулезного процесса у 368 больных с впервые диагностированным туберкулезом легких, у которых заболевание выявлени по обращаемости и при профилактическом рентгенологическом обследовании.

Было установлено, что кашель c выделением мокроты не является ранним симптомом туберкулеза и появляется у пациентов при значительном поражении легких – в половине случаях при распространенных формах туберкулеза с бактериовыделением, в трети пациентов при наличии деструкции в легких. Потеря массы тела, потливость, слабость появляются по мере прогрессирования туберкулеза. При появлении этих симптомов в 1,3-1,4 раза чаще диагностируют распространенные формы заболевания, в 1,6 раза чаще – деструктивный процесс, в 2 раза чаще – поликаверноз. При этом стоимость лечения увеличивается на 12,6 % в сравнении с теми пациентами, которые имеют только кашель. Если, кроме кашля и потери массы тела, диагностировали повышение температуры тела, в 1,8 раза чаще выявляли поликаверноз и крупные каверны в легких. При этом стоимость лечения увеличивалась на 10,4 %. Больные с положительным мазком мокроты не обращаются за медицинской помощью по поводу подъема температуры и потери массы тела на фоне кашля с выделением мокроты, который, как правило, длится более 2 месяцев.

Туберкулезное поражение легких значительно больше, чем выражены симптомы заболевания. У пациентов с положительным и отрицательным мазком мокроты количество и частота симптомов туберкулеза одинакова, в отличие от характера туберкулезного процесса. У больных с отрицательным мазком мокроты в 1,6 раза чаще диагностируют инфильтративную форму заболевания и одностороннюю локализацию процесса, в 1,2 раза чаще – ограниченный процесс, в 2,6 раза реже определяю деструкции в легких, в 2,8 раза реже – крупные каверны, в 6,1 раза реже – поликаверноз. Рентгенологическое исследование позволяет дополнительно выявлять 11,9 % больных с батериовыделением, у которых симптомы заболевания отсутствовали или были слабо выраженными. Частота клинических симптомов туберкулеза (повышения температуры, потливости, слабости) – не увеличивается у больных с продолжительным кашлем, по сравнению с теми, кто кашляет 2-3 недели. По мере увеличения длительности кашля увеличивается частота и выраженность потери массы тела, анемии одновременно с распространением деструктивного туберкулезного процесса в легких. У больных туберкулезом легких, которые кашляют 2 недели и более, с высокой частотой (61,9 %) определяли кислото-устойчивые бактерии в мокроте. Длительность кашля более 3, 4 недель и даже 2 месяцев не увеличивает результативность данного метода исследования – 2 положительных мазка мокроты из 3 исследований определяют соответственно у 37,8 %, 37,0 %, 35,5 %, 35,1 % больных, что достоверно не отличается. У 68,0 % больных туберкулез легких диагностируют несвоевременно, что в 63,8 % случаев обусловлено индивидуальными причинами. Препятствием к обращению за медицинской помощью при появлении симптомов туберкулеза в большинстве случаев является незнание симптомов туберкулеза или связывание их с другими причинами (курением, хроническим бронхитом, простудой), экономические барьеры, и причины, обусловленные деградацией личности вследствие утраты социальных, семейных связей, алкоголизма – соответственно у 27,6 %, 24,5 %, 24,5 % больных. Несвоевременность установления диагноза туберкулеза из-за медицинских причин (у 36,8 % больных) в 68,0 % случаях обусловлена нарушением стандарта обследования пациентов с симптомами, подозрительными в отношении туберкулеза. При несвоевременной диагностике туберкулеза бактериовыделение на конец интенсивной фазы химиотерапии прекратилось менее чем у половины больных – у 44,8 %, тогда как при своевременной – у 78,1 % пациентов. На конец основного курса химиотерапии у больных с несвоевременно установленным диагнозом туберкулеза эффективное лечение регистрировали в 1,4 раза реже за счет неудачи лечения у 8,1 % больных и 19,1 % пациентов, которые прервали лечение из-за более длительного курса. У пациентов с несвоевременно установленным диагнозом туберкулеза легких стоимость лечения на 1 процент эффективного лечения составляет 5,7 грн., что в 2,5 раза больше, чем у пациентов со своевременно установленным диагнозом. Симптомом, который следует определять для обращения за медицинской помощью, является кашель с выделеним мокроты, который длится больше 2-х недель, не зависимо от других симптомов заболевания, что позволяет на 24,5 % повысить эффективность лечения за счет своевременного диагностирования заболевания и в 2,5 раза уменьшить стоимость лечения.

Ключевые слова: **впервые диагностированный туберкулез легких, симптомы, рентгенологические изменения в легких, причины задержки установления диагноза.**

Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>