**Кутишенко Максим Сергійович. Особливості перебігу, виявлення та діагностики туберкульозу легень залежно від етіологічного підтвердження діагнозу : Дис... канд. наук: 14.01.29 – 2008**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **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. |

 |
|

|  |
| --- |
| 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. |

 |