11. Шандор Эрдес. Обращение ВОЗ по поводу «Декады заболеваний костей и суставов»// Остеопороз и остеопатии. – 2000. – № 2. – С.3-6.

PECULIARITIAS кF BкNE TISSUE MINERAL KENSITY ANK CALCIUM-PHкSPHкRUS HкMEкSTASIS IN PATIENTS WITH CHRкNIC INFLAMMATкRY KISEASES кF GASTRкKUкKENAL AREA кN THE BASE кF CHRкNIC HEPATITIS

S.M. Andreychyn, T.V. Lykhatska

SUMMARY. Basing on the clinical and laboratory-instrumental monitoring (including densitometry of lumbar spine and proximal part of the right femur) was studied the frequency of osteopathy development. It was determined that in patients with chronic inflammatory diseases of gastroduodenal area on the base of chronic hepatitis was marked more significant osteodeficiency degree than in patients with only chronic gastroduodenitis.

© Корнага С.І., 2006
УДК 616.24-002.5+616.379-008.64

С.І. Корнага

ТУБЕРКУЛЬОЗЛЕГЕНЬУПОЄДНАННІЗЦУКРОВИМДІАБЕТОМ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

З 2 809 хворих на туберкульоз легень цукровий діабет як супровідне захворювання спостерігався у 4,6 % осіб. У результаті взаємного негативного впливу обох захворювань туберкульоз нерідко перебігав із своєрідною клініко-рентґенологічною картиною, частими ускладненнями, вираженими порушеннями з боку серцево-судинної системи і, як наслідок цього, ефективність лікування була низькою.

За останні 15 років захворюваність і смертність від туберкульозу зросли більше ніж у два рази. В Україні епідемія туберкульозу набула загрозливого характеру. Зростання захворюваності зумовлено, насамперед, відсутністю соціального захисту, зубожінням людей, екологічними негараздами, низькою культурою населення [1, 2]. Хворіють на туберкульоз переважно люди зі значним зниженням захисних сил організму, що зумовлено різними негативними чинниками, в тому числі цукровим діабетом. Переважно цукровий діабет є передуючим захворюванням, на тлі якого в різні терміни розвивався туберкульоз [3]. Перебіг туберкульозу при цукровому діабеті характеризувався значнішим і тривалішим періодом явищ туберкульозної інтоксикації, сповільненою нормалізацією порушеного обміну речовин і загоєнням порожнин розпаду. Загалом, хворі, які страждають одночасно туберкульозом і цукровим діабетом, трудно підлягають лікуванню, зворотний розвиток специфічного процесу супроводжувався великими залишковими змінами і схильністю до рецидивів [4].

Мета дослідження полягала у вивченні частоти, особливостей перебігу туберкульозу і стану серцево-судинної системи у хворих на цукровий діабет.

Матеріали і методи

Проведено аналіз 130 стаціонарних історій хворих на туберкульоз легень у поєднанні з цукровим діабетом, які перебували на лікуванні в обласному протитуберкульозному диспансері у 2001-2004 рр. Серед загальної кількості 2 809 хворих поєднання обох недуг констатовано у 130 (4,6 %). Чоловіків було 74 (56,9 %), жінок – 56 (43,1 %), віком від 18 до 77 років, переважно у віці від 41 до 60 років – 50,0 %. Мешканців села було 63,1 %, міста – 36,9 %.

Вперше діагностований туберкульоз легень (ВДТБЛ) констатований у 68 (52,3 %), рецидиви (РТБЛ) – у 29 (22,3 %) і хронічний туберкульоз легень (ХТБЛ) – у 33 (25,4 %) хворих. Серед клінічних форм туберкульозу легень переважали інфільтративна – у 68 (52,3 %), фіброзно-кавернозна – у 26 (20,0 %), дисемінована - у 24 (18,5 %) і значно рідше вогнищева – у 8 (6,1 %) та інші (3,1 %). Мікобактерії туберкульозу виділяли 79 (60,8 %) хворих, порожнини розпаду виявлені у 105 (80,8 %).

Результати аналізу підлягали статистичній обробці з визначенням показника достовірності.

Результати досліджень та їх обговорення

Результати аналізу засвідчили значне почастішання хворих жіночої статі з поєднанням туберкульозу і цукрового діабету (43,1 %) порівняно з пацієнтами загальної групи - 2 809 осіб (26,5 %) (P<0,02). Хворі на ВДТБЛ і діабет складали 52,3 % порівняно з РТБЛ, ХТБЛ і цукровий діабет (47,7 %). Це є наслідком взаємного негативного впливу туберкульозу і діабету, що формує комплексне захворювання із своєрідною клінічною картиною і труднощами лікування. Такі хворі переважно не доживають до пізніх рецидивів чи глибокої хронізації. Крім цього, при поєднаній патології значно частіше спостерігаються ускладнення і супровідні захворювання з боку серцево-судинної системи. Підгостре легеневе серце при поєднанні обох захворювань і в загальній групі хворих констатовано відповідно у 0,8 і 0,5 %, хронічне легеневе серце - у 27,7 і 23,1 %, міокардіодистрофія – у 6,9 і 3,8 %; супровідна патологія: гіпертонічна хвороба у 8,5 і 3,8 % та ішемічна хвороба серця відповідно у 10,0 і 7,2 % пацієнтів (P>0,05).

З метою порівняльного вивчення впливу поєднаної патології (основна група) і самого туберкульозу (контрольна група) на стан серцево-судинної системи відібрано дві репрезентативні групи на вперше діагностований туберкульоз легень по 35 осіб в кожній. Серед пацієнтів на ВДТБЛ у поєднанні з цукровим діабетом скарги на біль в ділянці серця констатовані у 9 осіб, у хворих контрольної групи – у 5; задишка - відповідно у 15 і 11; біль в правому підребер'ї – у 5 і 3 осіб; приглушені тони серця вислуховувалися відповідно у 4 і 2 хворих, акцент II тону на легеневій артерії – у 8 і 4; помірний ціаноз слизових губ і збільшення печінки відмічено у 3 хворих кожної із груп. Отже, наведені ознаки і їх більша частота у хворих з поєднаною патологією є наслідком сумарної дії туберкульозної інтоксикації та порушених обмінних процесів, властивих цукровому діабету. Все це відповідно відобразилось на гемодинамічних і електрокардіографічних показниках.

Результати порівняльного аналізу показників гемодинаміки і електрокардіограми в основній та контрольній групах наведено в таблиці 1.

Таблиця 1

Показники гемодинаміки та ЕКГ у хворих на туберкульоз легень

Показник		Основна група (n=35)	Контрольна група (n=35)	P
АТ, мм рт ст.	систолічний	116,0±1,2	120,0±1,2	<0,02
	діастолічний	68,0±1,3	72,0±1,0	<0,05
Частота пульсу за 1 хв.		88,0±0,1	84,0±1,2	<0,05
Ширина зубців та інтервалів, с	P	0,075±0,001	0,080±0,002	<0.002
	P-Q	0,142±0,002	0,147±0,002	>0,05
	QRS	0,086±0,001	0,087±0,001	>0,05
	R-R	0,710±0,017	0,760±0,012	<0,05
Амплітуда зубців, мм	P_I	0,760±0,027	0,800±0,032	>0,05
	P_{III}	0,910±0,031	0,780±0,027	<0,05
	R_I	5,320±0,250	5,510±0,102	>0,05
	R_{II}	11,550±0,310	12,050±0,350	>0,05
	R_{III}	8,020±0,321	7,090±0,329	<0,05
	T_I	1,860±0,029	1,980±0,041	<0,02
	T_{II}	2,500±0,101	2,340±0,099	<0,05
	T_{III}	0,910±0,105	1,200±0,102	<0,05
Кут б в градусах		64,0±2,1	58,0±2,2	<0,05

З таблиці 1 видно, що при поєднаній патології спостерігаються суттєвіші зміни з боку серцево-судинної системи, що проявляється зниженням систолічного та діастолічного артеріального тиску, почастішанням пульсу, що супроводжувалося меншою шириною інтервалів та зубців ЕКГ, зокрема інтервалу R-R ($P<0,05$). Крім цього, у хворих з поєднанням туберкульозу і цукрового діабету спостерігалися ознаки перевантаження правих відділів серця внаслідок підвищення тиску в малому колі кровообігу і виражених патологічних змін у легенях, а також порушення метаболізму серцевого м'язу, що підтверджувалось зниженням зубців Т і депресією сегмента S-T у деяких стандартних та грудних відведеннях ($P<0,05$).

Поєднання туберкульозу з цукровим діабетом доволі негативно відбивається і на результатах лікування. Ефективність антимікобактерійної терапії хворих різних типів туберкульозного процесу і в поєднанні з цукровим діабетом представлена в таблиці 2.

Таблиця 2

Припинення бактеріовиділення і загоєння порожнин розпаду у хворих різних типів туберкульозного процесу в поєднанні з цукровим діабетом

Тип туберкульозного процесу	Абсолютне число хворих з		Припинення бактеріовиділення (%)	Загоєння порожнин розпаду (%)
	МБТ	CV		
ВДТБЛ	44	52	75,0	42,3
РТБЛ	15	20	66,7	35,0
ХТБЛ	20	23	10,0	0

З таблиці 2 видно, що ефективність лікування хворих з поєднаною патологією ВДТБЛ і РТБЛ доволі низька і значно нижча, ніж у пацієнтів з тими ж типами туберкульозного процесу, але без супутнього цукрового діабету ($P<0,001$). Загалом, при всіх типах туберкульозного процесу, разом взятих, припинення бактеріовиділення настало у 57,0 %, а загоєння порожнин розпаду – у 27,6 %; значне покращання спостерігалося у 28,5 %, покращання – у 29,2 %, без динаміки – у 30,8 % і померло 11,5 % хворих.

Висновок

При сучасних можливостях фтизіатрії та діабетології, лікування хворих на туберкульоз у поєднанні з цукровим діабетом залишається малоефективним. Ефективність лікування знижується одночасно зі збільшенням серед хворих з поєднаними захворюваннями кількості осіб похилого віку, пацієнтів з хронічними формами туберкульозу, ускладненнями і супутньою патологією, передусім з боку серцево-судинної системи. Лікування може бути більш результативним за умови своєчасної діагностики туберкульозу, адекватної антимікобактерійної і патогенетичної терапії, спрямованої на швидку компенсацію обмінних порушень і ліквідацію туберкульозної інтоксикації, нормалізацію порушених функцій організму, зокрема серцево-судинної системи.

Література

1. Фещенко Ю.І., Мельник В.М. Сучасні методи діагностики, лікування і профілактики туберкульозу. - К.: Здоров'я, 2002. – 904 с.

2. Перельман М.И., Корякин В.А., Богодельникова И.В. Фтизиатрия: Учебник. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2004. – 520 с.

3. Туберкулёз лёгких в сочетании с другими заболеваниями / Под ред. Р. Раданова и Ст. Тодорова. – София: Медицина и физкультура, 1974. – 263 с.

4. Смурова Т.Ф. Туберкулёз лёгких и сахарный диабет / / Медицинская помощь. – 2004. - № 6. – С. 27-32.

LUNG TUBERCULкSIS IN CкMBINATIкN WITH KIABETES MELLITUS

S.I. Kornaha

SUMMARY Among 2 809 lung tuberculosis patients, diabetes mellitus as accompanying pathology was observed at 4,63 % patients. As a result of mutual negative influence of both diseases, the tuberculosis quite often proceeded with original clinico-radiological picture, the frequent complications, expressed by infringements of cardiovascular system and as consequence of it, efficiency of treatment was low.