

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Висновки

Використання глутаргіну у хворих на лептоспіроз із супутнім хронічним алкоголізмом веде до швидкої регресії загальноінтоксикаційних проявів хвороби, зменшення інтоксикації за рахунок зниження концентрації азотистих шлаків у крові, зменшення нирково-печінкової недостатності в гострій стадії патологічного процесу з швидким відновленням детоксикаційної та екскреторної функції нирок і печінки.

Література

1. Возіанова Ж.І. Інфекційні і паразитарні хвороби: У 3 т. – Київ: Здоров'я, 2002. – Т. 2. – С. 623-656.
2. Лебедев В.В. Иктерогеморрагический лептоспироз. – Краснодар, 1999. – 48 с.
3. Воробьев Л.П., Маев И.В. Особенности клиники и патогенеза заболеваний желудочно-кишечного тракта при алкоголизме // Сов. медицина. – 1987. – № 2. – С. 39-44.

4. Скалыга И.М., Фролов В.М. Патология печени сочетанного вирусного и алкогольного генеза. – Харьков–Луганск, 1994. – 154 с.

5. Глутаргин: новый подход к патогенетическому лечению вирусных гепатитов // Здоров'я України. – 2003. – № 5. – С. 34.

EFFICIENCY OF GLUTARGIN IN COMPLEX TREATMENT OF LEPTOSPIROSIS WITH SIMULTANEOUS CHRONIC ALCOHOL INTOXICATION

О.Я. Pryshlyak

SUMMARY. The use of glutargin in patients with leptospirosis with simultaneous chronic alcoholism leads to the fast regression of general intoxication signs of disease; the lowering of intoxication indices due to utilization of nitrous slags in blood, the reduction of renal-hepatic deficiency, in acute stage of pathologic process with rapid renovation of detoxication and excretion function of kidneys and liver.

© Корнага С.І., 2005
УДК 616.24-002.5-06:616.1

С.І. Корнага

СЕРЦЕВО-СУДИННА ПАТОЛОГІЯ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Проведено аналіз 2565 історій хворих з різними типами туберкульозу легень. Ускладнення з боку серцево-судинної системи констатовані у 24,2 %, інші супровідні кардіоваскулярні захворювання – у 9,2 % хворих. Доведена необхідність суворо індивідуальної адекватної комплексної терапії хворих на туберкульоз легень із супутньою патологією.

За останні десятиріччя різко скоротилася кількість публікацій у науковій літературі стосовно серцево-судинної патології у хворих на туберкульоз легень, який є великою небезпекою для людства [1]. У той же час відомо, що туберкульоз має значний вплив на стан системи кровообігу, який слід розглядати в таких аспектах: 1) специфічні ураження серця і судин; 2) функціональні розлади, зумовлені неспецифічними захворюван-

нями, туберкульозною інтоксикацією, а також антимікобактерійними препаратами; 3) супровідні захворювання серцево-судинної системи.

Туберкульоз може уражати всі відділи серцево-судинної системи. Специфічне ураження ендокарда буває дуже рідко, міокарда – також доволі рідко, значно частіше спостерігається туберкульоз перикарда. Це все відбувається внаслідок проникнення мікобактерій туберкульозу в ендокард, міокард чи перикард лімфогенним, гематогенним або контактним шляхами.

Неспецифічні ураження серцево-судинної системи найчастіше зумовлені туберкульозною інтоксикацією і гемодинамічними порушеннями в системі малого кола кровообігу. Останні виникають внаслідок поширеного ураження легень, гіпертензії в малому колі кровообігу, деформації грудної клітки, злу-

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

кового процесу, зміщення серця, гіпоксії та гіпоксемії. Одним з найчастіших неспецифічних уражень є синдром легеневого серця [2, 3]. За даними різних авторів, частота хронічного легеневого серця при туберкульозі легень спостерігається в межах від 8 до 51 %. Почастішання такого ускладнення пояснюється тривалістю життя хворих з хронічними поширеними формами туберкульозу, при яких розвиваються виражені метатуберкульозні зміни в легеневій паренхімі (пневмосклероз, емфізема, вторинна інфекція, бронхоектази). Ці органічні зміни поряд з функціональними – бронхоспазмом, призводять до гіпоксії, гіпоксемії і до гіпертензії в системі легеневої артерії. Підвищення кров'яного тиску в легеневих судинах зумовлює підвищене навантаження на правий шлуночок. Поряд з цим, у патогенезі хронічного легеневого серця відіграють роль й інші чинники [4, 5].

У хворих старшого віку часто спостерігаються супровідні захворювання серцево-судинної системи, які не пов'язані з туберкульозом, зокрема, ішемічна хвороба серця, в т.ч. атеросклероз і гіпертонічна хвороба. Частота атеросклерозу у хворих на туберкульоз легень, за даними патологоанатомічних досліджень, коливається від 14 до 58 % [6]. До речі, клінічні симптоми коронарної хвороби у хворих на туберкульоз з вираженим атеросклерозом коронарних артерій переважно менш яскраві, ніж у пацієнтів без туберкульозу легень. Крім цього, в доантибактерійний період вважали, що гіпертонія несумісна з активним туберкульозом легень, оскільки при тяжких його формах частіше спостерігається гіпотонія. Проте, поєднання туберкульозу легень з гіпертонічною хворобою трапляється нерідко, до того ж, у молодому віці.

У хворих на активний туберкульоз легень із супровідними захворюваннями серцево-судинної системи, зокрема атеросклерозом, часто виникають побічні явища в процесі антимикобактерійної

терапії. Все це дає підставу для суворо обґрунтованого індивідуального підходу при призначенні комплексної терапії хворим на туберкульоз у поєднанні із серцево-судинними захворюваннями з метою підвищення ефективності лікування.

Загалом, проблема туберкульозу легень, ускладненого хронічним легеневим серцем, міокардіодистрофією, як і в поєднанні із серцево-судинними захворюваннями, продовжує залишатися актуальною, нерідко дискусійною і потребує подальшого достеменного вивчення. У цій публікації ми поставили перед собою завдання вивчити частоту і характер супровідної серцево-судинної патології та ускладнень у хворих з різними типами туберкульозного процесу.

Матеріали і методи

Проведено аналіз 2565 стаціонарних історій хвороб пацієнтів на туберкульоз легень, віком від 3 до 78 років, серед яких переважали чоловіки (76,5 %). За типами туберкульозного процесу хворі розподілились таким чином: вперше діагностований туберкульоз легень (ВДТБ) був у 1452 (56,6 %), рецидив туберкульозного процесу (РТБ) – у 395 (15,4 %) і хронічний туберкульоз легень (ХТБ) – у 718 (28,0 %) осіб.

Найчастіше серед клінічних форм туберкульозу легень спостерігалися інфільтративна (34,1 %), дисемінована (21,6 %) і фіброзно-кавернозна (17,9 %). Первинний туберкульозний комплекс і туберкульозний бронхоаденіт становили всього 4,2 %, у тому числі у 79 (3,1 %) дітей. На інші клінічні форми припадало 22,2 %.

Мікобактерії туберкульозу виділяли 1295 (50,5 %), порожнини розпаду констатовані у 1479 (57,7 %) хворих. Отримані результати аналізу піддавались статистичній обробці з обчисленням показника достовірності.

Результати дослідження та їх обговорення

Ускладнення туберкульозу легень були частими і різноманітними, однак найчастіше спостерігалися з боку легенево-серцевого апарату (табл. 1).

Таблиця 1

Найбільш часті ускладнення туберкульозу легень (%)

| Ускладнення | Роки | | | | Разом (n=2565) |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------|
| | 1997 (n=664) | 1998 (n=624) | 1999 (n=619) | 2000 (n=678) | |
| Легенева недостатність | 12,42 | 27,08 | 29,89 | 39,68 | 27,41 |
| Хронічне легеневе серце | 19,10 | 21,15 | 21,81 | 20,94 | 20,74 |
| Туберкульозний плеврит (в т.ч. емпієма плеври) | 5,12 | 4,97 | 5,01 | 4,42 | 4,87 |
| Легеневі кровохаркання і кровотечі | 4,04 | 4,49 | 4,20 | 4,72 | 4,36 |
| Міокардіодистрофія | 2,48 | 2,88 | 1,94 | 3,98 | 2,85 |
| Спонтанний пневмоторакс | 1,70 | 1,60 | 2,26 | 1,77 | 1,83 |
| Туберкульоз гортані | 2,11 | 2,56 | 1,13 | 1,77 | 1,91 |

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Ускладнення доволі рівномірно розподілялися по роках спостереження. Проте частка легеневої недостатності з кожним роком достовірно зростала ($P < 0,001$), що зумовлено, в першу чергу, почастишанням хворих з рецидивами та більшою часткою пацієнтів з поширеним деструктивним вперше діагностованим туберкульозом легень, що співзвучно із сучасною епідеміологічною ситуацією з туберкульозу в Україні [1]. Найчастішим ускладненням з боку серцево-судинної системи були хронічне легеневе серце і міокардіодистрофія, які спостерігались передусім у хворих віком понад 41 рік, чоловічої статі. Значно рідше констатовані випадки підгострого легеневого серця (0,43 %), токсичного міокардиту (0,43 %) і злукового перикардиту (0,08 %).

У таблиці 2 наведено дані про найчастішу супровідну патологію у хворих на туберкульоз легень.

Отже, найчастішими супровідними захворюваннями у хворих на туберкульоз легень були ішемічна хвороба серця, хронічні неспецифічні захворювання легень, цукровий діабет, хронічний алкоголізм, гепатит, гіпертонічна хвороба, а також виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки. Стосовно частоти поєднання туберкульозу і раку легень з'ясувалося, що вона щорічно зростала ($P < 0,05$). Інші захворювання, кожне зокрема, не перевищували 1 %.

У таблиці 3 відображені частота та характер ускладнень і супровідної патології при різних типах туберкульозного процесу.

Таблиця 2

Супровідна патологія у хворих на туберкульоз легень (%)

| Захворювання | Роки | | | | Разом (n=2565) |
|--|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------------------|
| | 1997 (n=664) | 1998 (n=624) | 1999 (n=619) | 2000 (n=678) | |
| Ішемічна хвороба серця | 7,30 | 6,73 | 6,30 | 6,34 | 6,67 |
| ХНЗЛ | 6,06 | 6,73 | 6,46 | 6,87 | 6,00 |
| Цукровий діабет | 4,66 | 4,97 | 4,20 | 4,42 | 4,56 |
| Хронічний алкоголізм | 2,95 | 2,56 | 3,72 | 3,54 | 3,20 |
| Хронічний гепатит | 2,64 | 1,92 | 2,75 | 2,95 | 2,57 |
| Гіпертонічна хвороба | 1,09 | 2,08 | 2,10 | 2,06 | 1,83 |
| Хронічний гастродуоденіт | 1,09 | 2,08 | 0,65 | 1,92 | 1,44 |
| Виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки | 1,40 | 1,28 | 0,64 | 1,03 | 1,09 |
| Рак легень | 0,78 | 0,80 | 1,62 | 2,06 | 1,39 |

Таблиця 3

Найчастіші ускладнення та супутні захворювання при різних типах туберкульозного процесу (%)

| Ускладнення та супутні захворювання | Тип туберкульозного процесу | | |
|--|-----------------------------|----------------|----------------|
| | ВДТБ (n=1452) | РТБ (n=395) | ХТБ (n=718) |
| Хронічне легеневе серце | 6,20 | 13,42* | 54,18** |
| Міокардіодистрофія | 2,41 | 3,04* | 3,62** |
| Дихальна недостатність | 13,64 | 33,92* | 51,67** |
| Легеневі кровохаркання і кровотечі | 3,03 | 4,05* | 7,24** |
| Ексудативний плеврит | 8,06 | 3,29* | 0,42** |
| Туберкульоз гортані | 2,13 | 0,76* | 1,67 |
| Спонтанний пневмоторакс | 1,65 | 1,52 | 2,37 |
| Цукровий діабет | 3,99 | 6,84 | 4,46 |
| Хронічні неспецифічні захворювання легень | 4,82 | 8,61* | 9,19** |
| Хронічний алкоголізм | 2,55 | 2,53 | 4,04 |
| Хронічний гепатит | 3,31 | 5,06 | 3,62 |
| Виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки | 2,13 | 3,54 | 2,79 |
| Рак легень | 1,45 | 2,03 | 2,23 |
| Ішемічна хвороба серця (в т.ч. гострий інфаркт) | 5,79 | 10,13 | 6,55 |
| Гіпертонічна хвороба | 1,17 | 2,03 | 3,06** |

Примітки: * – достовірна різниця між показниками ВДТБ і РТБ; ** – між показниками ВДТБ і ХТБ ($P < 0,05-0,001$).

З наростанням «хронізації» туберкульозного процесу достовірно зростає відсоток неспецифічних ускладнень, таких як: легенева недостатність, хронічне легеневе серце, міокардіодистрофія, легеневі геморагії, а також супутніх захворювань: хронічні неспецифічні захворювання легень і гіпертонічна хвороба. Поряд з цим, намітилась виражена тенденція до зростання відсотка хворих з хронічним алкоголізмом і раком легень ($P > 0,05$). Стосовно специфічного ускладнення – ексудативного плевриту, виявлена достовірна протилежна закономірність, тобто почастішання в бік вперше діагностованого туберкульозу, передусім дисемінованої його форми, а також туберкульозу внутрішньогрудних лімфатичних вузлів і первинного туберкульозного комплексу.

Висновки

1. Найчастішими ускладненнями туберкульозу легень з боку серцево-судинної системи були хронічне легеневе серце та міокардіодистрофія, відсоток яких закономірно зростав при рецидивах туберкульозного процесу і, передусім, при хронічних його формах.
2. Із супровідної серцево-судинної патології найчастіше траплялися ішемічна хвороба серця та гіпертонічна хвороба.
3. Враховуючи значну частоту серцево-судинної патології у хворих на туберкульоз легень, необхідно дотримуватись суворо індивідуального адекватного підходу при проведенні комплексної терапії.

Література

1. Фещенко Ю.І., Мельник В.М. Сучасні методи діагностики, лікування і профілактики туберкульозу. – Київ: Здоров'я, 2002. – 904 с.
2. Амосова Е.Н., Коноплева Л.Ф. Хроническое легочное сердце: сущность понятия и гетерогенность патогенеза, морфофункционального состояния сердца и сосудов, клинического течения различных форм // Укр. пульмонолог. журнал. – 2002. – № 1. – С. 29-33.
3. Гаврилюк В.К. Хроническое легочное сердце: современные классификационные, диагностические и лечебные подходы // Мистецтво лікування. – 2004. – № 1. – С. 42-50.
4. Кулачковский Ю.В. Хроническое легочное сердце при туберкулезе. – Киев: Здоров'я, 1981. – 216 с.
5. Budev M.M., Arroliga A.C., Wiedemann H.P., Matthay R.A. Cor Pulmonale: An Overview // Semin. Respir. Crit. Care Med. – 2003. – V. 24, N 3. – P. 233-243.
6. Малая Л.Т. Диагностика и лечение болезней сердца и сосудов, обусловленных туберкулезом. – Киев: Здоров'я, 1969. – 508 с.

CARDIOVASCULAR PATHOLOGY IN PATIENTS WITH LUNG TUBERCULOSIS

S.I. Kornaha

SUMMARY. The analysis of 2565 case records of patients with various types of lung tuberculosis was carried out. Complications on the part of cardiovascular system were ascertained at 24,17 %, accompanying diseases of cardiovascular origin - at 9,21 % patients. The necessity of strict individual adequate complex therapy of lung tuberculosis patients with cardiovascular pathology was proved.

© Курганова І.І., Головацька Ж.Є., Овод Л.Є., Залізник Н.П., 2005
УДК 616.5-002.957+613.4

І.І. Курганова, Ж.Є. Головацька, Л.Є. Овод, Н.П. Залізник

РІВЕНЬ ГІГІЄНИЧНИХ ЗНАНЬ НАСЕЛЕННЯ І СТАН САНІТАРНО-ПРОСВІТНИЦЬКОЇ РОБОТИ З ПРОФІЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Львівський НДІ епідеміології та гігієни МОЗ України, Львівський державний медичний коледж ім. А. Крупинського, Золочівська санітарно-епідеміологічна служба Львівської області, Кременчуцька дезінфекційна станція Полтавської області

Соціологічне дослідження, проведене методом анкетного опитування різних груп населення (учні загальноосвітніх шкіл, студенти середніх і вищих

навчальних закладів, вчителі та батьки учнів загальноосвітніх шкіл), засвідчило недостатній рівень знань серед усіх груп респондентів щодо медич-