

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

волюционных преобразований в лечении желудочно-кишечных заболеваний // Там само. – 2005. – № 6. – С. 4-8.

9. Губергриц Н.Б., Синяченко О.В., Белоконь Т.М и соавт. Новые неинвазивные тесты для диагностики инфекции *Helicobacter pylori* // Там само. – 2004. – № 2. – С. 24-27.

10. Железнякова Н.М. Пути верификации *Helicobacter pylori* и оценка их информативности при язвенной болезни и хроническом гастрите // Там само. – 2004. – № 4. – С. 46-48.

11. Фадеенко Г.Д., Бабак М.О., Ромашкина Л.Н. Первый опыт использования неинвазивной диагностики *Helicobacter pylori* на основании определения антигена // Там само. – 2001. – № 3. – С. 14-15.

12. Швець О.В. Дослідження діагностичної ефективності різних методів визначення інфекції *Helicobacter pylori* у хворих на хронічний антральний гастрит та виразкову хворобу дванадцятипалої кишки // Там само. – 2003. – № 1. – С. 77-80.

13. Мегро Ф. Резистентность *Helicobacter pylori* к антибиотикам // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2002. – № 3. – С. 71-78.

14. Григорьев П.Я., Яковенко А.В., Яковенко Э.П. и соавт. Пути оптимизации лечения *Helicobacter pylori*-инфекции. Сравнительная эффективность тройной и квадротерапии, используемых в качестве схем первой линии // Сучасна гастроентерологія. – 2004. – № 4. – С. 66-72.

15. Бабак О.Я. Лікування кислотозалежних захворювань: що ми сьогодні про це знаємо? // Там само. – 2001. – № 4. – С. 4-7.

16. Бабак О.Я. Нужна ли антихеликобактерная терапия при хроническом гастрите и пептических язвах? // Там само. – 2001. – № 3. – С. 3-8.

17. Головченко О.І. Характеристика моторно-евакуаторної функції шлунка у хворих на хронічний гастрит // Там само. – 2002. – № 4. – С. 53-54.

18. Передерий В.Г., Ткач С.М., Григоренко А.А и др. Эффективность контролока в процессе лечения гастродуоденальной патологии // Там само. – 2002. – № 3. – С. 654-656.

19. Маев И.В. Лимфоцитарный гастрит: особенности патогенеза, диагностики и лечения // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2005. – № 5. – С. 53-57.

TREATMENT OF CHRONIC GASTRITIS

N.V. Delytkanych, S.M. Andreychyn

SUMMARY. Modern classification of chronic gastritis, indications and charts of treatment of these pathological states are considered in the article.

Key words: chronic gastritis, treatment.

© Корнага С.І., 2008

УДК 616.24-002.5-06:616.12/14

С.І. Корнага

СЕРЦЕВО-СУДИННА ПАТОЛОГІЯ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Супутня серцево-судинна патологія (ішемічна хвороба серця – ІХС, гіпертонічна хвороба, нейроциркуляторна дистонія – НЦД) спостерігається у 10,3 % хворих на вперше діагностований туберкульоз легень. Перебіг туберкульозу в поєднанні із серцево-судинною патологією тяжчий, часто спостерігається первинна хіміорезистентність, непереносність туберкулостатиків, у результаті – низька ефективність лікування; припинення бактеріовиділення – у 80,2 %, а закриття порожнин розпаду – лише у 40,8 % хворих.

Ключові слова: серцево-судинна патологія, туберкульоз легень.

За останні десятиріччя змінилися епідеміологія, клініка туберкульозу взагалі й органів дихання зокре-

ма. Зріс прошарок людей похилого і старечого віку, схильних до серцево-судинних захворювань, які часто поєднуються з туберкульозом легень. До того ж, сучасна антимікобактерійна терапія крім вираженого позитивного впливу на організм хворого може спричинити різні побічні реакції. Ці реакції, значною мірою, притаманні хворим зі зниженою загальною опірністю організму, розладами нейроендокринної та серцево-судинної системи [1].

Таким чином, на сучасному етапі боротьби з туберкульозом з'являються все нові завдання, що потребують подальшого вивчення, оскільки спеціальна література минулих десятиліть досить суперечлива при трактуванні взаємозалежності туберкульозу легень і хвороб

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

серця [2]. Це безумовно пояснюється неоднаковим контингентом хворих, передусім за типом туберкульозного процесу, його поширеністю, супутньою серцево-судинною патологією.

Результати досліджень стосуються 146 хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні за останні 5 років. До речі, із загальної кількості (2086) хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, які перебували в тублікарні, серцево-судинна патологія (ІХС, гіпертонічна хвороба і НЦД) констатована у 10,3 % осіб; значно зросла кількість пацієнтів на гіпертонічну хворобу в поєднанні з туберкульозом, що до певної міри зумовлено сучасним нелегким і нездоровим способом життя людей.

У віці понад 50 років хворих на вперше діагностований туберкульоз у поєднанні з ІХС було 72,2 %, гіпертонічною хворобою – 54,3 % і НЦД – 28,6 %. У той же час, у пацієнтів до 50 років все це мало протилежний характер, відповідно 27,8, 45,7 і 71,4 % ($P < 0,05$), що є характерним для цих серцево-судинних захворювань. Залежно від статі такої закономірності не відмічено.

Поєднання туберкульозу із серцево-судинною патологією значно частіше спостерігається в осіб сільської місцевості, порівняно з хворими міста, відповідно 70,5 і 29,4 % ($P < 0,05$), що свідчить про незадовільне медичне обслуговування сільського населення, низьку санітарну грамотність, часте зловживання алкоголем, курінням, ненормованою важкою фізичною працею і харчуванням.

В осіб молодого і середнього віку частіше спостерігалась НЦД. Поведінка цих пацієнтів нерідко суперечила здоровому способу життя, вони були незадоволені своїм соціальним статусом, оскільки 52,4 % з них не мали постійного місця роботи. Маніфестації НЦД сприяв і сам факт захворювання на туберкульоз, незалежно від його клінічної форми.

Явища туберкульозної інтоксикації при поєднаній патології в основному корелювали з клінічною формою туберкульозу. У той же час, скарги і симптоми порушення серцево-судинної системи були майже однаковими за частотою. При поєднанні туберкульозу та ІХС вони спостерігалися у 87,8 %, гіпертонічній хворобі – у 85,7 % і рідше при НЦД – у 76,2 % осіб. Загалом, при поєднанні туберкульозу з ІХС, гіпертонічною хворобою і НЦД скарги і об'єктивні симптоми з боку серцево-судинної системи констатовані у 125 із 146 хворих (85,6 %). Все це вимагає особливої пильності при проведенні тривалої антимікобактерійної терапії і своєчасної її корекції.

У хворих на вперше діагностований туберкульоз у поєднанні із серцево-судинними захворюваннями відмічено доволі високий відсоток (29,2 %) первинної

хіміорезистентності мікобактерій туберкульозу. Зокрема, монорезистентність була у 7,3 %, мультирезистентність також – у 7,3 %, а полірезистентність – удвічі більше, тобто у 14,6 % пацієнтів. Частіше первинна хіміорезистентність спостерігалась у хворих на туберкульоз у поєднанні з ІХС (32,8 %), НЦД (28,6 %), рідше – у пацієнтів з гіпертонічною хворобою (16,7 %). Первинна медикаментозна резистентність до стрептоміцину була у 31,2 % хворих, до ізоніазиду, як і рифампіцину – у 23,6 %, канаміцину – у 12,5 %, етамбутолу – у 8,8 %, рифабутину – у 5,2 %, амікацину – у 4,2 % та етіонаміду – у 3,1 % осіб.

Крім вищенаведених негативних чинників додавались ще й інші, такі як протипоказання до застосування і, переважно, непереносність окремих протитуберкульозних препаратів у процесі хіміотерапії. Побічні реакції при використанні сучасних, хоч із суворо індивідуальним підходом, схем лікування, спостерігались у 85 (58,2 %) хворих з поєднаною патологією. Переважали реакції токсичного і змішаного характеру, зокрема з боку серцево-судинної системи були у 56 (38,4 %), з яких у 28 (19,2 %) хворих були ліквідовані лише після відміни антимікобактерійного препарату, яким була спричинена побічна реакція.

Усі ці негативні фактори не могли не відобразитись на ефективності лікування, яка виявилася невтішною. При проведенні антимікобактерійної терапії і в подальшому скорегованої залежно від результатів чутливості мікобактерій туберкульозу до хіміопрепаратів, з урахуванням супутньої патології та переносності препаратів, припинення бактеріовиділення настало у 77 (80,2 %) осіб, загоєння порожнини розпаду – лише у 40 (40,8 %) хворих на вперше діагностований туберкульоз легень.

Висновки

1. У хворих на вперше діагностований туберкульоз легень супутня серцево-судинна патологія (ІХС, гіпертонічна хвороба, НЦД) констатована у 10,3 %. Це були переважно особи чоловічої статі, віком понад 50 років, мешканці села.

2. Клінічний перебіг туберкульозу у хворих з поєднаною патологією тяжчий і складніший, часто спостерігалась первинна резистентність мікобактерій туберкульозу (29,2 %), непереносність туберкулостатиків і, в результаті, низька ефективність лікування. Припинення бактеріовиділення настало у 80,2 %, а закриття порожнин розпаду лише у 40,8 % хворих.

Література

1. Фещенко Ю.І., Мельник В.М. Контроль за туберкульозом в умовах ДОТС-стратегії. – Київ: Медицина, 2007. – 480 с.

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

2. Малая Л.Т. Диагностика и лечение болезней сердца и сосудов, обусловленных туберкулезом. – Київ: Здоров'я, 1969. – 508 с.

CARDIOVASCULAR PATHOLOGY AT LUNG TUBERCULOSIS PATIENTS

S.I. Kornaha

SUMMARY. Accompanying cardiovascular pathology (IHD, hypertensive illness, NCD) is observed in 10,3 % at first diagnosed lung tuberculosis patients.

Motion of tuberculosis in combination with cardiovascular pathology is more than heavy, often there is primary chemoresistent, intolerance of tuberculostatics, as a result – low efficiency of medical treatment. Stopping of bacterioemission came in 80,2 %, and closing of cavities of disintegration only in 40,8 % patients.

Key words: cardiovascular pathology, lung tuberculosis.