

О.М. Разнатовська

**ПАТОМОРФОЗ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ВНУТРІШНЬОГРУДНИХ ЛІМФАТИЧНИХ ВУЗЛІВ
У ДІТЕЙ В СУЧАСНИХ УМОВАХ**

Запорізький державний медичний університет

Ключові слова: туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів, діти.**Ключевые слова:** туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, дети.**Key words:** intrathoracic lymph node tuberculosis, children.

Проведено аналіз 10 історій хвороб дітей, які перебували на лікуванні з приводу туберкульозу внутрішньогрудних лімфатичних вузлів (ТВГЛВ). Причиною зниження якості сучасної діагностики туберкульозу в стаціонарах є недостатньо повний збір анамнезу, невірне трактування рентгенологічної картини захворювання, недооцінка результатів проби Манту, низька якість вакцинації БЦЖ і малосимптомний клінічний перебіг.

Проведен анализ 10 историй болезней детей, которые находилось на лечении по поводу туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов (ТВГЛУ). Причиной снижения качества своевременной диагностики туберкулеза в стационарах является недостаточно полный сбор анамнеза, неверная трактовка рентгенологической картины заболевания, недооценка результатов пробы Манту, низкое качество вакцинации БЦЖ и малосимптомное клиническое течение.

Ten case histories children, treated for intrathoracic lymph node tuberculosis (ITLNT), were studied. The cause of low quality of timely diagnostics of tuberculosis in general hospitals was an inadequate history collection, incorrect reading of chest X-ray films and underestimation of tuberculin testing results, poor quality of BCG vaccination, hyposymptomatic clinical course.

Однією з проблем сучасної медицини в Україні залишається туберкульоз [1]. В плані своєчасної діагностики туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів (ТВГЛВ) є доволі складною задачею [2]. ТВГЛВ частіше всього виникає в дитячому віці [6]. В умовах несприятливої епідеміологічної ситуації вивчення патоморфозу ТВГЛВ у дітей має актуальне значення для визначення шляхів поліпшення ранньої діагностики і своєчасного лікування [2,6,7].

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ: вивчення патоморфозу внутрішньогрудних лімфатичних вузлів у дітей в сучасних умовах.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Для вивчення клініко-рентгенологічної картини ТВГЛВ у дітей, використали архівний матеріал (10 історій хвороб дітей, які перебували на лікуванні в дитячому відділенні Запорізького обласного протитуберкульозного клінічного диспансеру з 2005 по 2007 рр.). Середній вік ($4,4 \pm 1,3$) років.

Особлива увага надавалась вивченню анамнестичних даних, наявності контакту з хворими на туберкульоз, ретроспективного аналізу характеру чутливості до туберкуліну і даних рентгенологічного обстеження, вираженості інтоксикації.

Ступінь інтоксикації визначали за допомогою лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ), який обраховували за формулою Я.Я. Кальф-Каліфа (1941) в модифікації В.К. Островського з співавт. (1999) [4]. Нормальні значення ЛІІ знаходяться у межах від 1 до 3.

Вивчали тип реакції адаптації, який обчислювали шляхом частки відсоткового вмісту у периферичній крові лімфоцитів від сегментоядерних нейтрофілів [3]. Реакції “стресу” відповідали показники менше 0,3; реакції “тренування” – від 0,31 до 0,70; реакції “підвищеної активації” – 0,71 і більше.

Статистична обробка результатів проведена за допомогою електронних таблиць Excel з використанням t-критерію Ст'юдента [5].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За результатами дослідження, стосовно вікової структури дітей з ТВГЛВ, загрозливим є факт, що серед хворих дітей в період 2005-2007 рр. в ЗОПТКД з даною патологією переважно були діти дошкільного віку (70,0 % проти

20,0 % – молодшого шкільного віку та 10,0 % підлітків; $P < 0,05$ в обох випадках). Вивчення анамнестичних даних дозволило встановити, що у 80,0 % дітей початок захворювання був безсимптомний.

Периферичні лімфатичні вузли були збільшені лише у 3 дітей (30,0 %) в 5 групах зі щільно-еластичною консистенцією, безболісні, що достовірно менше, ніж у 7 дітей (70,0 %), у яких периферичні лімфовузли не пальпувались ($P < 0,05$).

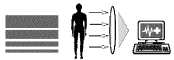
Як відомо, фактором ризику захворювання на туберкульоз, є тривалий контакт з джерелом туберкульозної інфекції (бактеріовиділовачем). Проте, за проведеними дослідженнями, на розвиток ТВГЛВ наявність туберкульозного контакту або його характер (сімейний, родинний чи випадковий) суттєво не впливала, лише у 2 дітей (20,0 %) спостерігався сімейний контакт та у 2 (20,0 %) – родинний контакт, тоді як, у 6 дітей (60,0 %) наявності туберкульозного контакту не встановлено.

Невакцинованих і не якісно вакцинованих дітей було 8 (80,0 %) (із них 6 (60,0 %) – не вакциновані і 1 (10,0 %) – не якісно вакцинований), що достовірно більше, ніж якісно вакцинованих – 2 дітей (20,0 %) ($P < 0,05$).

Ретроспективне вивчення проби Манту дозволило встановити, що 6 дітей (60,0 %) були інфіковані до виявлення ТВГЛВ протягом двох і більше років. При цьому на диспансерному обліку у фтизіопедіатра знаходилось лише 2 дітей, проте один з них отримував хіміопрофілактику. Всього хіміопрофілактика не проводилась у 5 дітей (50,0 %). Вказаний факт вказує на необхідність своєчасної і вірної інтерпретації результатів туберкулінодіагностики.

Результати чутливості до туберкуліну оцінювали за пробою Манту з 2 ТО PPD-Л. Встановлено, що серед дітей з даною патологією найчастіше спостерігається помірно позитивна (60,0 %) і гіперергічна (30,0 %) проба Манту.

Проаналізувавши показники периферичної крові до початку лікування, виявили, що у дітей хворих на ТВГЛВ спостерігалось збільшення кількості лімфоцитів до ($46,3 \pm 4,6$) %. Середній показник ЛІІ знаходився в межах нормальних значень ($1,21 \pm 0,3$) ум.од. Середній показник індексу адаптації становив ($1,27 \pm 0,2$) ум.од., при цьому у 9 дітей (90,0 %) визначався адаптаційний тип “підвищеної



активациі" і у 1 дитини (10,0%) – адаптаційний тип "тренування". Це вказує на відсутність у дітей хворих на ТВГЛВ інтоксикації на тлі нормальних резервів адаптації.

За даними рентгенологічного обстеження виявлено зміни з боку бронхопальмональних груп внутрішньогрудних лімфатичних вузлів (7 дітей), трахеобронхіальних (2 дітей) та біфуркаційних (1 дитина). ТВГЛВ у фазі інфільтрації виявлено у 9 дітей (90,0%) та у 1 дитини (10,0%) у фазі часткового звапнення.

ВИСНОВКИ

Проведений аналіз дає змогу виділити особливості туберкульозу внутрішньогрудних лімфатичних вузлів у дітей в сучасних умовах:

1). серед хворих з даною патологією переважають діти дошкільного віку (70,0%);

2). переважно безсимптомний початок захворювання та відсутність клініко-лабораторних змін, на тлі нормальних резервів адаптації і зростання кількості лімфоцитів;

3). пізня діагностика – більшість дітей були інфіковані протягом двох і більше років, без проведення хіміопрофілактики;

4). високий відсоток невакцинованих і не якісно вакцинованих дітей (80,0%).

ЛІТЕРАТУРА:

1. Феценко Ю.І. Медичні аспекти боротьби з туберкульозом / Ю.І. Феценко, В.М. Мельник. – Укр. пульмон. журн. – 2005. - № 2. – С. 5-8.

2. Андреева О.Г. Аналіз причин росту захворюваності на туберкульоз підлітків промислового регіону / Андреева О.Г. – Укр. мед. часопис. – 2004. - № 5 (43). – С. 117-119.

3. Костроміна В.П. Особливості клінічного перебігу інфільтративного туберкульозу легень у дітей / В.П. Костроміна, О.І. Білогорцева, В.О. Стриж та інші. – Укр. пульмон. журн. – 2007. - № 3. – С. 44-47.

4. Островський В.К. Патогенетические механизмы и лечение острых гнойно-деструктивных заболеваний легких / Островський В.К. – Ульяновск, 1999.

5. Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях Excel / Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. – Киев: МОРИОН, 2000. – 319 с.

6. Костроміна В.П. Патоморфоз первинних форм туберкульозу у дітей в сучасних умовах / В.П. Костроміна, О.В. Деркач, Н.В. Симоненко та інші. – Укр. пульмон. журн. – 2002. - № 2. – С. 36-39.

7. Шальмін О.С. Первинні форми туберкульозу у дітей: особливості перебігу в сучасних умовах в Запорізькій області / О.С. Шальмін, Р.М. Шевченко, Ю.Г. Резніченко та інші. – Здоровье ребенка. – 2008. - № 3. – С. 29-31.

Відомості про автора: Разнатовська Олена Миколаївна – к.мед.н., асистент кафедри фтизіатрії і пульмонології ЗДМУ. тел. (0612) 236-64-27.

УДК 616.12-005.4-008.318/46

И.А. Тарайра

ТУРБУЛЕНТНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА КАК ПРЕДИКТОР ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Днепропетровская государственная медицинская академия

Ключові слова: турбулентність серцевого ритму, раптова кардіальна смерть, шлуночкова екстрасистоля, предиктор.

Ключевые слова: турбулентность сердечного ритма, внезапная кардиальная смерть, желудочковая экстрасистолия, предиктор.

Key words: heart rate turbulence, sudden cardiac death, ventricular premature beats, predictor.

У роботі розглядаються сучасні уявлення про турбулентність серцевого ритму (ТСР): механізми її формування, способи оцінки, значення при різних захворюваннях серця. Аналізується прогностична значущість патологічно змінених параметрів ТСР як предикторів раптової кардіальної смерті після інфаркту міокарда.

В работе рассматриваются современные представления о турбулентности сердечного ритма (ТСР): механизмах ее формирования, способах оценки, значении при различных заболеваниях сердца. Анализируется прогностическая значимость патологически измененных параметров ТСР как предикторов внезапной кардиальной смерти после инфаркта миокарда.

The current conceptions of the heart rate turbulence (HRT), mechanisms of its development, methods of evaluation and its significance for cardiac diseases are considered. The prognostic value of pathologic HRT indices as predictors of sudden cardiac death after myocardial infarction were analyzed.

Стратифікація ризику неблагочинних подій, спрже всео вназапноо кардіальноо смерті (ВКС), у боьних после острых коронарных событий является актуальной проблемой современной кардиологии. Основываясь на доказательствах взаимосвязей между ВКС и уровнем автономной регуляции сердечного ритма, неинвазивная оценка вегетативного статуса больного после инфаркта миокарда (ИМ) в настоящее время рассматривается как один из наиболее доступных и информативных способов прогнозирования фатальных событий. Одним из современных аспектов изучения изменений ЭКГ, сопряженных с желудочковой эктопией и вегетативной модуляцией синусового узла, является анализ показателей турбулентности сердечного ритма (ТСР). Суть феномена ТСР, впервые описанного группой ис-

следователей под руководством G.Schmidt в 1999 году [22], заключается в кратковременном (в течение 1-2 кардиоциклов) ускорении ритма после экстрасистолы с последующим его замедлением и возвратом к начальным значениям. Исследователями были предложены 2 основных параметра ТСР: ТО (heart rate turbulence onset) – «начало» турбулентности, характеризующий ускорение ритма, и ТS (heart rate turbulence slope) – «наклон» турбулентности, ассоциируемый с замедлением ритма после его ускорения.

Измерение показателей ТСР: методика расчета и ограничения использования.

ТО рассчитывается по формуле: $\{[(C + D) - (A + B)] / (A + B)\} 100$, где А и В – два интервала RR, предшествующие желудочковой экстрасистоле (ЖЭ) или периоду же-