

Реферат

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЛЕГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ ДО И ПОСЛЕ ПРОГРАММИРОВАННОЙ СЕНСОРНОЙ ДЕПРИВАЦИИ

Донник Т. А.

Ключевые слова: программированная сенсорная депривация, последствия легкой черепно-мозговой травмы, нейропсихологические показатели.

В статье изучена динамика нейропсихологических показателей у больных с последствиями закрытой черепно-мозговой травмы до и после программированной сенсорной депривации. Выявлено, что у больных с перенесенной легкой черепно-мозговой травмой имеют место когнитивные нарушения, нарушения психоэмоционального состояния. Скорее всего, эти изменения обусловлены дизрегуляцией структур головного мозга, которые возникают в отдаленном периоде церебральной травмы. Программированная сенсорная депривация нормализует в большинстве случаев эти нарушения, что приводит к улучшению нейропсихологических показателей в данной группе больных.

Summary

NEUROPSYCHOLOGICAL INDICES IN PATIENTS WITH CONSEQUENCES OF MILD CRANIOCEREBRAL INJURY PRIOR AND AFTER PROGRAMMED SENSORY DEPRIVATION

Donnyk T.A.

Key words: programmed sensory deprivation, consequences of mild craniocerebral injury, neuropsychological indices.

This research is devoted to the study of the dynamics of neuropsychological performance in patients with consequences of closed craniocerebral injury prior- and after programmed sensory deprivation. It has been found out that patients with mild craniocerebral injuries are diagnosed to have cognitive disorders and emotional disturbances. More likely, these disorders are caused by dysregulation of brain structures that develop in the late period of cerebral trauma. Programmed sensory deprivation normalized these disturbances and results in improved neuropsychological performance in this group of patients in most cases.

УДК: 616-002.592-091.036-“312”

Загаба Л.М., Ліскіна І.В., Кузовкова С.Д., Мельник О.О.

СУЧАСНІ КЛІНІКО-АНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТУБЕРКУЛЬОМ ЛЕГЕНЬ

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ, Україна

У статті представлені клініко-анатомічні особливості туберкульом легень в сучасних умовах. Метою дослідження було з'ясування низки основних клініко-анатомічних та морфологічних ознак туберкульом легень за резекційним матеріалом. Групу дослідження склали 98 випадків туберкульом легень за резекційним матеріалом. Проаналізовані дані історій хвороби, лабораторні показники та результати гістологічного дослідження кожного випадку. У всіх пацієнтів проводили мікробіологічне дослідження мокротиння та/або операційного матеріалу щодо виявлення МБТ. Визначені основні типи оперативних втручань серед даного контингенту хворих. За результатами гістологічного дослідження уточнені анатомічні типи туберкульом та характер специфічного запального процесу, залучення у специфічний запальний процес внутрішньогрудних лімфатичних вузлів. Встановлено, що на час хірургічного лікування, як правило, має місце одностороннє ураження легень, його поширеність складає від сегменту до частки легені (95,9%). Основні типи оперативних втручань у хворих з туберкульомами легень: сегментектомія, полісегментарна резекція та лобектомія, разом 68,4% випадків. Достовірно частіше діагностували саме гомогенні солітарні туберкульоми (54,1%). На момент оперативного втручання в 48,0% випадків при гістологічному дослідженні визначався помірний ступінь активності специфічного запалення, що відповідає фазі стабілізації захворювання. В 21,4% випадків встановлено прогресування специфічного запалення за морфологічними ознаками. Тільки в 24,5% випадків при мікробіологічному дослідженні мокротиння та/або операційного матеріалу виявлені МБТ, причому серед них частка мультирезистентних штамів МБТ або штамів з розширеною резистентністю склали 50,0%.

Ключові слова: туберкульоми легень, клініко-анатомічні показники, морфологічний ступінь активності.

Дана робота виконана в межах НДР «Дослідити місцеві імуноморфологічні реакції легеневої тканини хворих при хронічному туберкульозному запаленні» (№ державної реєстрації 0116U000187).

Питання щодо клініко-морфологічних особливостей такої форми-фази легеневого туберкульозу, як туберкульома дотепер не втратило свого значення. Туберкульома – це об'ємне казеозно-некротичне утворення більш ніж 12 мм в діаметрі, яке обмежене від прилеглої легеневої тканини

капсулою [7,15]. Як правило, туберкульома формується в результаті інволюції інфільтративного або вогнищового туберкульозу із бронхо-лобулярного інфільтрату, округлого інфільтрату або інфільтрату Ассмана-Редекера, який з часом інкапсулюється [17,19]. Формування туберку-

льоми відбувається в результаті підвищеної активності фібропластичних процесів та гіперергічної реакції клітинних елементів легеневої тканини в зоні туберкульозного запалення [18]. Навколо казеозно-некротичних мас, що оточені компакним шаром грануляційної тканини, формується фіброзний шар. З часом грануляційний шар стає тоншим, а іноді майже повністю зникає. Термін, що необхідний для утворення туберкульоми, зазвичай становить 1–3 роки [9].

Ще в класичній монографії М.М. Авербаха [1] була ретельно описана морфологія туберкульом на резекційному матеріалі легень та зазначено, що ця патологія переважно піддається хірургічному лікуванню. За анатомічною структурою розрізняють казеоми, інфільтративно-пневмонічні та туберкульоми типу заповненої каверни. Казеоми-туберкульоми, в свою чергу, можуть бути солітарні – гомогенні або шаруваті, та туберкульоми конгломеративного типу. Залежно від кількості утворень вони бувають солітарні та множинні.

В останні роки у царині фтизіатрії та фтизіохірургії відмічається підвищена увага до розвитку туберкульом легень, що, на нашу думку, пов'язано зі зростанням питомої ваги випадків саме цієї форми в структурі сучасного легеневого туберкульозу. В роботі В.П. Нефедова і співав. [14] повідомляється, що у дослідженому фтизіохірургічному матеріалі 245 хворих на туберкульоз легень найбільшу питому вагу становили саме туберкульоми (28,6% випадків). В роботах Вінокурова І.І. та співавторів [2,4,8] вивчалися частота виявлення та профіль резистентності мікобактерій туберкульозу (МБТ) в харкотинні та операційному матеріалі в залежності від типу туберкульом. Також досліджували патогенез та клініко-морфологічні особливості туберкульом легень в умовах регіону Крайньої Півночі. Було встановлено, що особливістю є розвиток туберкульом переважно гомогенного типу в глибоких ділянках легень на тлі своєрідного поєднання вогнищ гострої специфічної пневмонії з торпідним перебігом процесу, що сприяло формуванню множинних і великих вогнищ казеозу на тлі виразного пневмосклерозу. Ліскіною І.В. проведений ретроспективний аналіз туберкульом у резектатах легень за 10-річний період за даними високоспеціалізованого медичного закладу України. Було з'ясовано, що серед 317 туберкульом переважали туберкульоми гомогенного типу (71,6%), причому в 66 випадках (20,8%) визначено прогресування специфічного запального процесу за даними морфологічного дослідження [11]. Кузик П.В. провів ретроспективний аналіз резектованих туберкульоз легень за 4-річний період у Львівському регіональному фтизіохірургічному центрі. Серед 83 оперованих хворих з приводу туберкульом легень превалювали солітарні туберкульоми (71,2%) та у 30,8% випадків за гістологічними да-

ними встановлено прогресування специфічного запального процесу [9].

Таким чином, наразі не втрачає своєї актуальності вивчення клініко-морфологічних особливостей туберкульом легень з метою адекватної корекції подальшого хіміотерапевтичного лікування даного контингенту хворих.

Мета дослідження

З'ясування основних клініко-анатомічних та морфологічних ознак туберкульом легень за резекційним матеріалом.

Матеріали та методи дослідження

У ретроспективне дослідження включено 98 випадків туберкульом легень від хворих, яким було проведено хірургічне лікування в клініці ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України» за 2014-2015 роки. Серед пацієнтів було 45 чоловіків (45,9%) та 53 жінки (54,1%), середній вік пацієнтів становив $39,02 \pm 1,8$ та $32,8 \pm 1,5$ років відповідно. До оперативного лікування 74 пацієнти (75,5%) отримали стандартні курси хіміотерапії: лише інтенсивну фазу – 23 (23,5%), пацієнти які завершили основний курс хіміотерапії звичайної тривалості – 33 (33,6%) та хворі з невдачею лікування після перерви – 18 (18,4 %). В 24,5 % випадків хворі були оперовані з приводу підозри на новоутворення у легенях та не отримували попередній курс хіміотерапії. У всіх хворих, які отримали різні за тривалістю курси хіміотерапії перед оперативним втручанням, визначалась стабілізація туберкульозного процесу за клінічними даними, однак за результатами рентгенологічного дослідження в 34 (34,7%) випадках виявлялася зона деструкції в області туберкульоми перед оперативним втручанням.

Морфологічне визначення ступеня активності специфічного запалення у легеневій тканині проводили за раніше розробленою робочою класифікацією ступеня активності [5,12]. Досліджували гістологічні препарати легеневої тканини, забарвлені за традиційною методикою гематоксилін-еозином.

Мікробіологічне дослідження біологічного матеріалу (мокротиння та/або фрагментів операційного матеріалу) кожного випадку на предмет виявлення мікобактерій туберкульозу проводили з використанням різних методів, регламентованих Наказом МОЗ України № 45 [13].

Статистична обробка отриманих кількісних даних проводилася з використанням комп'ютеру, у програмі Excel. Обраховувалися й визначалися середня арифметична показника та стандартна похибка середнього. Порівняння середніх групових значень та оцінка достовірності відмінностей проводилися методами варіаційної та рангової статистики із застосуванням t-

критерію Стьюдента-Фішера [10]. Відмінності вважали вірогідними при $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення

Визначені локалізація туберкульозу легень та їх кількість у кожного пацієнта, що відображено в таблиці 1.

У результаті дослідження встановлено, що вірогідно частіше зустрічаються одиночні (солітарні) форми туберкульозу – 82 (83,7 %), множинні були виявлені лише в 16 (16,3%) випадках, з незначним превалюванням їх локалізації у правій легені (55,4 %), порівняно до ураження лівої легені – 41,8 % випадків відповідно. Лише у 3 (3,1 %) випадках визначалось двобічне ураження верхніх часток обох легень. Наші дослідження цілком узгоджуються із раніше проведе-

ними подібними роботами [3,6,9].

Вивчення поширеності туберкульозного процесу показало, що найбільш часто процес охоплює один сегмент легені (44,9 %), тоді як ураження декількох сегментів легені або цілої частки спостерігалися приблизно з однаковою частотою – 24,5% та 26,5% випадків відповідно. Лише в поодиноких випадках мало місце ураження усієї легені туберкульозним запальним процесом (4,1%). Отримані дані також цілком узгоджуються з результатами попередніх досліджень [9,11].

Характер оперативних втручань у хворих з туберкульозами легень та їх кількість наведені в таблиці 2.

Таблиця 1
Клініко-анатомічна характеристика туберкульозу легень, абс. (%)

Показник	Роки		Загальна кількість
	2014	2015	
Кількість туберкульозу легень за результатами рентгенологічного дослідження			
солітарні	42 (82,4)	40 (85,1)	82 (83,7) **
множинні	9 (17,6)	7 (14,9)	16 (16,3)
Сторона ураження			
права	27 (52,9)	27 (57,5)	54 (55,1)
ліва	22 (43,1)	19 (40,4)	41 (41,8)
обидві легені	2 (3,9)	1 (2,1)	3 (3,1)
Розповсюдженість ураження			
сегмент	20 (39,2)	24 (51,1)	44 (44,9) *
декілька сегментів	18 (35,3)	6 (12,7)	24 (24,5)
частка легені	11 (21,6)	15 (31,9)	26 (26,5)
легеня	2 (3,9)	2 (4,3)	4 (4,1)

Примітки: * – вірогідність різниці відповідного показника статистично підтверджена, $p < 0,01$, ** – вірогідність різниці відповідного показника статистично підтверджена, $p < 0,001$.

Таблиця 2
Типи оперативних втручань при туберкульозах легень, абс. (%)

Тип оперативного втручання	Роки		Загалом
	2014	2015	
крайова резекція легені	8 (15,7)	6 (12,8)	14 (14,3)
клиновидна резекція легені	6 (11,7)	8 (17,0)	14 (14,3)
сегментектомія	13 (25,5)	18 (38,3)	31 (31,6)
полісегментарна резекція легені	14 (27,5)	6 (12,8)	20 (20,4)
лобектомія	10 (19,6)	6 (12,8)	16 (16,3)
пульмонектомія	–	3 (6,4)	3 (3,1)

Вибір типу оперативного втручання обумовлювався, перш за все, особливостями розташування і розмірами самих туберкульозу, також враховувалися рентгенологічні ознаки наявності або відсутності перифокальної інфільтрації, наявність і характер вогнищ відсіву в прилеглій легеневої паренхімі. Згідно до наших даних, пацієнтам найчастіше виконували резекцію одного або декількох сегментів легені – 31 (31,6%) та 20 (20,4%) випадки відповідно, дещо рідше виконували лобектомію (16,3%) та атипові резекції легень (по 14,3% випадків). Лише при множинних утвореннях або при розвитку ускладнень основного захворювання, таких як прогресування спе-

цифічного запалення, явища кавернізації туберкульозу, швидкий розвиток нових вогнищ інфільтрації на тлі стандартної хіміотерапії пацієнтам виконувались пульмонектомії (3 випадки, 3,1%).

За результатами патологоанатомічного дослідження операційного матеріалу визначені основні типи туберкульозу за класифікацією М.М. Авербаха [1]. З метою уточнення ступеня активності специфічного запального процесу за морфологічними даними, при мікроскопічному дослідженні вивчали власне казеозно-некротичні маси внутрішнього вмісту, капсулу туберкульозу та область прилеглої легеневої паренхіми, ре-

зультати дослідження наведені в таблиці 3.

Таблиця 3

Патологоанатомічна характеристика туберкульоз легень, абс. (%)

Показник	Роки		Загальна кількість
	2014	2015	
Тип туберкульозу:			
гомогенна солітарна	33 (64,7)	20 (42,6)	53 (54,1) **
конгломеративна	15 (29,4)	19 (40,4)	34 (34,7)
інфільтративно-пневмонічна	3 (5,9)	8 (17,0)	11 (11,2)
Характер специфічного запального процесу за морфологічними даними			
фаза прогресування	12 (23,5)	9 (19,2)	21 (21,4)
фаза стабілізації	24 (47,1)	23 (48,9)	47 (48,0) *
фаза регресії	15 (29,4)	15 (31,9)	30 (30,6)

Примітки: * – вірогідність різниці відповідного показника статистично підтверджена,

$p < 0,05$, ** – вірогідність різниці відповідного показника статистично підтверджена, $p < 0,01$.

За нашими даними, у пацієнтів з туберкульозами легень вірогідно переважають туберкульозами-казеозами з гомогенним внутрішнім вмістом (54,1%), набагато рідше спостерігали туберкульозами конгломеративного та інфільтративно-пневмонічного типу (34,7% та 11,2% відповідно). Ці результати добре корелюють із результатами Лісконої І.В. [11], яка визначила на матеріалі 317 випадків формування туберкульозом переважного гомогенного типу в 71,6% випадків і конгломеративних – у 11,7% випадків. За результатами мікроскопічного дослідження резектатів легень встановлено, що в 62,1% випадків визначалася крайова зона деструкції казеозних мас внутрішнього вмісту туберкульозу тільки у випадках гомогенного та конгломеративного типу туберкульозом. Наші дані цілком зіставні з результатами інших аналогічних досліджень [16, 18].

Ступінь активності специфічного запального процесу на момент видалення туберкульозу уточнювали при гістологічному дослідженні. Найбільш часто визначена стабілізація специфічного запального процесу, тобто помірна активність (47, або 48,0%) за морфологічними ознаками. У 30,6% випадків відмічали явища регресії специфічного запалення, що відповідає низькій активності специфічного запалення та у 21 (21,4%) випадку встановлено прогресування специфічного запалення. Отримані нами результати цілком зіставні з результатами інших аналогічних досліджень [2,11,16].

У 42,8% випадків при оперативних втручаннях додатково виконували біопсію різних груп внутрішньогрудних лімфатичних вузлів. При цьому в 35 (35,7%) випадків при гістологічному дослідженні виявлені реактивні зміни лімфатичних вузлів і лише в 7 (7,1%) випадках спостерігалась морфологічна картина специфічного запального процесу без чітких ознак його активності. В більшості випадків (56, 57,2%) за результатами візуального огляду при проведенні оперативного втручання лімфатичні вузли були не змінені та їх біопсія не виконувалася.

Супутня патологія у хворих з туберкульозами легень була діагностована в 12 (12,24%) випадках. За нозологічними формами: ВІЛ-інфекція та цукровий діабет 1 та 2-го типу (по 2 випадки від-

повідно, 2,04%), токсичний гепатит (4 випадки, 4,08%), який, як правило, був побічною реакцією на прийом препаратів інтенсивного курсу протитуберкульозної хіміотерапії. У поодиноких випадках у пацієнтів діагностовано патологію серцево-судинної системи, злоскісну пухлину легені, нейродерміт та вірусний гепатит С.

Перед хірургічним лікуванням більшість хворих з туберкульозами легень не були бактеріовиділювачами, (74 випадків, 75,5%), та, відповідно, резистентність штамів МБТ у цих випадках не визначалася. При мікробіологічному дослідженні харкотиння та операційного матеріалу МБТ виявлені тільки у 24 (24,5%) випадках. Методом мікроскопії харкотиння МБТ виявлені лише в 4 (4,1%) випадках, а при культуральному дослідженні харкотиння та/або операційного матеріалу – в 10 (10,2%) випадках. Ще в 9 (9,18%) випадках на момент операційного втручання МБТ не виділялися, проте за результатами попередніх мікробіологічних досліджень у 8 (8,16%) випадках була виявлена стійкість до протитуберкульозних препаратів та в 1 випадку (1,02%) МБТ були чутливі. За профілем хіміорезистентності штами МБТ розподілялися наступним чином: монорезистентні штами МБТ визначені у 4 випадках (4,08%), полірезистентні – 5 випадків (5,1%), мультирезистентні – 8 випадків (8,16%) та штами МБТ з розширеною резистентністю – 4 випадки (4,08%).

Таким чином, проведене дослідження дозволило визначити низку патологоанатомічних особливостей туберкульоз легень: найбільш типову локалізацію у легенях, анатомічні типи туберкульозом, активність специфічного запального процесу в легенях на момент проведення оперативного втручання та рівень бактеріовиділення серед зазначеного контингенту пацієнтів з характеристикою профіля хіміорезистентності штамів МБТ.

Висновки

Узагальнюючи результати дослідження, можна зробити наступні висновки. На час хірургічного лікування туберкульозом легень, як правило, має місце одностороннє ураження легень, причому у більшості випадків поширеність туберку-

льозного ураження знаходиться у межах сегменту або частки легені (95,9%).

Серед різних анатомічних типів туберкульом легень достовірно частіше визначалися саме гомогенні солітарні туберкульоми (54,1 %).

При оперативному втручанні у випадках туберкульом легень типовими операціями були резекція одного або декількох сегментів легені та лобектомії (68,4%).

На момент оперативного втручання фаза стабілізації захворювання, яка відповідає помірного ступеню активності специфічного запалення, спостерігалася в 48,0% випадків. У 21,4% випадків встановлено прогресування специфічного запалення за морфологічними ознаками.

Питома вага мікробіологічного виявлення МБТ на час оперативного втручання становила 24,5% від усіх випадків туберкульом, причому серед них частка мультирезистентних штамів МБТ або штамів з розширеною резистентністю склала 50,0%.

Перспективи подальших розробок

В подальшому дослідження такого характеру потребують аналізу періоду післяоперативного перебігу хвороби кожного випадку з метою розробки комплексної системи вірогідного прогнозування наслідків лікування туберкульом легень з хірургічними втручаннями з урахуванням показників морфологічного дослідження.

Література

1. Авербах М.М. Иммунология и иммунопатология туберкулеза / М.М. Авербах. – М.: Медицина, 1976. – 312 с.
2. Винокуров И.И. Клинико-морфологическое обоснование хирургического лечения туберкулем легких / И.И. Винокуров // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2009. – № 4. – С. 28–31.
3. Винокуров И.И. Особенности морфологических проявлений туберкулем легких в условиях региона Крайнего Севера / И.И.

- Винокуров // Бюллетень СО РАМН. – 2010. – Т. 30, № 1. – С. 83–87.
4. Винокуров И.И. Патогенез туберкулем легких в условиях Крайнего Севера / И.И. Винокуров // Туберкулез и болезни легких. – 2010. – № 2. – С. 24–27.
5. Гістологічна діагностика ступеня активності туберкульозного запального процесу при туберкульомах легень : інформаційний лист / [І.В. Ліска та ін.] ; Нац. ін-т фізіатрії і пульмонології. – К. : ДУ НІФП, 2010. – 4 с.
6. Диденко Г.В. Результаты хирургического лечения больных туберкулемой легкого / Г.В. Диденко // Проблемы туберкулеза. – 2007. – № 11. – С. 26–28.
7. Ерохин В.В. Современные представления о туберкулезном воспалении / В.В. Ерохин, З.С. Земскова // Проблемы туберкулеза. – 2003. – № 3. – С. 11–21.
8. Краснов В.А. Особенности патоморфоза и тактики лечения туберкулем легких в условиях региона крайнего Севера / В.А. Краснов, Т.А. Колпакова, И.И. Винокуров // Туберкулез и болезни легких. – 2011. – № 4. – С. 217–218.
9. Кузык П.В. Патоморфологические особенности туберкулом легень (за данными анализа операционного резекционного материала) / П.В. Кузык // Патология. – 2015. – № 1 (33). – С. 99–101.
10. Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. – К. : Морион, 2001. – 408 с.
11. Лискина И.В. Туберкулемы легких: клинико-анатомическая характеристика в период эпидемии / И.В. Лискина // Туберкулез, легневий хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2012. – № 1 (08). – С. 5–10.
12. Ліска І.В. Сучасні гістологічні особливості туберкульом легень при різному ступені активності специфічного запального процесу / І.В. Ліска, С.Д. Кузовкова, Л.М. Загаба [та ін.] // Сучасні інфекції. – 2010. – № 1. – С. 65–72.
13. Наказ МОЗ України № 45 від 06.02.02. "Про затвердження Інструкції з бактеріологічної діагностики туберкульозної інфекції" : Київ : [б. в.], 2002. – 75с.
14. Нефедов В.П. Патоморфоз легочного туберкулеза / В.П. Нефедов, Р.Ш. Валиев, Р.Ш. Девликамов [та ін.] // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2009. – № 5. – С. 57–60.
15. Пальцев М.А. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактуровский, О. В. Зайратьянц. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1264 с.
16. Холодок О.А. Морфологические аспекты активности туберкулом легких / О.А. Холодок, М.И. Черемкин // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2013. – № 49. – С. 51–54.
17. Холодок О.А. Туберкулема легкого как форма туберкулезного процесса / О.А. Холодок, А.А. Григоренко, М.И. Черемкин // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2014. – Вып. 53. – С. 123–131.
18. Холодок О.А. Морфологические аспекты активности туберкулом легкого / О.А. Холодок, М.И. Черемкин // Амурский медицинский журнал. – 2014. – № 1(5). – С. 40–43.
19. Hunter R. L. Pathology of post primary tuberculosis of the lung: an illustrated critical review / R. L. Hunter // Tuberculosis (Edinb). – 2011. – Vol. 91(6). – P. 497–509.

Реферат

СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛОМ ЛЕГКИХ

Загаба Л.М., Лискина И.В., Кузовкова С.Д., Мельник О.А.

Ключевые слова: туберкуломы легких, клинико-анатомические показатели, морфологическая степень активности.

В статье представлены клинико-анатомические особенности туберкулом легких в современных условиях. Цель исследования – уточнение ряда основных клинико-анатомических и морфологических признаков туберкулом легких по результатам резекционного материала. Группу исследования составили 98 случаев туберкулом легких по результатам резекционного материала. Проведен анализ данных историй болезни, лабораторных показателей и результатов гистологического исследования каждого случая. У всех пациентов проводили микробиологическое исследование мокроты и/или операционного материала с целью обнаружения МБТ. Определены основные типы оперативных вмешательств среди данного контингента больных. По результатам гистологического исследования уточнены анатомические типы туберкулом и характер специфического воспалительного процесса, вовлечение в воспалительный процесс внутригрудных лимфатических узлов. Установлено, что на момент хирургического лечения, как правило, имеет место одностороннее поражение легкого, его распространенность – от сегмента легкого до целой доли (95,9%). Основные типы оперативных вмешательств у пациентов с туберкуломами легких: сегментэктомия, полисегментарная резекция и лобэктомия, всего 68,4% случаев. Достоверно чаще диагностировали гомогенные солитарные туберкуломы (54,1%). На момент оперативного вмешательства в 48,0% случаев при гистологическом исследовании установлена умеренная степень активности специфического воспаления, что соответствует фазе стабилизации заболевания. В 21,4% случаев установлено прогрессирование специфического воспалительного процесса по морфологическим признакам. Только в 24,5% случаев при микробиологическом исследовании мокроты и/или операционного материала выявлены МБТ, причем среди них уде-

льний вес мультирезистентних штаммов МБТ и штаммов с расширенной резистентностью составил 50,0%.

Summary

CURRENT CLINICAL AND ANATOMICAL CHARACTERISTICS OF PULMONARY TUBERCLES

Zagaba L.M., Liskina I.V., Kuzovkova S.D., Melnik O.A.

Key words: pulmonary tuberculoma, clinical and anatomical indices, morphological level of activity.

The article presents the clinical and anatomical characteristics of pulmonary tubercles as they being observed nowadays. The purpose of this research is to specify a number of major clinical, anatomical and morphological characteristics of lung tubercles by using resection material. The test group consisted of 98 cases of pulmonary tubercles. We analyzed data of case histories, laboratory findings and results of histological investigations. All the patients were subjected to microbiological tests of sputum and / or surgical specimens for the detection of MTB. We have determined the main types of surgical interventions indicated for this group of patients. The results of histological studies enable to specify the types of anatomical types of tubercles and the nature of specific inflammatory processes as well as the spreading of the inflammatory process onto intrathoracic lymph nodes. It has been found out that at the time of surgical treatment unilateral lesion of the lung is typically diagnosed, and it extends from a lobule to a lobe in 95.9% of cases. The main types of surgical interventions in the studied cases of pulmonary tuberculoma are the following: segmentectomy, lobectomy and resection polysegmental, 68.4% of cases. Homogeneous solitary tuberculomas (54.1%) are significantly more often diagnosed. At the time of surgery in 48.0% of cases histological study has shown a moderate specific inflammation that corresponds to the phase of disease stabilization. In 21.4% of cases, the progression of specific inflammatory process was identified by morphological features. Only in 24.5% of cases microbiological study of sputum and / or surgical specimens revealed the MBT, and among them the proportion of multiresistant strains of M. tuberculosis and strains with enhanced resistance makes up 50.0%.

УДК 616.127-005.8-036.11-036.82

Заремба Є.Х., Заремба-Федчишин О.В., Онищук Ю.І., Фартушок Н.В.

КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ РАНЬОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Кардіологічна реабілітація відноситься до скоординованого, багатогранного втручання, призначеного для оптимізації серця пацієнта до фізичного, психологічного та соціального функціонування, стабілізації, уповільнення або регресування атеросклеротичних процесів. Проведено аналіз результатів спостереження 106 пацієнтів з гострим інфарктом міокарда з підвищенням сегменту ST, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в інфарктному відділенні КМК ЛШМД протягом 2015-2016 рр. Клінічні варіанти перебігу гострого інфаркту міокарда з підйомом сегмента ST відрізняються в залежності від характеру реабілітаційних заходів. У I групі хворих, яким проводили реабілітацію, основні скарги та симптоми, виявлені при фізикальному обстеженні виражені в меншій кількості, ніж у хворих, які отримували лише медикаментозну терапію.

Ключові слова: інфаркт міокарда, рання реабілітація хворих.

Дане дослідження є фрагментом планової НДР «Вплив професійних шкідливостей та надмірних доз алкоголю на особливості клінічного перебігу і лабораторні показники крові у хворих на токсичну кардіоміопатію та гострі форми ішемічної хвороби серця», № державної реєстрації 0101U009230.

Смерть від ішемічної хвороби серця (ІХС) становить близько половини випадків летальності (48,54%) від захворювань ССЗ [7]. У 60-70% випадків коронарна смерть настає в осіб від повторного інфаркту міокарда (ІМ) [8], і в 2 рази більше, ніж від злоякісних новоутворень [6]. Цінним для оцінки епідеміологічної ситуації в регіонах від захворювань на ГІМ є метод реєстра [1, 9, 13], який запроваджений на територіальному принципі і демографічних показниках. Цей метод дозволяє виявити основні для певного регіону фактори ризику захворювання, оцінити медичні, соціальні та економічні наслідки інфаркту міокарда, визначити потребу населення певної території в реабілітаційних заходах. Реабілітація –

комплексна багатопланова проблема, що має медичний, фізичний, психологічний, професійний і соціально-економічний аспекти [11].

Кардіологічна реабілітація відноситься до скоординованого, багатогранного втручання, призначеного для оптимізації серця пацієнта до фізичного, психологічного та соціального функціонування, стабілізації, уповільнення або регресування атеросклеротичних процесів [13]. Згідно з визначенням ВООЗ, комплекс реабілітаційних заходів поділяють на медичну, психологічну, соціальну та професійну реабілітацію [2, 4, 12]. У медичній реабілітації використовують методи лікувальних впливів, спрямованих на компенсацію конкретних порушень життєдіяль-