

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-

ності [3, 5, 10].

Мета дослідження

Покращити результати ранньої реабілітації хворих на гострий інфаркт міокарда в умовах стаціонару та оптимізувати їх прогноз.

Об'єкт і методи дослідження

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. Серед обстежених - 59 чоловіків і 47 жінок. Із 59 чоловіків 29 (32%) були віком до 60 років, 20 (34%) віком 61-70 років, у найстаршій віковій групі (71-80 ро-

ків) було 10 (17%) пацієнтів. У найстаршій віковій групі жінок було 20 осіб (42%), від 61 до 70 років – 16 (34,0%) і до 60 років – 11 (27,7%) (табл. 1). Пацієнтів розподілено на 2 групи в залежності від проведених заходів: 57-ми хворим проводили реабілітацію (30 чоловіків та 27 жінок) – I група, 49-ти не використовували реабілітацію (29 чоловіків та 20 жінок) – II група. Всім хворим проведено стандартне клінічне обстеження (збір скарг, анамнезу, фізикальне обстеження, тест 6-ти хвилинної ходьби (ТШХ). Проведено лабораторні дослідження: клінічний і біохімічний аналізи крові. Інструментальні дослідження включали ЕКГ, ехо-КГ.

T

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів за статтю та віком

Вік	<60	61-70	71-80
Чоловіки n=59	29 (49%)	20 (34%)	10 (28%)
Жінки n=47	11 (23,4%)	16 (34%)	20 (42%)
Всього	40	36	30

Результати дослідження та їх обговорення

Основною скаргою хворих була задишка при фізичному навантаженні, яка зареєстрована у 38 чоловіків (64,4%) та 45 жінок (95,7%) Загальну слабкість відзначено у 32 чоловіків (54%) та 34 жінок (72%), болі за грудиною зустрічались у 50 чоловіків (84,7%) і 45 жінок (95,7%). Скарги на

набряки нижніх кінцівок були у 27 чоловіків (45,8%) і 36 жінок (76,6%), серцебиття та аритмія серця виявлені у 16 чоловіків (27%) і 22 жінок (46,8%) (табл. 2).

Отже, задишка при фізичному навантаженні частіше зустрічалась у чоловіків, інші скарги в більшій кількості виявлені у жінок, зокрема загальна слабкість – в 1,3 рази частіше.

Таблиця 2

Основні скарги пацієнтів

Скарги	Чоловіки (n=59)	Жінки (n=47)	Всього (n=106)
Задишка при фізичному навантаженні	38 (64,4%)	45 (95,7%)	83 (78,3%)
Болі за грудиною	50 (84,7%)	45 (95,7%)	95 (89,6%)
Набряки нижніх кінцівок	27 (45,8%)	36 (76,6%)	63 (59,4%)
Серцебиття, перебої в роботі серця	16 (27%)	22 (46,8%)	38 (35,8%)
Загальна слабкість	32 (54%)	34 (72%)	66 (62,3%)

При фізикальному обстеженні звертали на себе увагу хрипи в легенях, які виявлені у 20 (33,9%) чоловіків та 25 (53%) жінок, периферійні набряки виявлені у 44 (74,6%) чоловіків і 35 (74,5%) жінок. Набряк яремних вен виявлено у 18 (30,5%) чоловіків і 13 (27,7%) жінок, тахікардія >90 уд/хв. – у 17 (28,8%) чоловіків і 12 (25,5%)

жінок, гепатомегалія – у 47 (80%) чоловіків і 30 жінок (64%). Кардіомегалія була виявлена у 8 чоловіків (13,5%) та 4 жінок 8 (8,5%). Протодіастолічний ритм галопу і кардіомегалія зустрічались значно рідше – 12 чоловіків (20%) та 10 жінок (21%) (табл. 3).

Таблиця 3

Основні симптоми, виявлені при обстеженні

Клінічні симптоми	Чоловіки (n=59)	Жінки (n=47)	Всього (n=106)
Хрипи в легенях	20 (33,9%)	25 (53%)	45 (42,5%)
Периферійні набряки	44 (74,6%)	35 (74,5%)	79 (74,5%)
Набряк яремних вен	18 (30,5%)	13 (27,7%)	31 (29,2%)
Тахікардія (> 90 уд/хв.)	17 (28,8%)	12 (25,5%)	29 (27,3%)
Кардіомегалія	8 (13,5%)	4 (8,5%)	12 (11,3%)
Гепатомегалія	47 (80%)	30 (64%)	77 (72,6%)
Протодіастолічний ритм галопу	6 (10,2%)	6 (12,8%)	12 (11,3%)

Задишка при фізичному навантаженні у чоловіків через 14 днів після реабілітаційних заходів зменшилася на 38,4%, болі за грудиною – на 68,7%, набряки нижніх кінцівок – на 22,8%, сер-

цебиття – на 7%, загальна слабкість – на 37,3% порівняно з показниками при поступленні.

У жінок задишка при фізичному навантаженні зменшилася на 40,2%, болі за грудиною – на

77,2%, набряки нижніх кінцівок – на 54,4%, серцебиття – на 32%, загальна слабкість – на 20,1% по-

рівняно з показниками при поступленні (табл. 4).

Таблиця 4
Основні скарги пацієнтів 14 днів після проведення реабілітаційних заходів

Скарги	Чоловіки (n=30)	Жінки (n=27)	Всього (n=57)
Задишка при фізичному навантаженні	8 (26%)	15 (55,5%)	23 (40%)
Болі за грудиною	5 (16,7%)	5 (18,5%)	10 (17,5%)
Набряки нижніх кінцівок	7 (23%)	6 (22,2%)	23 (40%)
Серцебиття, перебої в роботі серця	6 (20%)	4 (14,8%)	18 (31,6%)
Загальна слабкість	5 (16,7%)	14 (51,9%)	19 (33,3%)

Задишка при фізичному навантаженні у чоловіків після семи днів перебування в стаціонарі зменшилася на 33,4%, болі за грудиною – на 60,7%, набряки нижніх кінцівок – на 21,8%, загальна слабкість – на 37% порівняно з показниками при поступленні у чоловіків.

Серед жінок задишка при фізичному навантаженні зменшилася – на 35,7%, болі за грудиною – на 70,7%, набряки нижніх кінцівок – на 51,6%, загальна слабкість – на 3%. Серцебиття виявлено у 5 жінок, що на 21,8% менше показників при поступленні (табл. 5).

Таблиця 5
Основні скарги пацієнтів через 14 днів перебування в стаціонарі

Скарги	Чоловіки (n=29)	Жінки (n=20)	Всього (n=49)
Задишка при фізичному навантаженні	9 (31%)	12 (60%)	21 (42,8%)
Болі за грудиною	7 (24%)	5 (25%)	12 (24,5%)
Набряки нижніх кінцівок	7 (24%)	5 (25%)	22 (45%)
Серцебиття, перебої в роботі серця	8 (27%)	5 (25%)	18 (36,7%)
Загальна слабкість	5 (17%)	15 (75%)	20 (40,8%)

Порівняно з показниками хворих, яким проводилися реабілітаційні заходи, у чоловіків задишка при фізичному навантаженні спостерігалася частіше на 5%, болі за грудиною – на 8%, серцебиття – на 7% частіше ніж у I групи у пацієнтів. Серед жінок задишка при фізичному навантаженні зустрічалася на 4,5%, болі за грудиною – на 6,5%, набряки на нижніх кінцівках – на 2,8, серцебиття – на 10,8%, загальна слабкість – на 23,1%.

Після 14 днів перебування в стаціонарі у чо-

ловіків, з якими проводили реабілітаційні заходи, хрипи в легенях зменшилися на 23,9%, периферійні набряки – на 61,1%, набряклі яремні вени зустрічались рідше на 27,5%, тахікардія – на 25,5% порівняно з показникам и при поступленні. У жінок, з якими проводили реабілітаційні заходи хрипи в легенях зменшилися на 34,5%, периферійні набряки – на 56%, набряк яремних вен виявлено на 16,6% рідше, тахікардія – на 18,1% порівняно з показникам при поступленні (табл. 6).

Таблиця 6
Основні симптоми, виявлені при обстеженні через 14 днів після проведення реабілітаційних заходів

Клінічні симптоми	Чоловіки (n=30)	Жінки (n=27)	Всього (n=57)
Хрипи в легенях	3 (10%)	5 (18,5%)	8 (14%)
Периферійні набряки	4 (13,3%)	5 (18,5%)	9 (16%)
Набряк яремних вен	1 (3,3%)	3 (11,1%)	4 (7%)
Тахікардія (> 90 уд/хв.)	1 (3,3%)	2 (7,4%)	3 (5,2%)

Таблиця 7
Основні симптоми, виявлені при обстеженні пацієнтів через 14 днів перебування в стаціонарі

Клінічні симптоми	Чоловіки (n=29)	Жінки (n=20)	Всього (n=49)
Хрипи в легенях	3 (10,3%)	4 (20%)	7 (14,3%)
Периферійні набряки	4 (13,8%)	5 (25%)	9 (18,4%)
Набряк яремних вен	5 (17,2%)	4 (20%)	9 (18,4%)
Тахікардія (> 90 уд/хв.)	3 (10,3%)	4 (20%)	7 (14,3%)

Через 14 днів перебування в стаціонарі у чоловіків хрипи в легенях зменшилися на 20,1%, периферійні набряки – на 60,6%, набряк яремних вен виявлено на 13,3% рідше, тахікардія – на 18,5% порівняно з показниками при поступленні. У жінок через 14 днів перебування в стаціонарі хрипи в легенях зменшилися на 33%, периферійні набряки – на 49,5%, набряк яремних вен – на 7,7% рідше, тахікардія зменшилася – на 5,5% порівняно з показникам при поступленні (табл. 7).

Висновки

Клінічні варіанти перебігу гострого інфаркту міокарда з підйомом сегмента ST відрізняються в залежності від характеру реабілітаційних захо-

дів. 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.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з подальшим вивченням проблеми реабілітації хворих на гострий інфаркт міокарда.

Література

1. Бойцов С.А. Сравнительный анализ данных российского и зарубежных регистров острого коронарного синдрома / С.А. Бойцов, П.Я. Довгалецкий, В.И. Гріднев [и др.] // Рос. кардиол. журн. – 2010. – Т. 5, № 1. – С. 82-86.
2. Вишняков Н.И. Системный подход к организации восстановительного лечения больных и инвалидов в крупном городе / Н.И. Вишняков, Ю.П. Линец, Е.М. Борисевич // Медико-социальная экспертиза и реабилитация : Сб. науч. статей. – Минск, 2009. – Вып. 11. – С. 136-139.

3. Динаміка здоров'я народу України та регіональні особливості / В.М. Коваленко, В.М. Корнацький [та ін.] // Аналітично-статистичний посібник. - К., 2014. – 280 с.
4. Ибатов А.Д. Основы реабилитологии / А.Д. Ибатов, С.В. Пушкина. – М.: Гэотар-Медиа, 2007. – 153 с.
5. Мартиросян И.Г. Социально-гигиеническая характеристика инвалидности, медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов вследствие цереброваскулярных болезней : автореф. дис. на соискание научной степени канд. мед. наук : спец. 14.00.54 «Медико-социальная экспертиза и медико-социальная реабилитация» / Мартиросян Ирина Георгиевна. – М., 2007. – 23 с.
6. Нестеров Ю. И. Вторичная профилактика инфаркта миокарда в первичном звене здравоохранения / Ю. И. Нестеров // Актуальные вопросы болезней сердца и сосудов. – 2009. – № 2. – С. 67-71.
7. Оганов Р.Г. Национальные клинические рекомендации / Р.Г. Оганов. - М.: Изд-во «Силиция-Полиграф», 2010. – 592с.
8. Оганов Р.Г. Национальные рекомендации по кардиоваскулярной профилактике / Р.Г. Оганов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика (приложение 2 к журналу). – 2011. – Т. 10, № 6. – С. 3-64.
9. Самородская И.В. Острые формы ишемической болезни сердца: необходимость решения проблемы сопоставимости данных о распространенности и летальности / И.В. Самородская // Болезни сердца и сосудов. – 2010. – Т. 5, № 1. – С. 25-28.
10. Серцево-судинна захворюваність в Україні та рекомендації щодо покращення здоров'я в сучасних умовах / В.М. Корнацький, А.П. Дорогой, Т.С. Манойленко [та ін.] // Аналітично-статистичний посібник. - К., 2012. – 117 с.
11. Сусллова Г.А. Динамика восстановления постинсультных больных в зависимости от тяжести неврологических нарушений в процессе реабилитационного лечения. / Г.А. Сусллова, А.А. Королев // Неврологический вестник. – 2009. – Т. XLI, Вып. 2. – С. 15-19.
12. Contractor A.S. Cardiac rehabilitation after myocardial infarction. / A.S. Contractor // J. Assoc. Physicians India. – 2011. – Suppl:51-5.
13. Rogers W.J. Trends in presenting characteristics and hospital mortality among patients with ST elevation and non-ST elevation myocardial infarction in the National Registry of Myocardial Infarction from 1990 to 2006 / W.J. Rogers, P.D. Frederick, E. Stoehr [et al.] // Am. Heart J. – 2008. – Vol. 156 (6). – P. 1026-1034. doi: 10.1016/j.ahj.2008.07.030.

Реферат

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Заремба Е.Х., Заремба-Федчишин А.В., Онищук Ю.И., Фартушок Н.В.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, ранняя реабилитация больных.

Кардиологическая реабилитация относится к скоординированному, многогранному вмешательству, предназначенному для оптимизации сердца пациента к физическому, психологическому и социальному функционированию, стабилизации, замедлению или регрессированию атеросклеротических процессов. Проведен анализ результатов наблюдения 106 пациентов с острым инфарктом миокарда с повышением сегмента ST, которые находились на стационарном лечении в инфарктном отделении КМК БСМП в течение 2015-2016 гг. Клинические варианты течения острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST отличаются в зависимости от характера реабилитационных мероприятий. В первой группе больных, которым проводили реабилитацию, основные жалобы и симптомы, выявленные при физикальном обследовании, выражены в меньшем количестве, чем у больных, получавших только медикаментозную терапию.

Summary

CLINICAL SIGNIFICANCE OF EARLY REHABILITATION OF PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION

Zaremba Ye.H., Zaremba-Fedchyshyn O.V., Onischuk Yu.I., Fartushok N.V.

Key words: myocardial infarction, early rehabilitation of patients.

Cardiac rehabilitation refers to a coordinated, multifaceted intervention designed to optimize the patient's heart to physical, psychological and social functioning, stabilization, deceleration, or regression of atherosclerotic processes. The analysis of the results based on the observation of 106 patients with acute myocardial infarction with ST-segment elevation who were taking inpatient treatment in the department of KMC BSMP for 2015-2016 years. Clinical variants in the course of acute myocardial infarction with ST-segment elevation vary depending on the nature of rehabilitation. The patients of the first group who underwent the rehabilitation, the main complaints and symptoms revealed during physical examination were expressed in smaller numbers than in patients who received drug therapy only.