

Відомо, що у хворих на остеопороз створюються несприятливі умови для функціонування системи дихання внаслідок зменшення висоти грудного відділу хребта [17]. Фармакологічні ефекти інгаляційних бронхолітиків зумовлені розширенням кінцевих структур бронхіального дерева. Очевидно, що в умовах остеопорозу лікувальний вплив інгаляційних бронхолітиків не може проявлятися в достатній мірі. Введення еуфіліну призводить до розширення не тільки бронхів, але і судин і, як наслідок, до сповільнення току крові по легених судинах, що покращує оксигенацію гемоглобіну, зменшуючи гіпоксію та ознаки дихальної недостатності [5]. Враховуючи отримані дані, можна рекомендувати внутрішньовенне застосування еуфіліну в якості препарату вибору для лікування дихальної недостатності у хворих на бронхіальну астму з супровідним остеопорозом.

Враховуючи невелику кількість денситометрів, що є в Україні, варто нагадати клінічні ознаки, за якими можна встановити діагноз остеопорозу. По-перше, це наявність так званої остеопоротичної конституції, яка класично зустрічається у світловолосих жінок після менопаузи. Кіфотична постава хребта поєднується у них з наявністю виражених складок на шкірі живота і спини. У хворих на остеопороз відстань між кінцями пальців розведених рук більша від зросту, а відстань від тімені до симфізу менша за відстань від симфізу до підлоги.

ВИСНОВКИ 1. Наявність остеопорозу може бути однією з можливих причин резистентності до корекції бронхолітиками гострої дихальної недостатності у хворих на бронхіальну астму.

2. Препаратом вибору для корекції гострої дихальної недостатності у хворих на бронхіальну астму з супровідним остеопорозом є еуфілін.

1. Авдеев С.Н., Куценко М.А., Третьякова А.В., Чучалин А.Г. Факторы, влияющие на исход неинвазивной вентиляции легких у больных с острой дыхательной недостаточностью на фоне ХОЗЛ // Пульмонология.– 1998.– №2.– С. 30-39.

2. Басанец А.В. Проблема бронхиальной астмы и реактивного синдрома дисфункции дыхательных путей в профессиональной патологии // Укр.пульмонолог. журнал. – 2000. – №2. – С.62-65.

3. Березовский В.А. Метод ускоренной статистической обработки по константной формуле: Сборник научных трудов. – Фрунзе, 1971. – Т. 78. – С.10-13.

4. Жук Н.А., Приймак А.А., Левченко М.В. Общие проблемы фтизиатрии, онкологии и пульмонологии в выявлении бронхолегочной патологии // Пульмонология.– 2000.– №4.– С.6-10.

5. Зильбер А.П. Респираторная медицина. Изд. Петрозаводского университета.– 1996.– 487с.

6. Марков А.Е. Плотность костной ткани у больных бронхиальной астмой длительно принимающих ингаляционные кортикостероиды // Ліки України.– 1999.– №2.– С.66-67.

7. Москаленко В.Ф., Ходош Э.М. Программа "Здоровые легкие Украины" в Харькове // Укр.пульмонолог. журнал.– 2000.– №2.– С. 60-62.

8. Огородова Л.М., Кобякова О.С. Некоторые аспекты резистентности к стандартной базисной терапии // Пульмонология.–2001.– №2.– С.69-73.

9. Поворознюк В.В., Подрушняк Е.П., Орлова Е.В. Остеопороз на Украине.– Киев, 1995.– 48 с.

10. Пресс-релиз Берингер-Ингельхайм на Всемирном конгрессе по заболеваниям легких и 10 конгрессе Европейского пульмонологического общества / Флоренция, Италия, 31 августа 2000 г. – 56 с.

11. Распутина Л.В. Синдром гиперреактивности бронхов // Укр.пульмонолог. журнал. – 2000. – № 4. – С. 67-70.

12. Современное лечение астмы и ХОЗЛ. Международный консенсус по диагностике и лечению ХОЗЛ // Терапевт. Архив. –1995.– № 8.– С. 81-83.

13. Трещинский А.И., Можаяв Г.Л., Усенко Л.В., Гамочек В.Л. Интенсивная терапия и дыхательная недостаточность при астматических состояниях. – Киев: Здоров'я, 1985. – 120 с.

14. Фещенко Ю.И. Актуальные вопросы бронхиальной астмы // Лечение и диагностика.– 1997.– № 1.– С.7-9.

15. Шершнева В.Г., Жуковский Л.И., Фринерман Е.А. Клиническая реография. – Киев: Здоров'я, 1977.– 168 с.

16. Euler U., Liljestrand G. Observations on the pulmonary arterial blood pressure in the cat. Acta Physiol. Scand.– 1946.–V. 12.– P. 301-320.

17. Katz S.I., Lenfant C., Applebaum D. New evidans connecting cardiovascular diseases and osteoporosis. Report of Niams NHLBI Working Group. Bethesda. Maryland, Sept. 14-15. – 1999. – P. 2-8.

П'ятночка І.Т., Грищук Л.А., Корнага С.І.

ЛЕГЕНЕВІ ГЕМОРАГІЇ У ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я.Горбачевського

ЛЕГЕНЕВІ ГЕМОРАГІЇ У ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ – Стаття присвячена вивченню частоти і характеру геморагічних ускладнень у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень. Показана залежність виникнення цих ускладнень від різних чинників і проведений аналіз ефективності лікування.

ЛЕГОЧНЫЕ ГЕМОРАГИИ У БОЛЬНЫХ ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ – Стаття посвящена изучению частоты и характера геморрагических осложнений у больных впервые диагностированным туберкулезом лёгких. Показана зависимость возникновения этих осложнений от различных факторов и проведен анализ эффективности лечения.

LUNG HAEMORRAGES AT FIRSTLY DIAGNOSED LUNG TUBERCULOSIS PATIENTS – Frequency and character of haemorrhagic complications in patients with firstly diagnosed lung tuberculosis was studied. The dependence of the occurrence of these complications on different factors was shown and the analysis of treatment effectiveness was carried out.

Ключові слова: легеневі геморагії, туберкульоз, легені.

Ключевые слова: легочные геморагии, туберкулёз, лёгкие.

Key words: pulmonary haemorrhage, tuberculosis, lungs.

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ І АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ Легеневі геморагії є одним з найбільш частих ускладнень туберкульозу легень. Вони спостерігаються переважно у хворих з активними, бацилярними формами туберкульозу легень. Хворих з легеневим кровохарканням чи кровотечею необхідно терміново госпіталізувати, уточнити діагноз, джерело кровотечі та застосувати адекватне лікування, спрямоване передусім на попередження асфіксії,

зупинку кровотечі і терапію основного специфічного легеневого захворювання [1, 2, 3, 4,5]. Проте, в літературі останніх років немає повідомлень про частоту і характер легених геморагій у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень. В зв'язку з цим, нашою метою було проведення всебічного аналізу геморагічних легених ускладнень у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, які перебували на стаціонарному лікуванні в обласному протитуберкульозному диспансері за останні 12 років.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Проведено аналіз 4416 історій хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, які лікувалися в Тернопільському обласному протитуберкульозному диспансері в 1991-2002 роках. При цьому враховувалися вік, стать, місце проживання, клінічна форма туберкульозу, супровідні захворювання, характер геморагій і їх зв'язок із сезонністю, а також ефективність лікування. Цифрові дані піддавались статистичній обробці з вираховуванням показника достовірності.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ За останні 12 років в обласному протитуберкульозному диспансері лікувались 7312 хворих на туберкульоз легень, серед яких вперше діагностованих було 4416 (60,39%) осіб. Вік хворих коливався від 16 до 77 років, осіб чоловічої статі було 3311 (74,98%), жіночої – 1105 (25,02%). Жителі сільської місцевості становили 2807 (63,56%). Розподіл хворих за клінічними формами туберкульозу легень і геморагіями представлений у таблиці 1.

Таблиця 1. Клінічні форми туберкульозу і частота легеневих геморагій

Форма туберкульозу	Кількість хворих		Частота геморагій	
	абс.	%	абс.	%
Первинний туберкульозний комплекс	51	1,15	-	-
Туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів	280	6,34	-	-
Дисемінована	880	19,93	60	6,82
Вогнищева	834	18,89	23	2,76
Інфільтративна, в тому числі казеозна пневмонія	1846	41,80	154	8,34
Туберкульома	11	0,25	-	-
Фіброзно-кавернозна	247	5,59	6	2,43
Циротична	20	0,45	-	-
Туберкульозний плеврит	236	5,34	-	-
Силікотуберкульоз	11	0,25	-	-
Разом	4416	100	243	5,50

З наведеної таблиці 1 видно, що легеневі геморагії найчастіше ускладнювали інфільтративну форму, в тому числі казеозну пневмонію, і дисемінований туберкульоз легень. Ці форми туберкульозу характеризувалися вираженими явищами інтоксикації, наявністю в більшості порожнин

розпаду та МБТ в мокротинні. Загалом, легеневі кровохаркання та кровотечі спостерігались у 5,5% хворих на вперше діагностований туберкульоз легень.

Частоту легеневих геморагій по роках спостереження представлено у таблиці 2.

Таблиця 2. Легеневі геморагії в 1991-2002 роках

Рік		1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Разом
Кількість хворих		326	372	397	326	368	360	367	359	354	373	427	387	4416
Характер геморагій	кровохаркання	абс 6	13	17	23	20	20	12	12	23	33	24	17	220
		% 1,84	3,49	4,28	7,05	5,43	5,56	3,27	3,34	6,50	8,85	5,62	4,39	4,98
	кровотечі	абс -	4	-	-	1	5	2	-	2	5	2	2	23
		% -	1,08	-	-	0,27	1,39	0,54	-	0,56	1,34	0,47	0,52	0,52
разом		абс 6	17	17	23	21	25	14	12	25	38	26	19	243
		% 1,84	4,57	4,28	7,05	5,70	6,95	3,81	3,34	7,06	10,2	6,09	4,91	5,50

Як видно з таблиці 2, протягом останніх років легеневі геморагії спостерігались в різні роки від 1,84 до 10,18% хворих на вперше діагностований туберкульоз легень. Кровохаркання, в середньому, констатовані у 4,98%, легеневі кровотечі – у 0,52% хворих. Достовірним виявився факт значного почастищення легеневих кровотеч у високосні роки (1992, 1996 і 2000 рік) відносно до решти 9-ти років (p < 0,02).

При аналізі частоти легеневих геморагій залежно від статі з'ясувалося, що у хворих жіночої статі ускладнення спостерігались дещо частіше (у 5,70%), ніж у чоловіків (5,44%), зокрема кровохаркання відповідно – у 4,62% і 5,10% і кровотечі – у 1,09% і 0,39% осіб (p < 0,05).

До 20 років легеневі геморагії були у 18 (7,41%) хворих, від 21 до 30 років – у 37 (15,23%), від 31 до 40 років – у 50 (20,58%), від 41 до 50 років – у 52 (21,40%), від 51 до 60 років – у 37 (15,23%) і понад 60 років – у 49 (20,16%) пацієнтів. Легеневі кровотечі найчастіше спостерігались у хво-

рих віком до 40 років і понад 60 років, відповідно у 12 (52,17%) і у 8 (34,78%) хворих.

Із 243 хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, ускладнений легеневими геморагіями, мікобактерії туберкульозу виявлені у 57,61%, а порожнини розпаду констатовано у 76,13% осіб.

В загальній кількості хворих з легеневими геморагіями супровідна патологія, зокрема, хвороби печінки була у 27,57% осіб, ХНЗЛ – у 14,81%, хронічний алкоголізм – у 5,76%; ускладнення: – дихальна недостатність – у 40,74%, хронічне легеневе серце – у 10,70% пацієнтів.

Важливо відмітити те, що переважна більшість хворих із супровідною патологією та ускладненнями припадала на високосні роки. Можливо, це було основною причиною почастищення геморагічних ускладнень у високосні роки.

Аналіз частоти легеневих кровохаркань і кровотеч у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень залежно від сезонності представлений у таблиці 3.

Таблиця 3. Частота легеневих геморагій в різні пори року

Характер легеневих геморагій		Пора року				
		зима	весна	літо	осінь	разом
Кровохаркання	абс.	61	45	46	68	220
	%	27,73	20,45	20,91	30,91	100
Кровотеча	абс.	10	5	2	6	23
	%	43,48	21,74	8,70	26,09	100
Разом	абс.	71	50	48	74	243
	%	29,22	20,58	19,75	30,45	100

Отже, як видно з таблиці 3, легеневі геморагії значно частіше ускладнювали вперше діагностований туберкульоз в осінньо-зимовий, ніж у весняно-літній період (p < 0,01), в той час, як профузні легеневі кровотечі в переважній більшості спостерігались взимку.

Крім цього, легеневі геморагії у 72 (65,45%) хворих збігалися з магнітними бурями (p < 0,002). Лише у 38 осіб (34,55%) подібного не спостерігалося. Достовірно частіше легеневі кровохаркання і кровотечі констатовані і у високосні роки.

Проте, у ці ж роки значно більше було хворих із супровідною патологією печінки, ХНЗЛ, а також з такими ускладненнями, як легенева недостатність і хронічне легеневе серце. Все це, на нашу думку, теж слід вважати сприяючими факторами виникнення легеневих геморагій.

Частоту і характер легеневих геморагій у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень вивчали залежно від соціального складу хворих, що представлено у таблиці 4.

Таблиця 4. Соціальний склад хворих з легеневиими геморагіями

Соціальний склад		Характер геморагій					
		кровохаркання (n=220)		кровотечі (n=23)		разом (n=243)	
		місто	село	місто	село	місто	село
Розумова діяльність	абс.	7	7	-	1	7	8
	%	3,18	3,18	-	4,35	2,88	3,29
Фізична праця	абс.	10	59	1	5	11	64
	%	4,55	26,82	4,35	21,74	4,53	26,34
Інваліди	абс.	16	9	-	-	16	9
	%	7,27	4,09	-	-	6,58	3,70
Пенсіонери	абс.	19	23	2	8	21	31
	%	8,64	10,45	8,70	34,78	8,64	12,76
Непрацюючі	абс.	30	40	3	3	33	43
	%	13,64	18,18	13,04	13,04	13,58	17,70
Разом	абс.	82	138	6	17	88	155
	%	37,27	62,73	26,09	73,91	36,21	63,79

Як видно з таблиці 4, більша кількість хворих на вперше виявлений туберкульоз легень, ускладнений легеневиими геморагіями, проживала в сільській місцевості і займалася фізичною працею, як і пенсіонери, порівняно з аналогічною категорією хворих, які проживали в місті ($p < 0,05$). Це, певною мірою, пояснюється більш занедбаним специфічним процесом у хворих із села, що в свою чергу, зумовлено низькою санітарною грамотністю населення, недбалим ставленням до свого здоров'я, меншою доступністю спеціалізованої медичної допомоги і гіршою матеріальною забезпеченістю

порівняно з населенням міст області.

Лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, ускладнений легеневиими кровохарканнями і кровотечами, проводилося строго індивідуально з урахуванням загального стану, клінічної форми туберкульозу, характеру геморагій, вікових змін, супровідної патології, і було, в першу чергу, спрямоване на попередження асфіксії, зупинку геморагій та терапію основного легеневого процесу. Результати лікування наведені у таблиці 5.

Таблиця 5. Ефективність лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз, ускладнений легеневиими геморагіями

Результати лікування	Характер геморагій				разом (n=243)	
	кровохаркання (n=220)		кровотечі (n=23)		абс.	%
	абс.	%	абс.	%		
Значне покращення	78	35,45	5	21,74	83	34,16
Покращення	41	18,64	6	26,09	47	19,34
Без перемін	85	38,64	3	13,04	88	36,21
Погіршення	12	5,45	-	-	12	4,94
Померли	4	1,82	9	39,13	13	5,35

З наведеної таблиці 5 видно, що ефективність лікування (загоєння порожнин розпаду і абактеріальність) хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, ускладнений легеневиими геморагіями вдвічі нижча, ніж у хворих без подібних ускладнень ($p < 0,001$), а летальність неочікувано висока (5,35% осіб). До того ж, безпосередньою причиною смерті у 9 хворих була легенева кровотеча, з яких 6 осіб жіночої статі. Це свідчить про несвоєчасне і пізніше виявлення хворих на туберкульоз легень, передусім в сільській місцевості, і як наслідок, незадовільні результати лікування, а в окремих випадках – з летальним наслідком.

ВИСНОВКИ. 1. В останнє десятиріччя легеневі геморагії зустрічаються у 5,50% хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, переважно інфільтративний, дисемінований і казеозну пневмонію, в тому числі легеневі кровохаркання – у 4,98% і кровотечі – у 0,52% хворих. 2. Частота легеневиих геморагій у хворих на туберкульоз легень значно зростає в осінньо-зимовий період, при несприятливих погодних умовах, в дні магнітних бур. 3. Ефективність ліку-

вання хворих на вперше виявлений туберкульоз легень, ускладнений легеневиими геморагіями вдвічі нижча, ніж у хворих без подібних ускладнень. Для запобігання геморагічних ускладнень і поліпшення результатів лікування, в першу чергу, необхідно покращити своєчасне виявлення хворих, шляхом більш якісного медичного обстеження, проведення регулярних профілактичних оглядів, підвищення санітарної культури населення, зокрема, на селі.

1. Алиев А.А., Агаев Ф.Ф., Меджиков Ф.А. и др. Эндоскопический метод остановки кровотечения у больных туберкулезом лёгких // Пробл. туберкулёза. – 1990. – № 12. – С. 47-49.

2. Легеневі кровохаркання і кровотечі: методичні рекомендації / П'ятючка І.Т., С.І.Корнага – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. – 29 с.

3. Худзик Л.Б. Легочные кровотечения и неотложная помощь // Пробл. туберкулёза. – 1997. – № 5. – С. 48-51.

4. Яблоков Д.Д. Бронхо-легочные кровотечения и кровохарканья в клинике туберкулёза и внутренних болезней. – Томск: ТГУ, 1971. – 402 с.

5. Michael C. Boyars. Haemoptysis: current strategies for diagnosis and therapy // J. Resp. Dis. – 1999. – Vol. 17, № 11. – P. 959-974.