

Внутрішньовенне введення еуфіліну в дозі 5 мг/кг не впливає на показники структури серцевого циклу, за винятком ВЕМ, яке зростає на 18,3 %.

Лікування комбінаціями фенотеролу з атровентом та фенотеролу, атровенту і еуфіліну в зазначених дозах не змінює у хворих на ХОЗЛ III стадії більшості показників структури серцевого циклу, крім ПЛШ та ВЕМ. Зміни останніх носять достовірний характер порівняно зі здоровими особами. Так, збільшення ПЛШ та ВЕМ у хворих на ХОЗЛ III стадії на фоні лікування комбінацією фенотеролу і атровенту становить відповідно 51,2 та 61,7 %, комбінацією фенотеролу, атровенту і теопеку 44,3 та 62,9 %, комбінацією беродуалу та еуфіліну – 28 та 54,3 %.

Результати фазового аналізу структури серцевого циклу свідчать про виражене порушення функціонального стану міокарда у хворих з III стадією ХОЗЛ. Тенденція до погіршення показників роботи міокарда посилюється внаслідок терапії  $\beta_2$ -адреноблокаторами. Особливо це стосується фенотеролу при його застосуванні в дозах, вищих від 0,4 мг. Найбільш негативний вплив на структуру серцевого циклу у всіх хворих має цей засіб в дозі 0,6 мг. Це проявляється достовірними негативними змінами більшості показників фазового аналізу серцевого циклу, а саме зростанням хвилинного об'єму крові, об'ємної та лінійної швидкостей руху крові, початкової швидкості підвищення внутрішньошлуночкового тиску, потужності лівого шлуночка та витрат енергії міокардом на перекачування крові. Якщо враховувати, що погіршення функціонального стану міокарда у хворих на ХОЗЛ, обумовлене гіпоксичними процесами, потенціюється збільшенням навантаження на серцевий м'яз, обумовленим дією адреноміметиків, цілком пояснюються ті порушення з боку серцево-судинної системи, які спостерігаються у хворих під час лікування цими засобами. Таким чином, для мінімізації побічних ефектів не слід застосовувати більше двох інгаляцій адреноміметиків підряд.

Атровент та теопек у усіх застосованих дозах не впливають на структуру серцевого циклу. Еуфілін в дозі 9,5 мг/кг/день викликає тенденцію до зростання витрат енергії

міокардом. Отримані дані свідчать про відсутність у атровента кардіотоксичних властивостей у звичайних дозах. Такі властивості дають можливість рекомендувати застосування атровенту в якості засобу вибору у хворих з супутньою патологією серця, коли використання  $\beta_2$ -адреноміметиків може призвести до значного погіршення функціонального стану серця і, навіть, смерті.

Всі запропоновані комбінації бронхолітичних засобів мають негативний вплив на серцевий м'яз, аналогічний такому у фенотеролу в дозі, однакової із застосованою в комбінації. Це свідчить про те, що кардіотоксичність комбінації фенотеролу, атровенту та теопеку обумовлена, насамперед, дією фенотеролу.

**ВИСНОВКИ** 1. Збільшення разової дози фенотеролу до 0,6 мг збільшує потужність роботи (43 %,  $P < 0,001$ ) та витрати енергії міокардом (43,4 %,  $P < 0,001$ ), чим погіршує функціональний стан його і показник „ефективність – безпечність”.

2. Атровент в дозах 0,04 та 0,06 мг не впливає на структуру серцевого циклу і не погіршує функціональний стан серцевого м'яза.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Global Initiative for Chronic obstructive lung disease. – National Institutes of Health. – Bethesda. – 2001. – Date update: 1.07.2003. – 116 p.
2. Фещенко Ю.И., Яшина Л.А., Горovenko Н.Г. Хронические обструктивные заболевания легких. – К.: Морион. – 2001. – 80 с.
3. Інструкція про діагностику, клінічну класифікацію та лікування хронічних обструктивних захворювань легень // Наказ МОЗ України № 499 від 28.10.2003 р. “Про затвердження інструкції щодо надання допомоги хворим на туберкульоз і неспецифічне захворювання легень”. – К., 2003. – 100 с.
4. Методические рекомендации по определению основных параметров гемодинамики и тонуса сосудов методом тетраполярной трансторакальной импедансной реоплетизмографии / К.: Наукова думка. – 1980. – 19 с.
5. Минцер О.П., Угаров Б.Н., Власов В.В. Методы обработки медицинской информации: Учебн. пособие. – К.: Вища школа. – 1991. – 271 с.
6. Гойго О.В. Практичне використання пакета STATISTIKA для аналізу медико-біологічних даних. – К., 2004. – 76 с.

Солонинка Г.Я.

## ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ СЕРЕД СТУДЕНТІВ

### Медичний інститут Української асоціації народної медицини

**ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ СЕРЕД СТУДЕНТІВ** – На підставі вивчення захворюваності серед студентів міста Києва у динаміці встановлено, що її показники збільшились у 1,8 раза з 1997 по 2001 р. (з 11,9 на 100 тис. студентів у 1997 р. до 21,0). З 2001 р. по 2004 р. захворюваність поступово знижувалась і досягла рівня 1997 р. (з 21 на 100 тис. студентів до 10,7). Захворюваність на туберкульоз серед студентів є нижчою, ніж в загальній популяції населення України, але вищою, ніж у дітей та підлітків. Найвищий рівень захворюваності відзначається у віці 19–20 років. В структурі туберкульозу у студентів протягом останніх 8 років переважає інфільтративний туберкульоз легень, який у 20 % випадків виявляють при профілактичних оглядах, оскільки захворювання не проявляється клінічними симптомами. У 2004 р. деструктивний туберкульоз легень із бактеріовиділенням склав половину випадків вперше діагностованого захворювання.

**ЗАБОЛЕВАЄМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ СЕРЕД СТУДЕНТІВ** – Заболеваемость на туберкулез среди студентов г. Киева увеличилась в 1,8 раза с 1997 по 2001 г. (с 11,9 на 100 тыс. студентов в 1997 г. до 21,0). С 2001 г. по 2004 г. Заболеваемость на туберкулез среди студентов является ниже, чем в общей популяции населения Украины, но выше, чем у детей и подростков. Наиболее высокий уровень заболеваемости отмечается в возрасте 19–20 лет. В структуре туберкулеза у студентов в течение последних 8 лет преобладает инфильтративный туберкулез легких, который

у 20 % случаев выявляют при профилактических осмотрах из-за отсутствия клинических симптомов. В 2004 г. деструктивный туберкулез легких с бактериовыделениями составил половину случаев впервые диагностированного заболевания.

**PREVALENCE OF TUBERCULOSIS AMONG STUDENTS IN KIEV** – Basing on the study of tuberculosis morbidity in dynamics among the students, who study in Kyiv, it has been established that its parameters increased in 1,8 folds from 1997 until 2001 (from 11,9 per 100000 students in 1997 to 21,0). From 2001 until 2004 the level of tuberculosis prevalence gradually decreased and achieved the level of 1997 (from 21 per 100000 students to 10,7). Tuberculosis morbidity among the students is lower than among general population of Ukraine, but it is higher than among children and adolescents. The highest level of tuberculosis morbidity is in the age of 19–20. During the last 8 years prevailed infiltrative tuberculosis among newly detected cases, 20 % cases were detected at prophylactic X-ray examination because the disease does not have any clinical symptoms. In 2004 half of newly detected of tuberculosis cases was destructive lung tuberculosis with bacterial output.

**Ключові слова:** захворюваність на туберкульоз у молоді, виявлення туберкульозу.

**Ключевые слова:** заболеваемость туберкулезом молодежи, выявление туберкулеза.

**Key words:** prevalence of tuberculosis among youth, detection of tuberculosis.

**ВСТУП** Студентська молодь – це частина населення країни, яка є носієм здоров'я, інтелекту та працездатності нації. Значне зростання захворюваності на туберкульоз серед молоді, у тому числі студентської, яке у 10–75 разів випереджає захворюваність серед учнів, робітників, бомжів, та осіб, які звільнились із місць позбавлення волі, викликає велику стурбованість [2, 4].

Створення національної програми 2002–2005 рр., затвердження „Інструкцій щодо надання допомоги хворим на туберкульоз і неспецифічні захворювання легенів” (Наказ № 45) поки ще не забезпечили контролю над туберкульозом в Україні та втримання зростання захворюваності [2, 5].

В 50 % випадків туберкульоз є результатом реактивації латентної інфекції [7,8]. Вважають, що у 5–10% інфікованих МБТ розвивається активне захворювання. Проте, на сьогодні не встановлений рівень інфікування мікобактеріями туберкульозу серед контингенту студентів, не вивчена динаміка захворюваності на туберкульоз, що значно ускладнює прогнозування розвитку епідемії туберкульозу в середовищі студентів. Не вивчалась структура вперше діагностованого туберкульозу у студентів, що знижує ефективність заходів з виявлення туберкульозу та його профілактики.

На сьогодні є актуальним завданням визначення ризику захворювання на туберкульоз студентів та виділення серед них найбільш уразливих до захворювання контингентів з метою його профілактики. В період реорганізації туберкульозної служби та впровадження в Україні DOTS стратегії актуальним є визначення груп ризику щодо захворювання на туберкульоз для визначення категорій населення, які підлягають профілактичним флюорографічним обстеженням [7,8].

Виявлення хворих на туберкульоз в Україні здійснюється пасивним шляхом. Групи ризику для активного виявлення туберкульозу не сформовані, через що виявлення хворих серед осіб із підвищеним ризиком захворювання на туберкульоз є актуальним завданням. Ідентифікація груп ризику дозволить зменшити передачу туберкульозної інфекції, загальну захворюваність в країні, зменшити поширеність латентної інфекції [1, 6].

Особливістю виявлення туберкульозу в сучасних умовах є залежність різних методів виявлення від віку. У підлітків в структурі туберкульозу переважає інфільтративна та вогнищева форми (46,9 та 45%) без розпаду та бактеріовиділення, що надає пріоритет у виявленні захворювання флюорографічному обстеженню [1, 6].

Тому метою даного дослідження було визначення рівня та структури захворюваності на туберкульоз за формою, віком, статтю серед студентів міста Києва за 1997–2004 роки та контингенту молоді, які схильні до захворювання на туберкульоз, встановлення особливостей виявлення туберкульозу та ефективності профілактичних флюорографічних оглядів у студентів, їх питому вагу при вперше діагностованому туберкульозі, структуру туберкульозу, який виявляється активним шляхом.

**МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ** Дослідження було проведено на базі студентської поліклініки міста Києва. З метою вивчення рівня захворюваності серед студентів, його структури за віком, статтю, формою, методів виявлення туберкульозу проаналізовані дані журналу реєстрації випадків активного туберкульозу студентської поліклініки, щорічні облікові звітні форми № 08 „Звіт про захворювання на активний туберкульоз” та № 33 „Звіт про хворих на туберкульоз” та підсумкові щорічні звіти студентської поліклініки з 1997 по 2004 рік. Усім студентам з вперше діагностованим туберкульозом проводилось дослідження харкотиння на мікобактерії туберкульозу методом флотації і посіву. Визначення чутливості МБТ до всіх протитуберкульозних препаратів. Посів харкотиння хворих на туберкульоз із метою виділення резистентних штамів МБТ проводиться на щільне середовище Левенштейна–Йенсена за методикою, регламентованою Наказом МОЗ України № 45 від 06 лютого 2002 р.

Захворюваність у студентів розраховували на 100 тис. студентів. Динаміку захворюваності оцінювали по приросту або зменшенню показника порівняно з попереднім роком, при цьому значення меншого показника приймали за 100 %. Для ретельного вивчення рівня захворюваності у студентів, розробки найбільш ефективних організаційно-методичних заходів щодо виявлення туберкульозу та його профілактики дослідний контингент було розподілено на 5 вікових груп: 15–18, 19–20, 21–22, 23–24, 25 та більше років. В межах цих вікових груп проводили порівняння рівня захворюваності. Крім віку, враховували окремо вплив статі на захворюваність та туберкулінову чутливість. Загальна кількість випадків вперше діагностованого туберкульозу за період з 1997 по 2004 рр. складала 157.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Захворюваність на туберкульоз серед студентів міста Києва ми вивчали у динаміці з 1997 по 2004 р. Ці дані наведені на рисунку 1.

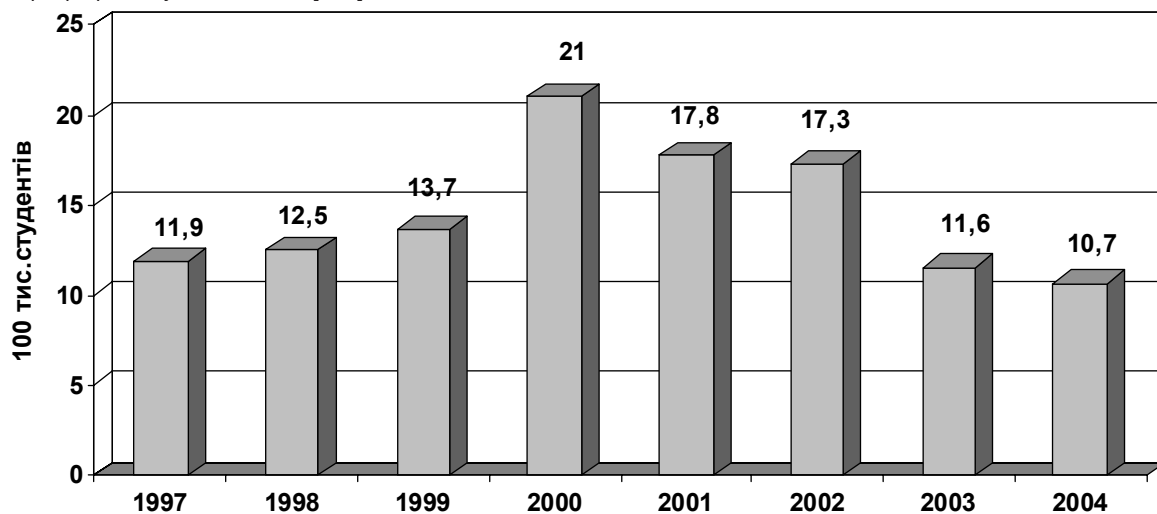


Рис.1 Захворюваність на туберкульоз серед студентів міста Києва в динаміці.

Захворюваність на туберкульоз серед студентів поступово збільшувалась. З 1997 по 2000 рр. приріст показника становив 9,1%, що відрізняється в 1,8 раза – з 11,9 на 100 тис. студентів до 21. З 2001 р. спостерігається поступове

зниження захворюваності на туберкульоз серед студентської молоді – з 21 на 100 тис. студентів до 10,7. В 2004 р. показник знизився на 10,1 % порівняно з 1997 роком. На рис. 2 наведена вікова структура вперше діагностованого туберкульозу у студентів міста Києва.

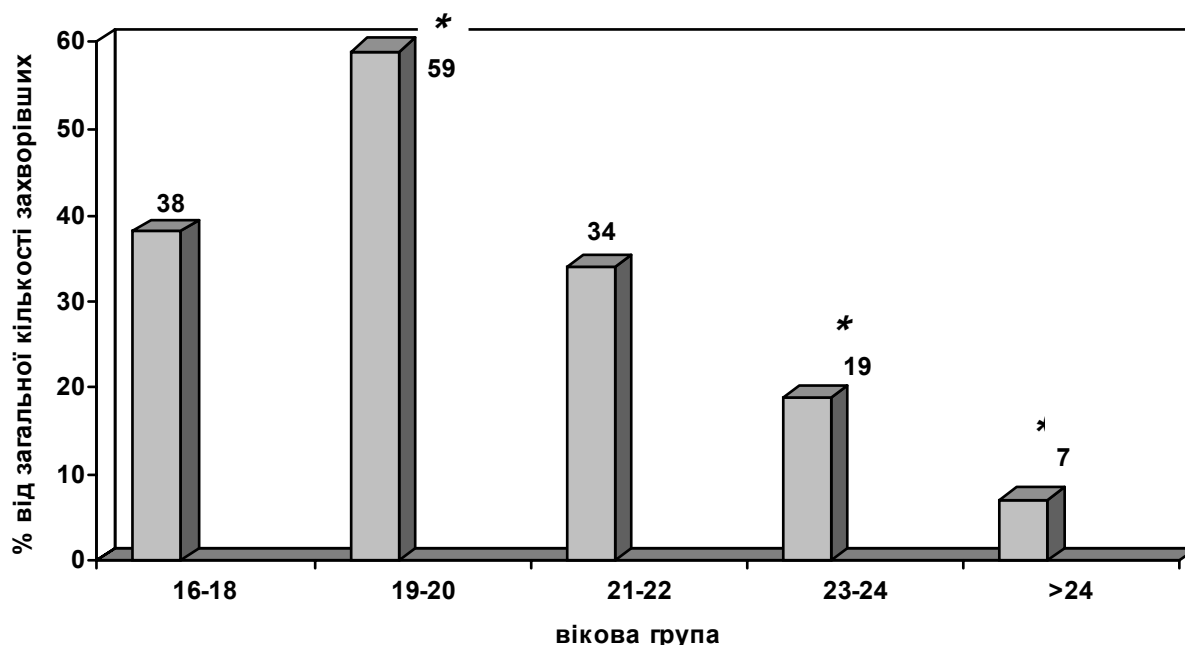


Рис. 2. Вікова структура вперше діагностованого туберкульозу у студентів міста Києва.

Примітка. \* Показник вірогідно відрізняється від показника у студентів інших вікових груп.

Як свідчать дані рисунка 2 серед студентів найбільш уразливими до захворювання на туберкульоз є вікова група 19–20 років (II-IV курси) – 59 проти 38 % у віці 16–18 років, та проти 19 % у студентів 23–24 років. Вірогідно рідше хворіють студенти віком старше 23 років – 19 % проти 38, 59, 34 % в молодших вікових групах. У студентів

старше 24 років спостерігали поодинокі випадки туберкульозу – 7 % і віковій структурі вперше діагностованого туберкульозу.

В таблиці 1 наведені дані про захворюваність на туберкульоз у чоловіків та жінок. За період з 1997 по 2001 рр. виявлено усього 157 випадків туберкульозу.

Таблиця 1. Захворюваність на туберкульоз залежно від статі

Випадки туберкульозу	Усього	Жінки		Чоловіки	
		абс. число	%	абс. число	%
Всі форми туберкульозу	157	61	38,9	96	61,1*
Бактеріальний туберкульоз	70	27	38,6	43	61,4*
Деструктивний туберкульоз	77	29	37,7	48	62,3*

Примітка. \* Показник вірогідно відрізняється від такого у жінок,  $p < 0,05$ .

Дані таблиці 1 свідчать про те, що студенти чоловічої статі хворіють на туберкульоз в 1,5 раза частіше, ніж жінки – 61,1 проти 38,9 %,  $p < 0,05$ . У чоловіків відповідно частіше в 1,5 та 1,6 раза зустрічаються бактеріальні та деструктивні форми туберкульозу – 61,4 та 62,3 % проти 38,6 та 37,7 %. В літературі є відомості, що жінки молодого віку схильні до гостропрогресуючих форм туберкульозу [3]. Ми змогли відстежити такі випадки, оскільки у частини студентів

деструктивні форми туберкульозу із бактеріовиділенням розвивались менше, ніж за один рік, оскільки на попередньому флюорографічному обстеженні, яке проводилось за 3–10 міс. до встановлення діагнозу туберкульозу, в легенях не виявляли ніяких патологічних змін. Ми проаналізували такі випадки окремо у чоловіків та жінок. Ці дані наведені в таблиці 2.

Таблиця 2. Розподіл хворих на деструктивний туберкульоз із бактеріовиділенням, який розвинувся менше ніж за 1 рік, залежно від статі

Стать	Кількість випадків бактеріального деструктивного туберкульозу	Кількість випадків деструктивного туберкульозу із бактеріовиділенням, який розвинувся менше ніж за 1 рік	
		абс.	%
Чоловіки	43	28	65,1
Жінки	27	21	77,8

У жінок частіше, ніж у чоловіків, виявляли деструктивний туберкульоз з бактρίовиділенням із гострим початком – у 77,8 проти 65,1 %, однак ця різниця не була вірогідною, можливо, через невелику кількість спостережень.

На туберкульоз захворювали студенти 42 вищих навчальних закладів. Серед 157 випадків туберкульозу зустрічались по 1–3 випадки туберкульозу з одного й того ж закладу. Винятком був Київський політехнічний інститут, де захворіло 36 студентів. Однак, цей ВНЗ належить до найбільших у Києві. Крім того, територіально він розташований ближче до студентської поліклініки, що спрощувало

проведення профілактичних флюорографічних оглядів з метою виявлення туберкульозу. З медичних ВНЗ було 6 студентів, з педагогічного та державного університету – 8, з аграрної академії – 4 випадки. Через невелику кількість спостережень, ми не виявили статистичних відмінностей у захворюваності на туберкульоз залежно від профілю навчального закладу.

На рисунку 3 наведені дані щодо динаміки захворюваності на туберкульоз та інфікованості мікобактеріями туберкульозу серед студентів міста Києва за період з 1997 по 2004 рр.

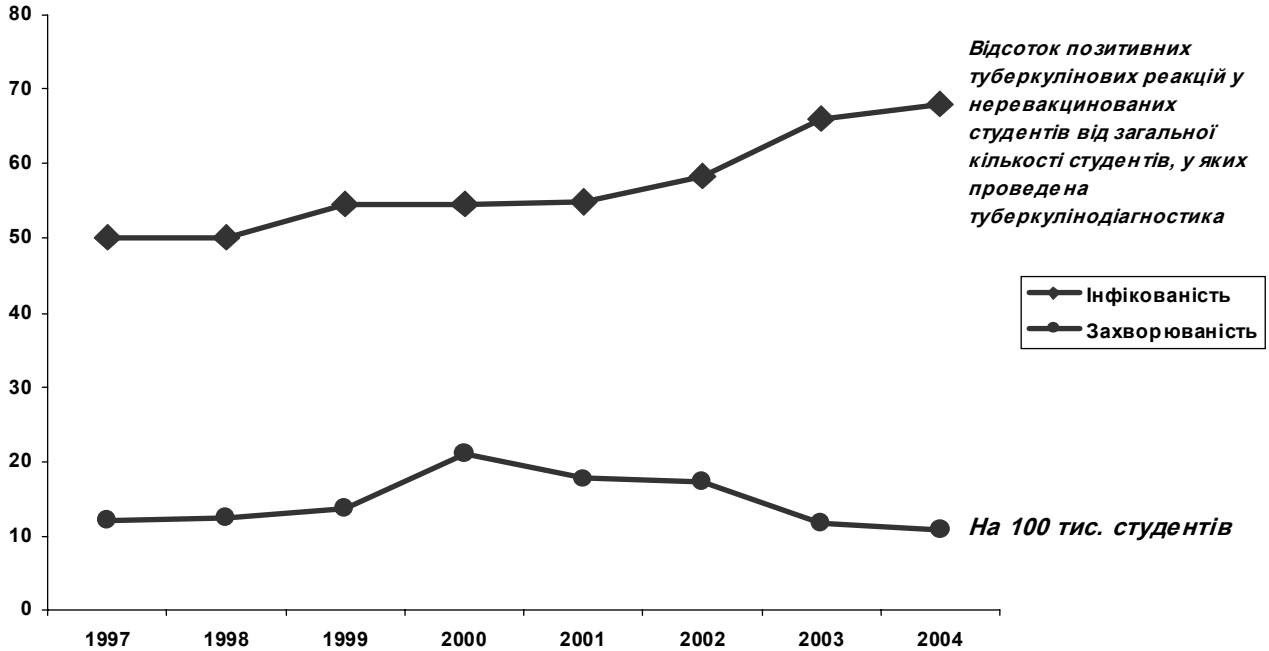


Рис. 3. Динаміка захворюваності на туберкульоз та інфікованості мікобактеріями туберкульозу серед студентів міста Києва за 1997–2004 рр.

Дані рисунку 3 свідчать про те, що рівень інфікованості серед студентів високий і продовжує збільшуватись – з 50 % у 1997 до 68 % у 2004 році. Захворюваність на туберкульоз збільшувалась так само як і інфікованість з 1997 по 2001 рік, а далі ці дві криві почали розходитись – рівень інфікованості продовжував збільшуватись, а захворюваність почала знижуватись.

Подібна ситуація в Україні спостерігається в популяції дітей та підлітків – інфікованість туберкульозом зростає, а захворюваність зберігається на стабільному рівні тривалий час. Така ситуація зумовлена своєчасними заходами з виявлення туберкульозу та його профілактики [5, 6]. Дані про ефективність профілактичних заходів щодо захворювання на туберкульоз серед студентів будуть наведені в розділі 5.

У 1997 та у 1998 роках туберкульоз у студентів виявляли переважно пасивним шляхом (рис 4). Питома вага пасивного шляху виявлення туберкульозу становила відповідно 61,5 та 62,5 % проти 38,5 та 37,5 %. З 1999 р. ситуація змінилася (у зв'язку зі зростанням захворюваності на туберкульоз серед студентів посилили заходи щодо активного виявлення) – захворювання почали виявляти переважно активним шляхом за допомогою профілактичної флюорографії. Відсоток активного шляху виявлення туберкульозу останніми 3 роками наближається до 70. Переважання активного шляху виявлення туберкульозу останніми роками збіглося із зменшенням захворюваності серед студентів, що свідчить про ефективність заходів щодо обмеження вогнищ захворювання (виявлення бацилярного туберкульозу та його профілактика захворювання серед контактних осіб).

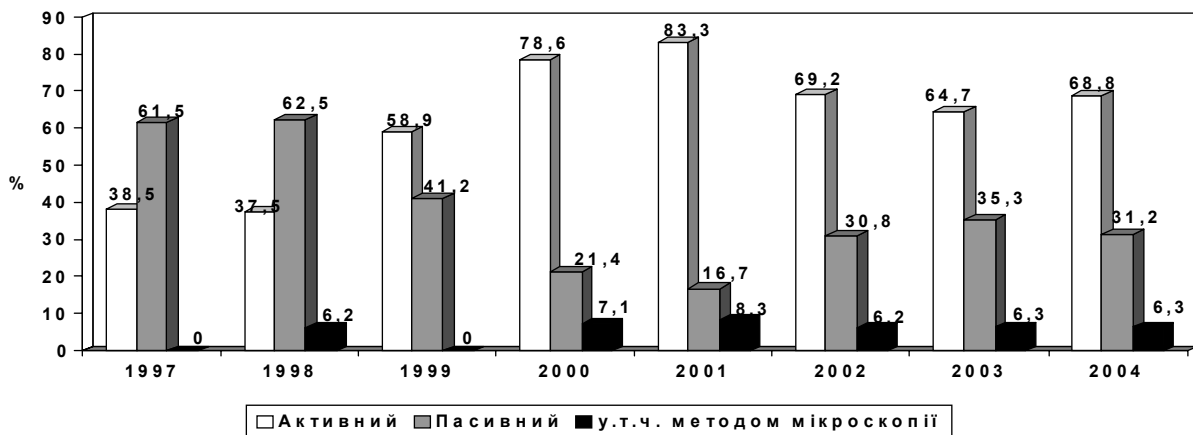


Рис.4. Шляхи виявлення туберкульозу у студентів міста Києва.

Слід відзначити, що виявлення туберкульозу пасивним шляхом методом мікроскопії харкотиння відбувається в поодиноких випадках в різні роки за період, протягом якого проводили дослідження – від 6,2 до 8,3 %. Це відповідає даним літератури про те, що мікроскопія мазка – це малочутливий метод, який дозволяє виявляти занедбані випадки хвороби.

Для того, щоб пояснити особливості виявлення туберкульозу серед студентів, ми вивчили його структуру за формою, у динаміці та питому вагу виявлення туберкульозу за допомогою флюорографії. Ці дані наведені на рисунку 5. Як встановлено вище, в структурі захворюваності на туберкульоз протягом 8 років переважає інфільтративна форма – від 61,5 % у 1997 до 83,3 % у 2004 рр. (дисемінована форма та плеврит були в поодиноких випадках – від

2-х до 5-ти випадків на рік, тому ми приєднали їх до інфільтративної форми). У структурі туберкульозу серед студентів відзначається збільшення поширеності інфільтративної форми в 1,4 раза, не зважаючи на те, що захворювання з 1999 року виявляють переважно активним шляхом. Значну кількість випадків інфільтративного туберкульозу виявляють при профілактичних оглядах – від 8% у 1997 до 42% у 2004 рр. При цьому у всіх випадках активного виявлення інфільтративного туберкульозу студенти або не мали клінічних симптомів туберкульозу або не звертали на них увагу (невеликий звичний кашель, незначне схуднення, підвищена втомлюваність). Питома вага вогнищового туберкульозу у структурі туберкульозу зменшилася в 2,5 раза – з 30,7 до 12,5 %, навіть не зважаючи на те, що випадки туберкульозу у студентів виявляли активним шляхом

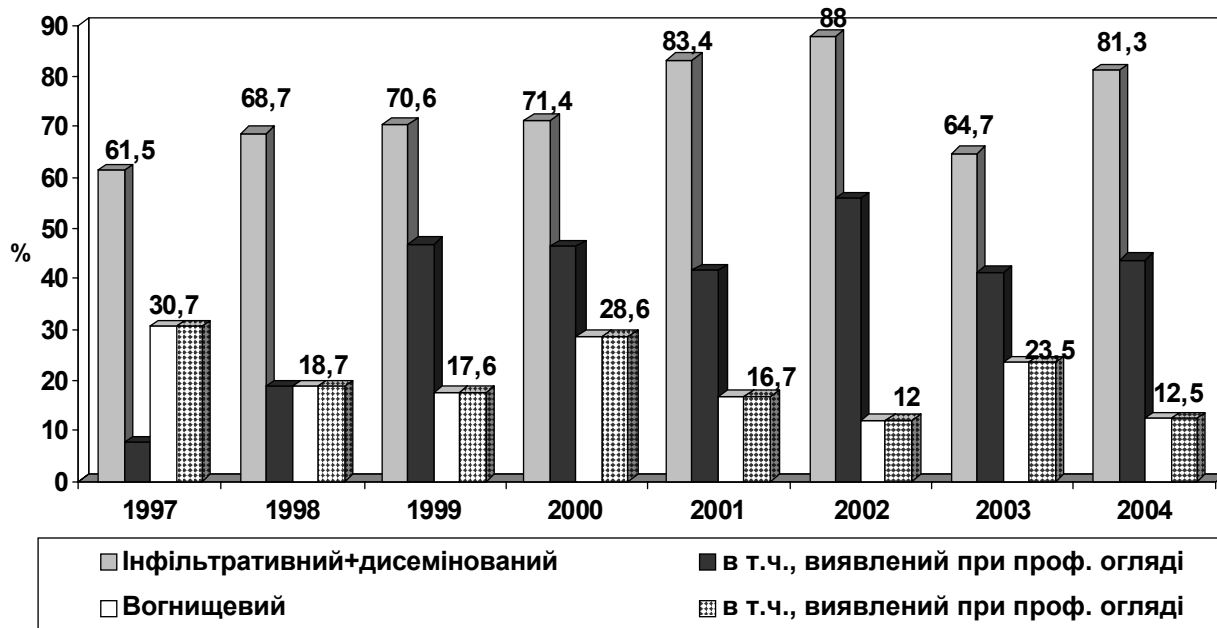


Рис.5. Структура захворюваності на туберкульоз за формою серед студентів міста Києва у динаміці та питома вага виявлення туберкульозу за допомогою флюорографії.

Усі випадки вогнищового туберкульозу виявляли при профілактичних оглядах, оскільки студенти не мали клінічних симптомів захворювання або вони були незначними (невеликий кашель). Отримані нами дані про відсутність клінічних симптомів при інфільтративній формі туберкульозу відповідають даним літератури, в яких різні

дослідники назвали це як характерну особливість перебігу туберкульозу у молодих [9].

Ми встановили питому вагу бактеріального, деструктивного туберкульозу та випадків цих форм захворювання, виявленого при профілактичних оглядах у студентів міста Києва. Ці дані наведені на рисунку 6.

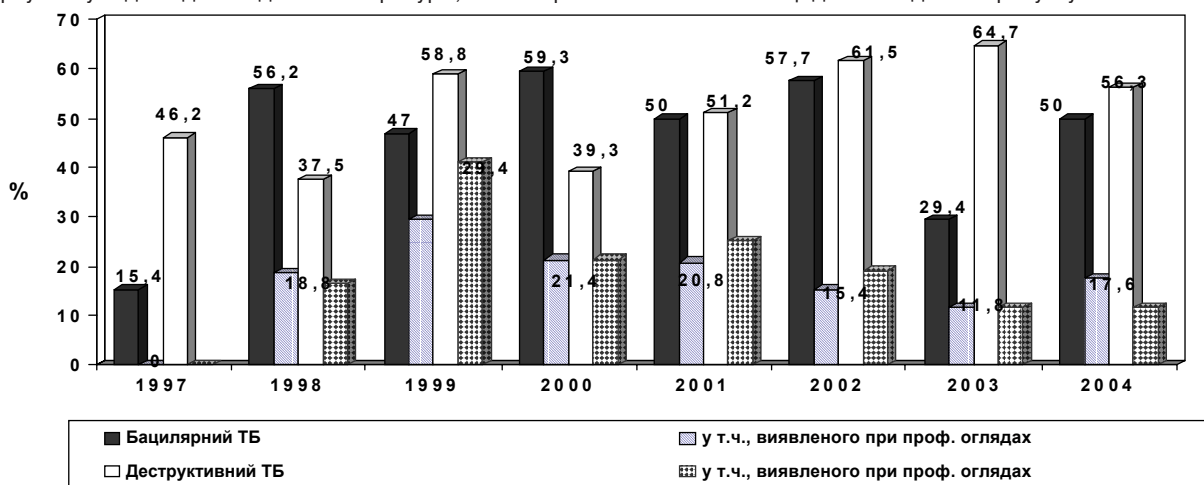


Рис. 6. Питома вага бактеріального, деструктивного туберкульозу та випадків цих форм захворювання, виявленого при профілактичних оглядах.

Як свідчать дані рисунка 6 приблизно у половині випадків вперше діагностованого туберкульозу відзначали бактеріовиділення з коливаннями від 37,5 до 57,7 %, крім 1997 р., коли таких випадків було 15,5 та у 2003 р. – 29,4 %. З 1998 р. у переважній кількості студентів (від 50 до 60%) виявляють бактеріальний та деструктивний туберкульоз (з коливанням від 40 до 62 %). У 2004 р. бактеріальний туберкульоз складав половину випадків вперше діагностованого захворювання. У середньому в 20 % випадків бактеріальний та деструктивний туберкульоз виявляють при профілактичних оглядах, коли студенти не виявляли ніяких скарг.

При збиранні анамнезу у 15 студентів з деструктивним туберкульозом легень із бактеріовиділенням, які виявлені при профілактичному огляді за досліджуваний період, встановлено, що 8 (53,3 %) осіб не мали ніяких симптомів захворювання, а решта – не надавали їм значення, оскільки вони проявлялися незначним звичним кашлем та схудненням.

Така висока частота виявлення бактеріальних форм туберкульозу методом флюорографії свідчить про важливе значення цього методу в середовищі студентів, оскільки недіагностований туберкульоз із бактеріовиділенням призведе до поширення інфікування та суперінфікування здорових студентів.

Для того, щоб встановити оптимальні терміни проведення флюорографічного дослідження у студентів, ми вивчили давність попередніх флюорографічних оглядів, коли в легенях не виявляли ніяких патологічних змін, у випадках діагностованого деструктивного туберкульозу із бактеріовиділенням. Ці дані наведені на рисунку 7.

В переважній більшості випадків деструктивного туберкульозу із бактеріовиділенням – у 60 % попередня флюорографія була за рік або менше до встановлення діагнозу туберкульозу, що свідчить про те, що у молоді бактеріальний деструктивний туберкульоз розвивається дуже швидко та є показанням до проведення профілактичної флюорографії не рідше, ніж 1 раз на рік.

Підсумовуючи проведені дослідження, можна зробити висновок, що в структурі туберкульозу у студентів протягом останніх 8 років переважає інфільтративна форма від 60 % у 1997 р. до 90 % у 2004 році. Значну кількість випадків інфільтративного туберкульозу виявляють при профілактичних оглядах від 8 % у 1997 р. до 42 % у 2004 р., оскільки захворювання не проявляється клінічними симптомами або характеризується незначними симптомами, які не спонукають студентів до звернення за медичною допомогою.

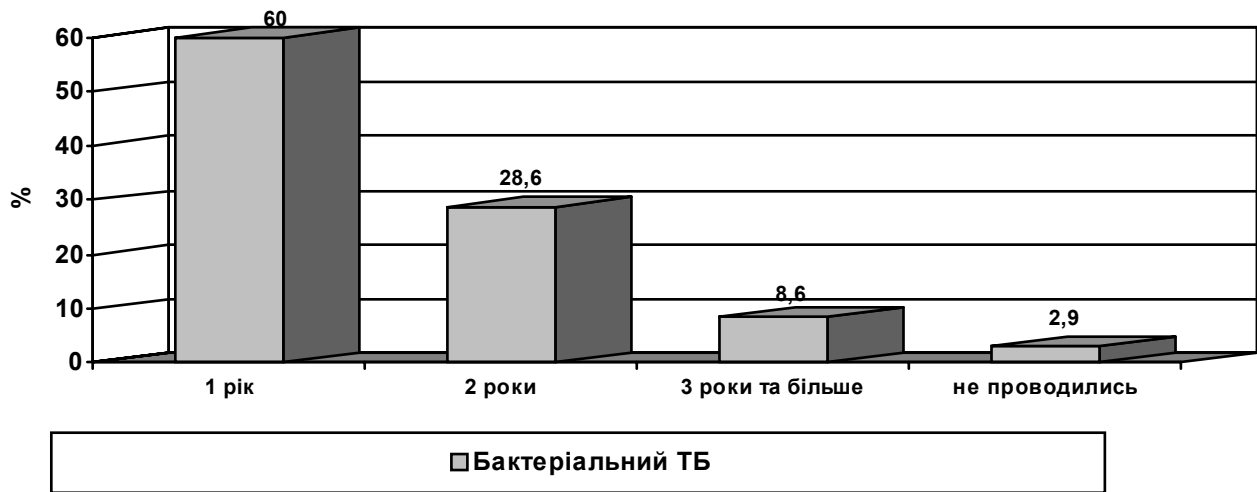


Рис. 7. Давність попередніх флюорографічних оглядів у випадках діагностованого деструктивного туберкульозу легень із бактеріовиділенням.

Усі випадки вогнищового туберкульозу виявляють при профілактичних оглядах, оскільки захворювання не супроводжується клінічними проявами. Метод бактеріоскопії не відіграв своєї ролі в діагностиці туберкульозу у студентів.

Протягом останніх років у переважній більшості студентів виявляють деструктивний туберкульоз із бактеріовиділенням. У 2004 р. деструктивний туберкульоз із бактеріовиділенням склав половину випадків вперше діагностованого захворювання. Майже 20 % випадків бактеріальний та деструктивний туберкульоз виявляють при профілактичних оглядах, оскільки захворювання не супроводжується клінічними симптомами, які спонукають студентів до звернення за медичною допомогою.

З 1999 року туберкульоз у студентів виявляють переважно активним шляхом за допомогою флюорографії. Відсоток активного виявлення туберкульозу останніми 3 роками наближається до 70.

Хоча за рівнем захворюваності студенти не належать до групи ризику з туберкульозу, яким потрібно проводити профілактичні флюорографічні обстеження з метою виявлення туберкульозу, через значну поширеність інфікування МБТ, особливості перебігу туберкульозу у молоді, коли бактеріальні та деструктивні форми туберкульозу не супроводжуються значною симптоматикою, колективний

спосіб життя надають великого значення флюорографії як методу виявлення туберкульозу в середовищі студентів з метою запобігання епідемії туберкульозу в цій популяції.

**ВИСНОВКИ** Захворюваність на туберкульоз серед студентів міста Києва збільшилась у 1,8 раза з 1997 по 2001 р. (з 11,9 на 100 тис. студентів у 1997 р. до 21,0). З 2001 р. по 2004 р. захворюваність поступово знижувалась і досягла рівня 1997 р. (з 21 на 100 тис. студентів до 10,7). Захворюваність на туберкульоз серед студентів є нижчою, ніж в загальній популяції населення України, але вищою, ніж у дітей та підлітків. Найвищий високий рівень захворюваності відзначається у віці 19–20 років з подальшим зниженням у студентів старших курсів. Студенти чоловічої статі хворіють на туберкульоз в 1,5 раза частіше, ніж жіночої.

В структурі туберкульозу у студентів протягом останніх 8 років переважає інфільтративний туберкульоз легень – від 60 % у 1997 р. до 90 % у 2004 році. Значну кількість випадків інфільтративного туберкульозу виявляють при профілактичних оглядах від 8 % у 1997 р. до 42 % у 2004 р., оскільки захворювання не проявляється клінічними симптомами або характеризується незначними симптомами, які не спонукають студентів до звернення за медичною допомогою.

У 2004 р. деструктивний туберкульоз легень із бактеріовиділенням склав половину випадків вперше діагнос-

тованого захворювання. Майже 20 % випадків такої форми захворювання виявляють при профілактичних оглядах через відсутність клінічних симптомів. Метод бактеріоскопії не відіграє своєї ролі в діагностиці туберкульозу у студентів. Частота профілактичних флюорографічних оглядів повинна бути не рідше ніж 1 раз на рік, оскільки у 60 % студентів деструктивний туберкульоз із бактеріовиділенням розвивається менше, ніж за 1 рік.

ЛІТЕРАТУРА

1. Носкова О.М., Лозовская М.Э., Король О.И. и др. Методы выявления и характеристика клинических проявлений туберкулезной инфекции у детей и подростков // Пробл. туберкулеза. – 1995. – № 5. – С.22-24.  
 2. Порівняльні дані про розповсюдженість туберкульозу та ефективність діяльності протитуберкульозних закладів України за 1994 та 2004 рр. – К., 2004. – 59 с.  
 3. Русакова Л.И. Остропрогрессирующие формы легочного туберкулеза у подростков // Пробл. туберкулеза. – 2001. – № 1. – С. 31-34.

4. Фещенко Ю.І., Мельник В.М., Коблянська А.В. Моніторинг захворюваності та смертності від туберкульозу в Україні серед осіб різних вікових та статевих груп (аналіз за 1990-2000 рр.) // Укр. пульмонолог. журн. – 2001. – № 4. – С. 5-8.  
 5. Фещенко Ю.І., Мельник В.М. Стан і проблеми протитуберкульозної допомоги населенню України та шляхи її поліпшення // Укр. пульмонолог. журн. – 2004. – № 2. – С. 6 – 11.  
 6. Фещенко Ю.І., Мельник В.М., Матусевич В.Г. та ін. Ефективність активного та пасивного виявлення туберкульозу серед осіб із підвищеним ризиком захворювання на туберкульоз // Укр. пульмонолог. журн. – 2005. – № 1. – С. 5-8.  
 7. Antonucci G., Girardi E., Raviglione M.C. Guidelines of tuberculosis preventive therapy for HIV-infected persons: a prospective, multicentre study // Eur. Respir. J. – 2001. – V. 18. – P. 369-375.  
 8. Garg S.K., Tiwari R.P., Tiwari D. Diagnosis of tuberculosis: available technologies, limitations, and possibilities // J.Clin. Lab. Anal. – 2000. – V. 17, № 5. – P.155-163.  
 9. Chan C.H., Woo J., Or K.K., Chan R.C., Cheung W. The effect of age on the presentation of patients with tuberculosis // Tuberc. Lung Dis. – 1995. – V. 76, № 4. – P. 290-294.

Звершхановський Ф.А., Жулкевич І.В., Калайджан К.О.

**ДЕЯКІ АСПЕКТИ СТАНДАРТИЗАЦІЇ ЛІКУВАННЯ АНЕМІЧНОГО СИНДРОМУ У ЖІНОК, ХВОРИХ НА ЛІМФОМИ**

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

ДЕЯКІ АСПЕКТИ СТАНДАРТИЗАЦІЇ ЛІКУВАННЯ АНЕМІЧНОГО СИНДРОМУ У ЖІНОК, ХВОРИХ НА ЛІМФОМИ – У статті наведені дані дослідження особливостей перебігу анемічного синдрому у хворих на лімфому та доцільності використання комплексного препарату "Глобіген" у лікуванні цієї патології. Встановлено, що трьохтижневе призначення карбонілу заліза позитивно впливало на біохімічні показники, периферичну кров, покращувало суб'єктивний стан хворих. Клінічно та лабораторно підтверджена нешкідливість препарату при його використанні в рекомендованих терапевтичних дозах, а переносимість глобігену оцінена як дуже добра та добра. Зроблено висновок, що у хворих на лімфому із складним генезом анемічного синдрому тривале використання комплексного препарату "Глобігену" є клінічно обгрунтованим та економічно доцільним.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ЛИМФОМАМИ – В статье наведены данные исследования особенностей течения анемического синдрома у больных лимфомами и целесообразности использования комплексного препарата "Глобиген" в лечении этой патологии. Установлено, что трехнедельное назначение карбонила железа положительно влияло на биохимические показатели, периферическую кровь, улучшало субъективное состояние больных. Клинически и лабораторно подтверждена безвредность препарата при его использовании в рекомендованных терапевтических дозах, а переносимость глобигена оценена как очень хорошая и хорошая. Сделан вывод, что у больных лимфомами со сложным генезом анемического синдрома длительное использование комплексного препарата "Глобигена" является клинически обоснованным и экономически целесообразным.

SOME ASPECTS OF STANDARDIZATION OF MEDICAL TREATMENT OF ANAEMIC SYNDROME AT WOMEN PATIENT WITH LYMPHOMS – In the article the data of research of features of motion of anaemic syndrome at patients with lymphoms and expedience of the use of complex preparation Globigen in medical treatment of this pathology are resulted. It is set, that setting of carbonile iron during three week's positively affected biochemical indexes, peripheral blood, improved the subjective state of patients. Clinically and laboratory the confirmed harmlessness of preparation at his use in the recommended therapeutic doses, and the bearable Globigen is appraised as very good that good. A conclusion is done, that at patients with lymphoms with difficult genesis anaemic syndrome the protracted use of complex preparation Globigen is clinically grounded and economic expedient.

**Ключові слова:** анемічний синдром, глобіген, лікування, лімфоми.

**Ключевые слова:** анемический синдром, лимфомы, Глобиген, лечение.

**Keywords:** anaemic syndrome, lymphoms, Globigen, medical treatments.

**ВСТУП.** Анемічний синдром (АС) є звичайним і розповсюдженим проявом злоякісних новоутворень (ЗН). З клі-

нічної точки зору – це поєднання лабораторних ознак анемії та її проявів у вигляді гіпоксемії, гіпоксії та вторинних метаболічних порушень [6]. Його виникнення включає в себе низку патофізіологічних подій, які розпочинаються з інтенсивної взаємодії клону пухлинних клітин з імунною системою, що призводить до активації макрофагів і підвищеної експресії цитокинової ланки та завершується зменшенням періоду життя еритроцитів, пригніченням реутилізації заліза в кістковому мозку, неадекватною продукцією еритропоєтину та супресією еритроїдних клітин з попередників [17]. До інших вагомих причин відносять інфекційні інфекції, клональні порушення гемопоезу, надлишковий фіброз і заміщення кісткового мозку, активне хіміотерапевтичне та променеве лікування, порушення всмоктування та шлунково-кишкові крововтрати, автоімунний гемоліз та мікроангіопатії [9, 15]. В одній з останніх своїх публікацій С. Гайдукова і С. Видиборець [6] в групі гіпохромних анемії виділяють анемію внаслідок захворювань системи крові (гострі та хронічні лейкози, апластичну анемію і т.д.). Серед причин АС у цих хворих розглядається нестача заліза, ціанкобаламіну, фолатів. Відомо, що ряд препаратів, що використовуються для лікування хворих на лімфоми, в т.ч. метотрексат, викликають дефіцит фолієвої кислоти. Ще одним із вагомих факторів прогресування анемії є активація вільнорадикального окислення (ВРО), що займає провідну роль в патогенезі онкологічних та імунodefіцитних станів. Одним з підтверджень цього положення є результати широкомасштабного дослідження EPESE [4], що засвідчило зниження смертності в онкологічних хворих, які використовували антиоксиданти. Тому застосування біологічних антиоксидантів та мікроелементів при бластоматозних процесах вважається доцільним та обгрунтованим. Препаратом, що має оптимально підібрані дози перерахованих інгредієнтів є глобіген "Дженом Біотек ПВТ ЛТД", до складу 1 капсули якого входять 100 мг карбонілу заліза, 1,5 мг фолієвої кислоти, 15 мкг ціанкобаламіну, 24 мкг натрію селеніту, еквівалентного 10 мкг елементарному селену, 15 мг α-токоферолу ацетату, 61,8 мг цинку сульфату, еквівалентного 22,5 мг елементарному цинку.

У дослідженні ми поставили собі за мету продовжити власний досвід вивчення особливостей перебігу АС у хворих на