

Змінились у бік зменшення після лікування і співвідношення CD 4<sup>+</sup>/ CD 8<sup>+</sup> в обох групах хворих на ХОЗЛ. Відмічалось і збільшення НСТ-реакції після лікування в обох групах хворих на ХОЗЛ, але дані недостовірні. Кількість ЦІК в обох групах хворих під дією терапі зменшилась. Фагоцитоз у хворих на ХОЗЛ, які працюють в шкідливих умовах, пригнічений і становить після лікування 53,83±1,2 % та 58,02±1,43 % у хворих на ХОЗЛ, які не зазнають профшкідливості. Вивчення гуморального ланцюга імунітету включало оцінку наступних показників: Jg A, M, G. Аналіз вивчених показників концентрації сироваткових імуноглобулінів різних класів виявив достовірне зменшення після лікування рівня Jg M із 3,09±0,02г/л до 2,28±0,4 г/л (p< 0,05), Jg G із 14,63±0,8 г/л до 12,56±0,7 г/л (p< 0,05) у хворих на ХОЗЛ, які зазнають профшкідливості. У хворих на ХОЗЛ, які не зазнають профшкідливості відповідно: Jg M із 3,01±0,04 г/л до 1,87±0,33 г/л (p< 0,05), Jg G із 13,28±0,9 г/л до 11,1±1,1 г/л (p< 0,05). Рівень Jg A в обох групах хворих на ХОЗЛ після лікування збільшився достовірно.

**ВИСНОВКИ** Проведені імунологічні обстеження хворих на ХБ та ХОЗЛ робітників машинобудівно промисловості надають можливість думати щодо тенденції формування вторинного імунодефіцитного стану під дією шкідливих факторів.

Досконале вивчення імунологічного статусу у хворих з хронічним ураженням легень у робітників машинобудівно промисловості відкриває можливість впливати на формування вторинного імунодефіцитного стану хворих під дією шкідливих факторів.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Артамонова В.Г. Актуальные проблемы диагностики и профилактики профессиональных заболеваний // Медицина труда и промышленная экология. – 1996. – № 2. – С. 4-6.

2. Земсков А.М., Земсков В.М. Караулов А.В. Комбинированная иммунокоррекция. – М., 1994. – С. 4-18.
3. Земсков В.М., Караулов А.В., Земсков А.М., Назарян В.Г. Иммуномодуляторы в терапии легочной патологии. – М., 1995. – 136 с.
4. Земсков А.М., Земсков В.М., Золотов В.И. Иммунокоррекция при заболеваниях легких // Иммунология. – № 4. – 1998. – С. 40-45.
5. Измеров Н.Ф. Медицина труда в третьем тысячелетии // Медицина труда и промышленная экология. – 1998. – № 6. – С. 4-9.
6. Колобухина Л.В. Вирусные инфекции дыхательных путей // МРЖ. – 2008. – № 13-14. – С. 559-564.
7. Кундиев Ю.И. Профессиональные заболевания работников сельского хозяйства / Под ред. Ю.И. Кундиева и О.П. Краснюк. – К.: Здоров'я, 1983. – 272 с.
8. Кундиев Ю.И. Медицина на Украине на пороге XXI века // Медицина труда и промышленная экология. – 1998. – № 6. – С. 9-13.
9. Кундиев Ю.И. Профессиональное здоровье в Украине. Эпидемиологический анализ / Ю.И. Кундиев, А.М. Нагорная. – К.: Авиценна, 2007. – 396 с.
10. Методи клінічних та експериментальних досліджень в медицині / Л.В. Беркало, О.В. Бобович, Н.Ю. Боброва і др. / За ред. Кайдашева І.П. – Полтава; Полімет, 2003. – С. 319.
11. Наказ №128 від 19.03.07 МОЗ України "Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Пulьмонологія".
12. Чернушенко Е.Ф., Фещенко Ю.И. Принципы иммунодиагностики и иммунотерапии при заболеваниях легких // Укр. пульмонологический журнал. – 2000. – № 1. – С. 5-8.
13. Чернушенко Е.Ф. Актуальные проблемы иммунологии во фтизиатрии и пульмонологии // Укр. пульмонологический журнал. – 2003. – № 2. – С. 94-96.
14. Disse B., Speck G., Rominger K. et al. Mucyanistical considerations and clinical profile in obstructive lung disease // Life Sci. – 1999. – V. 64. – P. 457-464.
15. Global initiative for chronic obstructive lung disease. Global strategy for diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI / WHO workshop report. Bethesda: National heart, Lung and Blood Institute: update 2003( www. goldcopd.com).

УДК 616.24-005.053.2-036.2.312

## Білик С.О., Гришук Л.А., Деркач Н.М., Романюк О.В., Малий Ю.М., Гришук О.Л. ВПЛИВ ТЮТЮНОКУРІННЯ НА ФОРМУВАННЯ СУПУТНЬО ПАТОЛОГІ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ НА САНАТОРНОМУ ЕТАПІ ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, Яблунівський обласний комунальний дитячий протитуберкульозний санаторій, Тернопільська область

ВПЛИВ ТЮТЮНОКУРІННЯ НА ФОРМУВАННЯ СУПУТНЬО ПАТОЛОГІ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ НА САНАТОРНОМУ ЕТАПІ ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ – Проведено статистичний аналіз історій хвороб і порівняння контингентів дітей і підлітків, які перебували на санаторному лікуванні в обласному дитячому протитуберкульозному санаторії с. Яблунів Гусятинського району за 1986 і 2006 роки. Встановлено, що в сучасних умовах значний відсоток склали діти з соціально неблагополучних сімей, а також сироти і напівсироти, що підтверджує соціальну складову в поширенні туберкульозу. Впродовж останніх років зростає кількість дітей і підлітків з ЛОР-патологією і ураженням верхніх дихальних шляхів, що свідчить про розповсюдження тако шкідливо звички, як тютюнокуріння.

ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА ФОРМИРОВАНИЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА – Проведен статистический анализ историй болезней и сравнение контингентов детей и подростков, которые находились на санаторном лечении в областном детском противотуберкулезном санатории с. Яблунив Гусятинского района за 1986 и 2006 годы. Установлено, что в современных условиях значительный процент составляли дети из социально неблагополучных семей, а также сироты и полусироты, что подтверждает социальную составляющую в распространении туберкулеза. За последние годы растет количество детей и подростков с ЛОР-патоло-

гией и поражением верхних дыхательных путей, что свидетельствует о распространении такой вредной привычки, как курение.

INFLUENCE OF SMOKING ON FORMING CONCOMITANT PATHOLOGY OF RESPIRATORY TRACTS AT CHILDREN AND TEENAGERS ON THE SANATORIUM STAGE OF TUBERCULOSIS TREATMENT – The statistical analysis of hospital charts and comparison of children and teenagers contingents which were on sanatorium treatment in regional children tuberculosis sanatorium in Yabluniv, Husyatyn district for 1986 and 2006 years, has been conducted. It has been set that under modern conditions a considerable percent was made by the children from socially unhappy families and also orphans and semiorphans, that confirms a social constituent in distribution of tuberculosis. During the last few years the amount of children and teenagers with otolaryngopathology and defeat of upper respiratory tracts increases. That can testify to distribution of such harmful habit as smoking.

**Ключові слова:** туберкульоз у дітей та підлітків, тютюнокуріння.  
**Ключевые слова:** туберкулез у детей и подростков, табакокурение.  
**Key words:** tuberculosis for children and teenagers, smoking.

**ВСТУП** Впродовж останніх років захворювання на туберкульоз в Україні залишається складною і не лише медичною

проблемою. Зростанню рівня захворюваності та смертності від туберкульозу сприяють: зниження рівня життя людей, зростання кількості хіміорезистентного туберкульозу, велика кількість осіб у місцях позбавлення волі, дефіцит кваліфікованих медичних працівників. Значно поширилась епідемія туберкульозу з 1990 року. Захворюваність збільшилась із 31,8 – у 1990 році до 77,8 – у 2008 році (у 2,4 раза), смертність – з 8,1 до 22,4 на 100 тис. населення (у 2,8 раза). Особливе занепокоєння викликає захворюваність дитячого і підліткового населення. Захворюваність серед дітей з 1996 до 2006 року зросла з 7,1 до 9,6 на 100 тис. дитячого населення, або в 1,4 раза. За останні 9 років рівень захворюваності серед дітей-підлітків зріс з 26,8 до 34,9 на 100 тис. підліткового населення або на 30,2 % [5,1,2]. У 2008 році порівняно з 2003 роком кількість хворих дітей віком від 0 до 17 років включно зменшилась на 2,8 % (з 14,3 до 13,9 на 100 тис. дітей). Захворюваність дітей віком від 0 до 14 років зменшилась з 1998 до 2008 року з 9,4 до 9,1 на 100 тис. дітей або на 3,2 %.

Кількість протитуберкульозних санаторіїв в Україні з 1998 року зменшилась для дорослих з 48 до 42. Щодо дитячих санаторіїв, то станом на 2008 рік їх кількість залишається на рівні 1998 року – 50. Кількість ліжок у дитячих протитуберкульозних санаторіях має тенденцію до зменшення і у 2006 році становила 7701 (у 2004 р. – 8186, у 2005 р. – 7891). Діти з груп ризику із захворювання на туберкульоз переважно належать до малозабезпечених або неповних сімей, серед яких почастишали випадки шкідливі звичок, зокрема тютюнокуріння [3, 4].

Метою роботи є проведення статистичного аналізу історій хвороб і порівняння контингентів дітей і підлітків, які знаходились на санаторному лікуванні в обласному дитячому протитуберкульозному санаторії с. Яблунів Гусятинського району за 1986 і 2006 роки. Встановити відсоток дітей із соціально неблагополучних сімей, з супутніми діагнозами, а також із шкідливими звичками (тютюнокуріння).

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** Нами проведено статистичний аналіз історій хвороб і порівняння контингентів дітей і підлітків, які знаходились на санаторному лікуванні в обласному дитячому протитуберкульозному санаторії с. Яблунів Гусятинського району за 1986 і 2006 роки. 1986 рік належить до періоду покращання ситуації щодо туберкульозу, у 2006 році спостерігалась епідемічна ситуація.

Порівнювали загальну кількість дітей, розподіл за статтю та віком, забезпеченість та повноту сім'ї, кількість дітей у сім'ї, розподіл за основними і супутніми діагнозами, а також поширеність тако шкідливої звички, як тютюнокуріння серед підлітків.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

При вивченні і порівнянні контингентів дітей і підлітків за 1986 і 2006 роки відмічено значне переважання кількості дітей у 1986 році, що може свідчити про краще налагоджену роботу фтизіатричної служби у той період. Розподіл дітей за статтю був приблизно однаковим у 1986 і 2006 рр. (табл. 1).

У 1986 році переважали діти старшого шкільного віку, у 2006 році зросла кількість дітей молодшого і зменшилась кількість старшого шкільного віку.

Розподіл дітей і підлітків за сімейним станом представлено на рисунку 1 і 2.

Таблиця 1. Розподіл дітей та підлітків за статтю і віком

Період	1986 рік (n=658)		2006 рік (n=393)	
	абс. число	%	абс. число	%
Стать:				
хлопчики	359	54,6±1,9	224	57,0±2,5
дівчата	299	45,4±1,9	169	43,0±2,5
Вік:				
мол. шк. вік (7-11 р.)	42	6,4±0,9	170	43,3±2,5*
ст. шк. вік (12-18 р.)	616	93,6±0,9	223	56,7±2,5*

Примітка. \* – різниця достовірна (p<0,001).

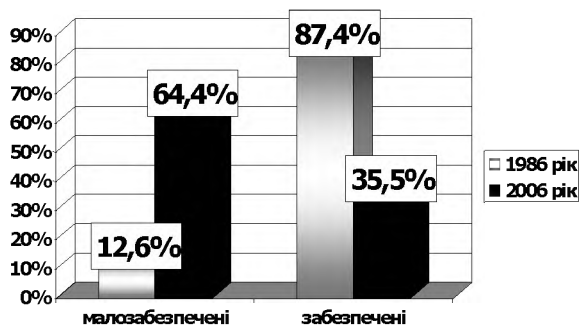


Рис. 1. Забезпеченість сім'ї.

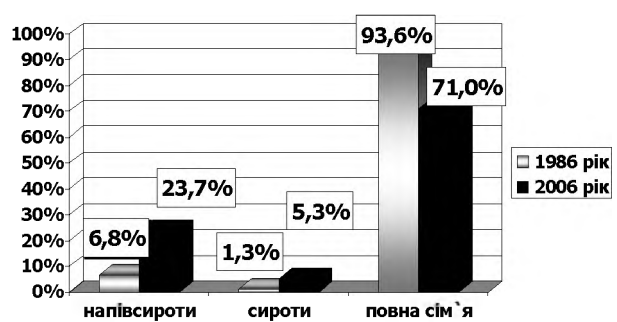


Рис. 2. Повнота сім'ї.

У 2006 році більше було дітей із малозабезпечених і багатодітних сімей, а також сиріт і напівсиріт, що підтверджує соціальну складову в поширеності туберкульозу. Розподіл дітей та підлітків за клінічними формами представлено у таблиці 2.

У 1986 році переважала кількість дітей з віражем туберкулінових проб, а також дітей з локальними форма-

ми туберкульозу, що при кращій, ніж у 2006 році епідемічній ситуації з туберкульозу, може свідчити про ефективнішу роботу протитуберкульозної служби. У 2006 році зросла кількість дітей з туберкульозними інфекуванням.

Супутні захворювання у дітей і підлітків представлено у таблиці 3.

Таблиця 2. Розподіл дітей та підлітків за клінічними формами

Період	1986 рік (n=658)		2006 рік (n=393)	
	абс. число	%	абс. число	%
Туб. контакт	27	4,1±0,7	16	4,1±1,0
Туб. інфікування	439	66,7±1,8	323	82,2±1,9*
Туб. віраж	127	19,3±1,5	37	9,4±1,5*
Туб. вн/гр. л/в	40	6,1±0,9	16	4,1±1,0
Первинний туб. комплекс	19	2,9±0,6	1	0,2±0,2
Вогнищевий туб.	2	0,3±0,2	-	-
Туб. шийних л/в	2	0,3±0,2	-	-
Дисемінований туб.	2	0,3±0,2	-	-

Примітка. \* – різниця достовірна (p<0,001).

Таблиця 3. Супутні захворювання у дітей і підлітків

Період	1986 рік (n=658)		2006 рік (n=393)	
	абс. число	%	абс. число	%
Фарингіт	11	1,7±0,7	41	10,4±1,5*
Тонзиліт	111	16,9±1,5	22	5,6±1,1*
Гострий бронхіт	1	0,2±0,2	49	12,5±1,7*
Хронічний бронхіт	15	2,3±0,5	7	1,8±0,7
Пневмонія	1	0,2±0,2	3	0,8±0,4

Примітка. \* – різниця достовірна (p<0,001).

Кількість дітей із супутніми захворюваннями ЛОР-органів була більшою у 2006 році. Збільшилась кількість фарингітів та гострих бронхітів, що, можливо, зумовлено такою шкідливою звичкою, як куріння. Аналізи показали, що у 1986 році курили (1,5±0,5) % підлітків, і надзвичайно високим був показник тютюнокуріння у 2006 році (30,0±2,3) %, (p<0,001).

**ВИСНОВКИ** 1. В останні роки зростає кількість дітей і підлітків з ЛОР-патологією та ураженням верхніх дихальних шляхів, однією з причин чого може бути поширення тако шкідливої звички, як тютюнокуріння.

2. Впродовж останніх років серед дітей і підлітків, які знаходились на санаторному лікуванні, переважали пацієнти з туберкульозним інфікуванням. Серед пацієнтів санаторію у 1986 році було більше дітей з віражем туберкулінових проб і з локальними формами туберкульозу, хоча 2006 рік значно гірший за епідемічними показниками, отже, не всі діти з груп ризику охоплені належним наглядом фтизіатричною служби.

3. Порівнюючи контингенти дітей та підлітків, які перебували на санаторному лікуванні в дитячому протитуберкульозному санаторі у 1986 році та у 2006 році, відмічається, що в сучасних умовах значний відсоток становили діти з соціально неблагополучних сімей, а також сироти і напівсироти, що підтверджує соціальну складову у поширенні туберкульозу.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Грузева І.С. Особливості та тенденції захворюваності на туберкульоз в Україні // Актуальні проблеми медицини і біології. – 2007. – № 1. – С. 40-48.
2. Костроміна В.П., Білогорцева О.І., Стриж В.О. та ін. Особливості клінічного перебігу інфільтративного туберкульозу легень у дітей // Український пульмонологічний журнал. – 2007. – № 3. – С. 44-47.
3. Москаленко В.Ф. Медико-соціальні проблеми туберкульозу у світі // Актуальні проблеми медицини і біології. – 2007. – № 1. – С. 3-10.
4. Речкіна О.О., Куц В.В. Епідеміологічні аспекти дитячого туберкульозу в Україні // Український пульмонологічний журнал. – 2007. – № 2. – С. 53-56.
5. Фещенко Ю.І., Білогорцева О.І. Епідемічна ситуація та основні показники протитуберкульозної роботи серед дітей в Україні // Актуальні проблеми медицини і біології. – 2007. – № 1. – С. 11-17.