

вання жінки в 1Б групі припадає саме на цей вік. Серед чоловіків 75% захворювань припадає на працездатний вік, не зважаючи на фактори дизадаптації та полірезистентності. Аналізуючи сімейний стан хворих жінок, ми отримали цікаві дані, про те, що в 1А групі 70% жінок, що мають дітей – одиноки, в 2А – 33,3%, в 2Б – 50%. Це пояснюється тим, що одинокі жінки, які мають дітей? є найбільш соціально-не захищеними верствами населення, на них припадає турбота як про матеріальне забезпечення сім'ї, так і про догляд за дитиною, недостатньо часу приділяється особистому здоров'ю. Ми порівняли структуру первинної хіміорезистентності у підгрупах першої групи. Стійкість до стрептоміцину спостерігалась у 1А підгрупі в 85,7%, в 1Б – 92,3%, до ізоніазиду 63,3% і 69,2%, до рифампіцину 18,4 та 7,7%, етамбутолу 38,8 і 30,8%, канаміцину – 19,4 і 30,8%. Мультирезистентність визначалась в 14,3% 1А групи і тільки 7,7% 1Б. А стійкість одночасно до 5 протитуберкульозних препаратів було виявлено тільки серед неможливих хворих – 2,1%. Таким чином? резистентність серед неможливих хворих носить більш важкий характер. За формами туберкульозу хворі були розподілені так: хворі на інфільтративний туберкульоз легень в 1 групі 55,3 і 84,6%, в другій – 64,2 та 50%, серед неможливих взагалі – 59,6%, серед забезпечених – 64,5%; на дисемінований туберкульоз легень в 1 групі хворіло 34,1 та 15,4%, в 2 – 32,1 і 50%, серед неможливих – 33,1%, серед забезпечених – 35,5%; на фіброзно-кавернозний туберкульоз хворіли тільки соціально-дизадаптовані верстви – 9,4% з полірезистентністю, 6,2% із збереженою чутливістю, що є достовірно вищими показниками, ніж у забезпечених хворих. Це пояснюється тим, що хворі з соціально-дизадаптованого контингенту звертають увагу на занедужання вже при досить значному погіршенні загального стану, що настає при значній поширеності та давності процесу в легенях. Крім того, це засвідчує, що при полірезистентному туберкульозі процес в легенях розвивається більш інтенсивно і скоріше формуються хронічні форми. При вивченні впливу чутливості мікобактерій туберкульозу і соціальної дизадаптації на тривалість перебування у відділенні ми виявили, що у забез-

печених хворих з полірезистентністю терміни лікування в стаціонарі більші, ніж у соціально-дизадаптованих пацієнтів, що обумовлене матеріальною можливістю продовження лікування до одужання, тоді як при стійкості мікобактерій до протитуберкульозних препаратів малозабезпечені хворі покидають стаціонар до досягнення ефекту лікування у зв'язку з уявною безвихідністю одужання, а також значна частина виписується за порушення лікарняного режиму ((234±12) і (184±16) днів, p<0,05). Якщо розглядати поєднання факторів соціальної дизадаптації з фактором неможливості окремо по групах, отримуємо результати, що вказують на більш часту поєднану дію цих чинників в групі з полірезистентним туберкульозом.

ВИСНОВКИ На розвиток специфічного процесу в легенях у бацілярних хворих на вперше діагностований туберкульоз здійснюють вплив як фактори соціальної дизадаптації, так і полірезистентність мікобактерій. Нами виявлено, що у хворих на полірезистентний туберкульоз більш виражена дія факторів соціальної дизадаптації, чим у хворих на чутливий туберкульоз, частіше спостерігаються випадки занедбаних форм туберкульозу, внаслідок соціальних причин та особливостей мікобактерій. Доведено, що при поєднанні впливу факторів соціальної дизадаптації та полірезистентності в легенях розвиваються процеси більш складні, ніж при ізольованій дії, ефективність лікування таких хворих низька, що сприяє збільшенню захворюваності серед населення на полі резистентний туберкульоз. Необхідно звернути увагу на значну кількість серед захворюлих жінок молодого віку, на їх сімейний стан і соціальний статус, стійкість мікобактерій, бо саме захворюваність цього контингенту особливо сприяє підвищенню інфікованості дітей в регіоні.

Література:

1. Фещенко Ю.І., Мельник В.М. Сучасні методи діагностики, лікування та профілактики туберкульозу. – Київ: Здоров'я, 2002.–698 с.
2. Dolin P.J., Raviglione M.C., Kochi A. Global tuberculosis incidence and mortality during 1990-2000// Bull World Health Organ – 1994. – V.72, №2. – P.213-220.
3. Мельник В.М. Туберкульоз в Україні на сучасному етапі й прогностичні оцінки // Український пульмонологічний журнал. – 1999. - №3. – С.61-63.

УДК 618.1-002.5

Дужий І.Д., Дужа-Еластал О.І.

**ЛІМФОТРОПНА ТЕРАПІЯ
ЯК ДІАГНОСТИЧНИЙ ЧИННИК ПРИ ТУБЕРКУЛЬОЗІ ПРИДАТКІВ**

Сумський державний університет

ЛІМФОТРОПНА ТЕРАПІЯ ЯК ДІАГНОСТИЧНИЙ ЧИННИК ПРИ ТУБЕРКУЛЬОЗІ ПРИДАТКІВ – На підставі огляду літератури автор показує, що хронічні запалення придатків матки часто перебігають роками. А характер процесу при цьому так і залишається невизначеним, що і впливає на негативний результат лікування. Автори діляться досвідом, коли лімфотропна терапія сприяла проведенню діагностики туберкульозно-го сальпінгоофориту.

ЛИМФОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ФАКТОР ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПРИДАТКОВ – На основании данных литературы авторы показали, что хронические воспаления придатков неспецифического характера трудно отличить от воспаления туберкулезной природы. Авторы делятся опытом, когда лимфотропная терапия помогает дифференциальной диагностике.

LYMPHOTROPIC THERAPY AS A DIAGNOSTICAL FACTOR ADNEXA TUBERCULOSIS – Basing on the literary data the authors show that chronic adnexa inflammation after flows for years. But features of the process in this case remain to be indeterminate, which influences upon the negative treatment results. The authors share their experience when lymphotropic therapy promoted the diagnosis of tuberculous salpingo – oophoritis.

Ключові слова: хронічний оофорит, туберкульоз, лікування.

Ключевые слова: хронический оофорит, туберкулез, лечение.

Key words: chronic oophoritis, tuberculosis, treatment.

ВСТУП При лікуванні хронічних запалень придатків лікарі стикаються із різноманітними труднощами при лікуванні туберкульозних процесів. Але найтяжчим етапом залишається верифікація туберкульозу придатків, хоча існують численні методи, які все ж у своїй більшості залишаються відносно достовірними.

Огляд останніх публікацій. Останніми двома десятиліттями досягнуто значних успіхів у діагностиці і лікуванні внутрішніх запальних гінекологічних процесів. Незважаючи на це, кількість таких хворих залишається сумно стабільною і складає серед амбулаторних хворих 42,8–72 % [1, 2]. Питома вага хворих на запальні процеси у гінекологічних відділеннях сягає 60–65 % [3, 4]. Широке, а нерідко

і безсистемне застосування антибіотиків, особливо останніх поколінь, до яких безпідставно вдаються у більшості випадків лікарі, спричиняє розвиток стійкості збудників до антибіотичних препаратів, а в інших випадках – індивідуальної їх непереносимості. Перераховані чинники у більшості випадків бувають вагомими причинами загострень та рецидивів запалень придатків. Відомо, що ці захворювання мають досить строкату клінічну картину, а перебіг не має патогномонічних ознак. Біль виділення із статевих шляхів, загальна слабкість, утом, пітливість, підвищення температури до субфебрильних цифр, дратівливість, порушення сну, зниження апетиту, сексуальні порушення зустрічаються як при аднекситах, так і при сальпінгітах. Вони ж супроводжують сальпінгітофорити і ендометрити [6, 7, 8]. Разом із зазначеним, запальні процеси придатків є причиною шонайменше «епідемії» неплідності як у нашій державі, так і за її межами [9]. Наступною ознакою сьогодення є «омолодження» пацієнток, що страждають на запальні процеси придатків (ЗПД). Все частіше вони виявляються у 18–22-літньому віці, а нерідко розпочинаються у пубертатний період. В останньому випадку основними скаргами у хворих бувають біль і тривалий період «становлення менструального циклу» [10].

Поряд із зазначеним, з кінця 80-х років минулого століття проблема туберкульозу набула особливого значення як у нашій державі, так і за її межами. З 1995 р. в Україні зафіксована епідемія туберкульозу. В усіх країнах поряд із легневими формами все частіше зустрічаються позалегеневі локалізації туберкульозу. Так, у 1997 р. в Україні ці процеси зафіксовані у 3,1% випадків на 100 тис. населення. Найчастіше позалегеневий туберкульоз вражає жіночі статеві органи – 35,6 %; а серед хворих на вперше виявлений активний туберкульоз – 2,2 %. Клінічними спостереженнями встановлено, що питома вага захворювань придатків складає 90 %. Превалуючою локалізацією туберкульозу при цьому бувають маткові труби – майже у 85–95 %, яєчники – у 10–12 %, ендометрій – у 30–40 % [5, 9]. Поєднане ураження труб і яєчників зустрічається у 40–45 %. Обсмінені придатків відбувається у період первинної гематогенної дисемінації, коли МБТ для свого затримання, окрім лімфовузлів, «вибирають» слизову оболонку ампулярного відділу труб, де для цього є сприятливі природні умови, а саме – потужне мікроциркуляторне русло із значною кількістю анастомозів. Останнє є підґрунтям сповільненого току крові, завдяки чому утворюються умови для осідання мікобактерій [2]. Оскільки регіональними лімфатичними вузлами першого порядку для придатків є під'яєчникові, інфекція може залишатись у них досить тривалий час, поки не створяться відповідні умови, до яких належить і період статевого дозрівання [7]. Отже, розвиток туберкульозу придатків частіше розпочинається у пубертатний період [5].

Невіршені частини проблеми Оскільки клінічні ознаки захворювання характеризуються в основному болем, порушеннями менструального циклу та іншими симптомами, що випливають із вищезазначених, усі вони дуже нагадують ті, що спостерігаються у пацієнток із хронічними запаленнями придатків, та ті, що спостерігаються при менархе, диференціювати специфічні і неспецифічні процеси надто тяжко, особливо ж у період статевого дозрівання. Зазначене суттєво впливає на лікування таких хворих, якщо у деякої частини пацієнток із ЗПП процес носить туберкульозний характер, добитись позитивного результату від неспецифічної терапії неможливо. Не виняток, що саме цим чинником і пояснюються невдачі антибіотичної терапії ЗПП та часті рецидиви процесу у цих пацієнток.

Враховуючи викладене та відсутність диференціально-діагностичних тестів, ми поставили перед собою мету вивчити можливості лімфотропної терапії (ЛТ) при розмежуванні туберкульозного та неспецифічного ураження придатків.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ Під нашим спостереженням була 41 пацієнтка із ЗПД. Усі хворі страждали на запалення впродовж 3–6 років. Вік пацієнток був у межах 19–37 років. Усім пацієнткам проведена ЛТ за нашою методикою [5], після даної терапії у 39 пацієнток наступила ремісія. У двох – було деяке покращання, але залишалась субфебрильна температура, біль, слабкість, пітливість, адинамія. Вік цих пацієнток: 22 і 36 років. Результати ЛТ дали привід

для застосування специфічного діагностичного тесту, а саме – туберкулінової проби Коха. Після проби Манту було виконано підшкірне введення 10 ТО туберкуліну. При цьому через добу у обох пацієнток отримана загальна реакція: збільшилась слабкість, пітливість, з'явилася гіперестезія у гіпогастральній ділянці та попереку, підвищилась температура до 38,0°C і 38,4°C відповідно. Місцева реакція проявилася збільшенням болю у ділянках придатків, що визначалося при бімануальному обстеженні. Разом з тим, мало місце значне збільшення розмірів придатків. Останнє було підтверджено шляхом УЗД. До проведення проби у однієї із пацієнток яєчники мали розміри 36x27x20 і 35x30x20 мм, а через 2 доби після введення 10 ОД туберкуліну ППД – вони збільшились до 44x36x25 і 41x32x24 мм, при цьому знизилась їх ехогенність, а товщина капсули збільшилась із зменшенням чіткості її контурів. У іншої хворої тубооваріальне утворення справа із 52x38x33 мм через 2 доби збільшилось до 74x42x36 мм. Лівий яєчник збільшився з 28x23x19 мм до 38x25x22 мм. Клінічні дослідження крові змінилися наступним чином: кількість лейкоцитів збільшилась на 1,5x10^{9/л}, кількість нейтрофілів з 9 до 21 %, кількість лімфоцитів із 25 до 38 %, ШОЕ – з 22 до 33 мм/год – у однієї хворої, у іншої – на 1,6x10^{9/л}, з 8% до 19%, з 18% до 32%, з 28 до 35 мм/год відповідно. Кількість альбумінів зменшилась на 10 і 15% у однієї та іншої хворої, кількість β-глобулінів збільшилась до 11 і 15% відповідно, а γ-глобулінів – до 15 і 16%.

З огляду на викладене, позитивну пробу Манту та пробу Коха у даних пацієнток було діагностовано туберкульоз придатків і розпочата антибіотична терапія протитуберкульозними препаратами шляхом лімфотропного їх введення: стрептомицину, ізоніазиду, піразинаміду, рифампіцину. Додатково призначені імунокоректори (циклоферон + тимоген) та неспецифічні протизапальні засоби (немісулід). Через один місяць стан пацієнток покращався, а через два – значно зникли скарги, біль, нормалізувалась температура. Подальше лікування продовжили трьома препаратами, а через наступні два місяці – пацієнтки приймали антибактеріальні препарати через день впродовж 4 місяців. Усі скарги практично зчезли. Ультрасонографічний контроль вже після 15 і 17 сеансу ЛТ зафіксував нормальний розмір, ехогенність і ехоструктуру придатків.

ВИСНОВОК Таким чином, ЛТ є потужним лікувальним патогенетичним засобом ЗПП. При відсутності ефекту від її застосування є підстави запідозрити туберкульоз придатків, особливо при двобічній локалізації процесу. Чим молодша пацієнтка, тим більше для цього підстав. Застосування з диференціально-діагностичною метою туберкулінової проби Коха у цих випадках найбільш виправдане.

ЛІТЕРАТУРА

- АНДІЄЦЬ О.А. Структура запальних захворювань жіночих статевих органів залежно від етіології та віку дівчаток та підлітків, які перебували на стаціонарному лікуванні // Вісник мед. вісник. – 2002. – № 3. – С. 9-11.
- БЕЛЛЕНДИР Э.Н. Патогенетические предпосылки к разработке эволюционной классификации гематогенных («метастатических») форм внелегочного туберкулеза // Проблемы туберкулеза. – 1986. – № 8. – С. 64-68.
- БОБЫРЬ Г.М. Нарушение сексуального здоровья в бесплодном браке при хроническом аднексите у женщин // Международный медицинский журнал. – 2000. – № 4. – С. 56-58.
- ГРИЩЕНКО В.И., ВЕСЕЛОВСКИЙ В.В. Вспомогательные репродуктивные технологии в Украине. Данные национального регистра за 1999 г. // Вісник акушерів-гінекологів України. – 2002. – № 2. – С. 16-23.
- ГУРКИН Ю.А. Гинекология подростков. – СПб.: Фолиант. – 2000. – 573 с.
- ДУЖИЙ І.Д., ЖЕРНОВА Я.С., ДУЖА О.І. Можливості лімфотропної терапії при гінекологічних захворюваннях (попереднє повідомлення) // Вісник СумДУ. – 2002. – № 11 (44). – С. 143-144.
- ІВАНЮТА Л.І., ІВАНЮТА С. О. Принцип діагностики та лікування неплідності у жінок // Вісник асоціації акушерів-гінекологів України. – 2001. – № 5-6. – С. 3-8.
- МИТИНСКАЯ Л.А., ТРИГУБ Н.И., ВАСИЛЬЕВА А.М. Пути повышения эффективности профилактических мероприятий, проводимых среди детей в очагах туберкулезной инфекции // Проблемы туберкулеза. – 1984. – № 4. – С. 3-5.
- РЕКЕЛЬ Ю.И., КУТЛИНСКАЯ Л.П. К вопросу о патогенетической классификации туберкулеза женских половых органов // Проблемы туберкулеза. – 1988. – № 2. – С. 62-65.
- ФЕЩЕНКО Ю.І., ІЛЬНИЦЬКИЙ І.Г., МЕЛЬНИК В.М. та інші. Туберкульоз позалегеневої локалізації. – К.: Логос. – 1998. – 378 с.