

ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІТОГЕМОСТАТИКІВ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ДЕСТРУКТИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ, УСКЛАДНЕНИЙ КРОВОХАРКАННЯМ АБО ЛЕГЕНЕВОЮ КРОВОТЕЧЕЮ

Л.А. Гришук

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Резюме. В статті наведені дані ефективності лікування хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень з геморагічними ускладненнями з використанням як традиційної гемостатичної терапії (1-ша група хворих), так її поєднання з фітогемостатиками (2-га група). Встановлено, що рецидиви кровохаркання виникали рідше ($p < 0,05$) у хворих 2-ї групи ($3,1 \pm 3,0\%$), ніж 1-ї ($18,7 \pm 6,9\%$).

Ключові слова: туберкульоз легень, легенева кровотеча та кровохаркання, ефективність лікування, фітогемостатики.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИТОГЕМОСТАТИКОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ, ОСЛОЖНЕННЫМ КРОВОХАРКАНЬЕМ И ЛЕГОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Л.А. Гришук

Резюме. В статье приведены данные эффективности лечения больных с впервые выявленным туберкулезом легких и геморрагическими осложнениями с использованием как традиционной гемостатической терапии (1-я группа больных), так и в комплексе с фитогемостатиками (2-я группа). Установлено, что рецидивы кровохарканья возникали реже ($p < 0,05$) у больных 2-й группы ($3,1 \pm 3,0\%$), чем 1-й ($18,7 \pm 6,9\%$).

Ключевые слова: туберкулез легких, легочное кровоотечение и кровохарканье, эффективность лечения, фитогемостатики.

EFFICIENCY PHYTHOHAEMOSTATIC IN TREATMENT OF PATIENTS WITH FIRST DIAGNOSED DESTRUCTIVE PULMONARY TUBERCULOSIS WITH HAEMOPTYSIS AND LUNG HAEMORRAGE

L.A. Hryshchuk

Summary. In the article the resulted data of efficiency of medical treatment of patients with the first diagnosed destructive pulmonary tuberculosis with lung haemorrhage complications on use of as traditional haemostatic therapy (1-st group of patients), so its combination with phythohaemostatic (2-nd group). It is set, that the relapses of haemorrhage arose up rarer ($p < 0,05$) at the patients of 2-nd group (in $3,1 \pm 3,0\%$), than 1-st (in $18,7 \pm 6,9\%$).

Key words: lung tuberculosis, lung haemorrhage and haemoptysis, efficiacy of treatment, phythohaemostatic.

Адреса для листування:

Гришук Леонід Андрійович
46001, Тернопіль, Майдан Волі 1,
Тернопільська державна медична академія
ім. І.Я. Горбачевського

ВСТУП

В Україні туберкульоз розглядають як глобальну національну проблему сьогодення, оскільки епідеміологічні показники з року в рік погіршуються. Прогресивно зростає захворюваність на туберкульоз, значно почастишали такі форми недуги, як: казеозна пневмонія, міліарний туберкульоз, множинні кавернозні ураження легень, туберкульоз інших органів і систем [4–6]. За останні роки деструктивні та фіброзно-кавернозні форми становлять 2/3 від усіх випадків легеневого туберкульозу. Все це зумовило значне почастищення ускладнень туберкульозу. Одним із частих і небезпечних ускладнень, що потребують невідкладної допомоги, у хворих з бронхо-легеневою патологією є легенева кровотеча і кровохаркання. До того ж, їх виникнення, тривалість і наслідки неможливо передбачити. Таких хворих необхідно

терміново госпіталізувати в стаціонар, всебічно обстежити і відразу ж застосувати адекватне лікування [7].

У клінічній практиці розрізняють легеневе кровохаркання і кровотечу, різниця між ними здебільшого кількісна. Кровохаркання характеризується наявністю прожилків, домішок крові у харкотинні або слині, окремих пльовків крові. При легеневій кровотечі пацієнт відкашлює значно більше чистої крові (понад 10 мл) одномоментно, безперервно або з перервами. Залежно від кількості виділеної крові за добу, розрізняють малу (до 100 мл), середню (до 500 мл) і профузну (понад 500 мл) кровотечу [2].

Патогенез легеневого кровохаркання і кровотечі досить складний і може бути зумовлений комплексом різних чинників, серед яких основне значення має стан легених кровоносних судин.

Безпосередніми причинами легеневих геморагій при бронхолегеневих захворюваннях є, переважно, розрив стінки кровоносної судини (бронхіальної чи легеневої артерії або їх анастомозів), внаслідок гіпертензії в малому колі кровообігу, активізація фібринолізу, підвищення проникності судинної стінки. Профузна легенева кровотеча звичайно виникає за значних змін судинної стінки, зокрема при ерозії або розриві судини. Дуже небезпечним є розрив бронхіальної судини, що призводить до раптової масивної, часто смертельної кровотечі [9, 10].

Чинники, що сприяють виникненню легеневого кровохаркання і кровотечі, доволі різноманітні — це фізичні та психічні травми, деякі медикаментозні засоби, фізіотерапевтичні процедури, супутні захворювання, вагітність, вікарні легеневі геморагії при пропуску менструацій та інші фізіологічні стани. Вагому роль у виникненні легеневого кровохаркання і кровотечі відіграють метеорологічні фактори, особливо «магнітні бурі», впродовж яких виникає 70,92% випадків кровохаркання або легеневої кровотечі у хворих на туберкульоз легень [1].

У разі ускладнення перебігу туберкульозного процесу в легенях кровотечею чи кровохарканням антимікобактеріальну терапію поєднують із гемостатичною, яка спрямована на зменшення проникності судинної стінки, зниження тиску у малому колі кровообігу, активацію утворення кров'яного згустка, інгібіцію фібринолізу [7, 8]. Однак в доступній науковій літературі питання лікування легеневої кровотечі та кровохаркання за допомогою методів народної медицини, зокрема з використанням фітопрепаратів, висвітлені лише в поодиноких роботах [3].

Тому метою нашої роботи було вивчення ефективності використання фітогемостатиків, таких як глуха кропива біла та деревій звичайний, у комплексній терапії хворих на вперше діагнований деструктивний туберкульоз легень з легеневою кровотечею і кровохарканням.

ОБ'ЄКТ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Обстежено 64 хворих на вперше діагнований деструктивний туберкульоз легень, ускладнений легеневою кровотечею (у 6 (9,4%) пацієнтів) або кровохарканням (у 58 (90,6%)), що призвело до їх госпіталізації у Тернопільській обласній протитуберкульозній диспансер.

Досліджуваних поділили на 2 групи — 32 хворих у кожній групі. Обидві групи хворих були ідентичні за віком і статтю, більше було чоловіків (24 (75,0±7,7%) серед хворих 1-ї групи та 22 (68,7±6,1%) — 2-ї) та осіб працездатного (від 17 до 50 років) віку (21 (65,6±8,4%) серед хворих 1-ї групи та 23 (71,7±7,9%) — 2-ї) ($p>0,05$).

Мікобактерії туберкульозу виявили у 19 (59,4±11,3%) хворих 1-ї групи та у 20 (62,5±8,5%) — 2-ї. В кожній з груп легенева кровотеча констатували у 3-х (9%) пацієнтів, кровохаркання — у 29 (91%).

Лікування хворих на туберкульоз легень з геморагічними ускладненнями проводили згідно Наказу № 233 МОЗ України від 29.07.1996 р. та стандартів лікування, рекомендованим ВООЗ, з урахуванням загального стану, клінічної форми туберкульозу, виду геморагії, вікових змін, супутньої патології, ускладнень та чутливості мікобактерій туберкульозу до антимікобактеріальних препаратів.

Пацієнтам 2-ї групи на протязі першого місяця лікування додатково призначили фітогемостатики — глуху кропиву білу та деревій звичайний, на протязі другого та третього місяця — 2 тиж кропиву білу і 1 тиж деревій звичайний, переважно в найбільш інтенсивний період «магнітних бур».

Глуху кропиву білу (*Laminum album*, народні назви — притул-трава, драголюб) застосовували у вигляді настою (4 столових ложки квіток або трави на 2 склянки окропу, настоюють 2 год) або відвару (4 столові ложки трави на 2 склянки води, кип'ятять 5 хв., відстоюють, проціджують), які пацієнти і випивали протягом дня.

Деревій звичайний (*Achillea millefolium*, народні назви — білоголовник, деревій тисячолістий, біла кашка, польова гречка, заяча трава, кривавник, порізняк, серпоріз) призначали у вигляді чаю (1 столову ложку подрібненої усїєї рослини без коренів заливають 1 склянкою окропу, настоюють 10 хв.) у дозі — 1/4 склянки 8 разів на день.

В період прийому фітогемостатиків хворі дотримувались щадного режиму, який полягав у обмеженні фізичних і психічних навантажень.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Призначена протитуберкульозна терапія була однаково ефективною ($p>0,05$) у хворих обох груп — сприяла припиненню бактеріовиділення у пацієнтів 18 (94,7±5,1%) 1-ї групи та у 20 (100%) 2-ї, а також загоєнню порожнин розпаду у 21 (68,7±8,2%) у 26 (81,2±6,9%) хворих, відповідно.

Проведена гемостатична терапія сприяла ліквідації геморагічних ускладнень в усіх хворих: в 1-й групі — протягом 59,8±4,5 дня, в 2-й — протягом 46,9±5,3 ($p>0,05$), однак рецидиви кровохаркання виникли у 6 (18,7±6,9%) пацієнтів 1-ї групи та у 1 (3,1±3,1%) — 2-ї ($p<0,05$), на протязі 6 міс подальшого лікування.

Термін стаціонарного лікування хворих 1-ї групи склав 201,8±8,9 ліжко-дня, 2-ї — 187,9±9,1 ($p>0,05$).

Результати лікування хворих наведені у таблиці.

З таблиці видно, що відмічається тенденція до більш кращих результатів лікування у пацієнтів 2-ї групи, тобто тих, які отримували фітогемостатики, — у більшій кількості хворих досягли значного покращання та покращання, в той час як стан без змін частіше спостерігали у пацієнтів 1-ї групи.

Таким чином, при лікуванні хворих на вперше діагнований деструктивний туберкульоз легень

Ефективність лікування хворих

Показник	Група хворих			
	1-ша (n=32)		2-га (n=32)	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Значне покращання	9	28,1±7,9	13	40,6±8,7
Покращання	10	31,3±8,2	12	37,5±8,6
Без змін	12	37,5±8,6	7	21,9±7,3
Погіршення	1	3,1±3,0	-	-

з кровохарканням або легеневою кровотечею за допомогою комплексної антимікобактеріальної та гемостатичної терапії у поєднанні з фітогемостатиками, такими як глуха кропива біла, та деревій звичайний, достовірно зменшується ймовірність виникнення рецидиву кровохаркання.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Пятничка І.Т., Гришук Л.А., Корнага С.І. (2002) Метеорологічні фактори і геморагічні ускладнення у хворих на туберкульоз легень. Інфекційні хвороби, 3: 52–54.
2. Ржавсков Ю.В. (1999) Легочные кровотечения у больных туберкулезом (лекция). Пробл. туберкулеза, 1: 65–69.
3. Усатюк А.І., Хижняк Л.В. (1991) Лікарські рослини в боротьбі з туберкульозом. Луганськ, 62 с.
4. Феценко Ю.І. (2002) Ситуация с туберкулезом на Украине. Doctor, 4: 11–14.
5. Феценко Ю.І., Мельник В.М. (2002) Сучасні методи діагностики, лікування та профілактики туберкульозу. Здоров'я, Київ, 904 с.
6. Феценко Ю.І., Мельник В.М., Матусевич В.Г., Антоненко Л.Ф. (2003) Епідеміологія туберкульозу у світі, сучасні підходи до організації протитуберкульозних заходів. Укр. пульмон. журн., 4: 5–10.
7. Худзик Л.Б. (1997) Легочные кровотечения и неотложная помощь. Пробл. туберкулеза, 5: 48–51.
8. Levis M.M., Read C.A. (2000) Hemoptysis, part 1: Identifying the cause. J. Respir. Dis., 21(5): 335–341.
9. Levis M.M., Read C.A. (2000) Hemoptysis, part 2: Treatment options. J. Respir. Dis., 21(6): 392–394.
10. Boyars M. C. (1993) Haemoptysis: current strategies for diagnosis and therapy. J. Respir. Dis., 17(11): 959–974.