ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ И АЛКОГОЛЯ НА ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Лось М. И.

Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Кучко И. В., канд. мед. наук, доц. Василенко Н. В.

Актуальность. Туберкулёз лёгких остаётся актуальной проблемой. В практике тяжесть заболевания принято связывать с распространённостью поражения и наличием деструкции. Однако у пациентов со схожей рентгенологической картиной исходы нередко различаются. Это заставляет предположить, что существуют дополнительные факторы, влияющие на прогноз. Среди них особое внимание привлекают курение и алкоголь, широко распространённые среди пациентов с туберкулёзом [1, 2]. На наш взгляд, оценка их роли в течении заболевания представляет интерес.

Цель. Оценить влияние курения и злоупотребления алкоголем на частоту рецидивов, развитие деструкции лёгочной ткани и формирование множественной лекарственной устойчивости у пациентов с туберкулёзом лёгких.

Методы исследования. Проведён ретроспективный анализ историй болезни пациентов УЗ «Витебский областной клинический центр пульмонологии и фтизиатрии». В анализ включён 91 пациент (100%), по которому имелись полные сведения как о курении, так и об употреблении алкоголя. Оценивались частота рецидивов, наличие деструкции, частота МЛУ. Статистическая обработка выполнена в Microsoft Excel 2019.

Результаты и их обсуждение. Среди 91 пациента с полными данными курили 69 человек (75,8%), злоупотребляли алкоголем 49 (53,8%). При анализе связи с рецидивами нами получены следующие данные. В группе рецидива (22 пациента, 100%) курили 19 человек (86,4%), в группе впервые выявленных (69 пациентов, 100%) – 50 курящих (72,5%). Различия не достигли статистической значимости (p=0,18). По алкоголю различия оказались значимыми: в группе рецидива злоупотребляли 17 из 22 (77,3%), в группе впервые выявленных – 32 из 69 (46,4%), p=0,01.

При анализе деструкции лёгочной ткани нами выявлена значимая связь с курением. Среди пациентов с деструкцией (49 человек, 100%) курили 41 (83,7%), без деструкции (42 человека, 100%) – 28 (66,7%), p=0,03, что согласуется с данными литературы [1]. По алкоголю значимых различий не получено: в группе с деструкцией злоупотребляли 29 из 49 (59,2%), без деструкции – 20 из 42 (47,6%), p=0,27.

При анализе связи с МЛУ нами обнаружено, что курение значимо не влияло. В группе МЛУ (31 человек, 100%) курили 25 (80,6%), в группе без МЛУ

Репозиторий ГГМУ

(60 человек, 100%) – 44 (73,3%), p=0,44. Алкоголь же показал значимую связь: в группе МЛУ злоупотребляли 23 из 31 (74,2%), в группе без МЛУ – 26 из 60 (43,3%), p=0,005. Полученные нами данные подтверждаются результатами других исследований, в которых также показано, что злоупотребление алкоголем является независимым фактором риска формирования лекарственной устойчивости при туберкулёзе [2].

Выводы. В проведённом исследовании нами установлена значимая связь курения с деструкцией лёгочной ткани, а алкоголя – с рецидивами и формированием МЛУ, что подтверждается данными литературы. Высокая распространённость обоих факторов (75,8% и 53,8% соответственно) среди пациентов с туберкулёзом указывает на необходимость их учёта при оценке прогноза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Устранение табачной зависимости среди больных туберкулезом легких: современное состояние проблемы / Н. В. Чумоватов, Г. М. Сахарова, Н. С. Антонов [и др.] // Профилактическая медицина. – 2025. – Т. 28, № 1. – С. 96-101.

2. Хамирзоев, Т. Р. Алкоголь как фактор лекарственной устойчивости возбудителя туберкулеза / Т. Р. Хамирзоев, Д. Р. Даудов // Молодой ученый. – 2023. – № 4 (451). – С. 134-135.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КРУРОРАФИЯ, ФУНДОПЛИКАЦИЯ В МОДИФИКАЦИИ NISSEN КАК МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ НА ФОНЕ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Лукашевич А. С.

Гродненский государственный медицинский университет
Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Ложко П. М.

Актуальность. Одной из причин гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) является грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). При этом из-за ослабления связочного аппарата диафрагмы, растяжения и увеличения в размерах эзофагеального отверстия наблюдается переход органов брюшной полости в грудную. При ГПОД нарушаются анатомические антирефлюксные механизмы пищеводно-желудочного перехода (острый угол Гиса, ножки диафрагмы, протяженность абдоминального отдела пищевода, складка Губарева), что и приводит к ГЭРБ. Основным видом хирургического лечения ГПОД является лапароскопическая крурорафия, фундопликация в модификации Nissen. Однако, несмотря на доказанную эффективность этой операции в лечении ГЭРБ, а также в профилактике её осложнений [1], общее количество неудовлетворительных результатов хирургического лечения в

Репозиторий ГрГМУ