

Авдеев Г. С., Кривонос П. С., Гриневиц А. Ф.
КОНТРОЛЬ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ТУБЕРКУЛЁЗУ
В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГУ "НИИ пульмонологии и фтизиатрии", г. Минск, Беларусь
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск
Республиканская туберкулёзная больница ИК № 12 УДИН МВД, г. Орша

Эпидемическая ситуация по туберкулёзу в пенитенциарных учреждениях (ПУ) является концентрированным отражением общих эпидемиологических тенденций по туберкулёзу в обществе. Нами проведен анализ основных эпидемических показателей по туберкулёзу в ПУ за последние десятилетия. Самый низкий показатель заболеваемости спецконтингента туберкулёзом отмечен в 1991 году — 146,3 на 100 тысяч человек. Через пять лет, в 1996 году, в учреждениях уголовно-исполнительной системы (УИС) уже имела место эпидемия туберкулёза — 1064,0 на 100 тысяч человек (показатель заболеваемости больше 1 %). Максимальный показатель заболеваемости туберкулёзом в ПУ наблюдался в 1998 году — 1658,0 на 100 тысяч человек. С 1991 года по 1998 год заболеваемость туберкулёзом в УИС республики увеличилась в 11,4 раза. За аналогичный период времени этот показатель среди населения республики увеличился в 1,8 раза (с 30,9 до 54,9 на 100 тысяч населения). Таким образом, заболеваемость туберкулёзом спецконтингента в ПУ превышала заболеваемость населения в 1991 году в 4,7 раза, а в 1998 году — в 30,2 раза.

В 1999 году правительством Республики Беларусь была принята Государственная программа "Туберкулёз", благодаря которой удалось стабилизировать ситуацию по туберкулёзу в обществе и в учреждениях УИС республики. Для борьбы с туберкулёзом были мобилизованы имеющиеся ресурсы и привлечены дополнительные источники финансирования. В результате поддержки противотуберкулёзных мероприятий на государственном уровне началось снижение заболеваемости туберкулёзом спецконтингента в ПУ республики, которое отмечается на протяжении последних лет. За восемь лет проведения интенсивных противотуберкулёзных мероприятий удалось снизить уровень заболеваемости туберкулёзом спецконтингента в 4,3 раза по сравнению с 1998 годом. В 2006 году показатель заболеваемости туберкулёзом среди осуждённых в ПУ составил 387,5 на 100 тысяч человек, а среди населения республики — 49,8 на 100 тысяч населения. В настоящее время заболеваемость туберкулёзом спецконтингента в ПУ превышает заболеваемость населения республики в 7,8 раза.

Показатель болезненности контингентов ПУ всеми формами туберкулёза за период с 1996 года по 2006 год снизился на 14,5 % (с 2073,0 до 1772,6 на 100 тысяч человек). Динамика этого показателя не соответствует динамике заболеваемости туберкулёзом, что может быть обусловлено проведёнными амнистиями и наличием миграционных процессов в ПУ республики. Болезненность населения Республики Беларусь за данный период снизилась на 25,1 % (с 183,0 до 137,0 на 100 тысяч населения). Таким образом, показатель болезненности контингентов ПУ превышает таковой у населения в 12,9 раза.

Показатель смертности от туберкулёза в учреждениях УИС республики за анализируемый период времени имеет выраженную тенденцию к снижению только с 2003 года. Необходимо отметить, что в 1999 году показатель смертности от туберкулёза в ПУ превышал аналогичный показатель у населения республики в 6,6 раза, а в 2006 году — в 1,2 раза. Такие колебания показателя смертности обусловлены имевшей место эпидемией туберкулёза в учреждениях УИС с 1996 года по 2002 год. Неблагоприятное течение туберкулёзной инфекции в ПУ сопровождалось изменением структуры клинических форм туберкулёза за счёт увеличения распространённых и быстро прогрессирующих процессов, которые нередко приводили к летальному исходу. Негативное влияние на ситуацию по туберкулёзу в ПУ республики внесла ВИЧ-инфекция. Среди причин смерти от ВИЧ/СПИД туберкулёз занял первое место. В настоящее время, нес-

мотря на снижение смертности в учреждениях УИС республики этот показатель остаётся высоким — 13,2 на 100 тысяч человек.

Особую тревогу вызывают высокие показатели лекарственной устойчивости у больных туберкулёзом в ПУ. В Республиканской туберкулёзной больнице ИК № 12 Департамента исполнения наказаний проведён мониторинг лекарственной устойчивости возбудителя туберкулёза к противотуберкулёзным препаратам (ПТП) за 2004–2006 года. Определение чувствительности микобактерий туберкулёза к ПТП проводили с использованием унифицированного метода абсолютных концентраций на плотной среде Левенштейна-Йенсена. Контроль качества бактериологических исследований и определения чувствительности микобактерий туберкулёза к ПТП в республиканской больнице ИК № 12 осуществлялся бактериологической лабораторией НИИ пульмонологии и фтизиатрии. Результаты референс-контроля проведения бактериологических исследований соответствовали предъявляемым требованиям.

В 2004–2006 годах в стационаре Республиканской больницы ИК № 12 проведено определение лекарственной чувствительности микобактерий туберкулёза к ПТП у 1478 больных туберкулёзом органов дыхания (ТОД). В 2004 году проводились тесты на лекарственную чувствительность у 624 больных, в 2005 году — у 484, в 2006 году — у 370. Чувствительность микобактерий туберкулёза к ПТП сохранена у 574 больных ТОД (38,8 %). Наличие любой лекарственной устойчивости выявлено у 904 больных ТОД (61,2 %), из них:

— монорезистентных случаев — 55 случаев (6,1 %). (в 2006 году — 22 случая — 7,5 %, в 2005 году — 16 случаев — 5,0 %, в 2004 году — 17 случаев — 5,8 %);

— полирезистентных случаев — 106 случаев (11,7 %). (в 2006 году — 31 случай — 10,6 %, в 2005 году — 42 случая — 13,2 %, в 2004 году — 33 случая — 11,3 %);

— мультирезистентных случаев — 743 случая (82,2 %). (в 2006 году — 240 случаев — 81,9 %, в 2005 году — 261 случай — 81,8 %, в 2004 году — 242 случая — 82,9 %).

Нами проведен анализ состояния лекарственной устойчивости возбудителя туберкулёза к ПТП у осуждённых, выписанных из стационара Республиканской больницы ИК № 12 в 2005–2006 годах в зависимости от клинических категорий.

В категории больных с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулёза из 120 осуждённых (в 2005 году из 176 осуждённых), у которых проводилось определение лекарственной чувствительности микобактерий туберкулёза к ПТП, выявлено 66 случаев — 55,0 % (в 2005 году выявлено 50 случаев — 28,4 %) первичной лекарственной устойчивости. Количество больных с мультирезистентностью составило 42 случая — 63,6 % (в 2005 году 30 случаев — 60,0 %), с полирезистентностью — 11 случаев — 16,7 % (в 2005 году 14 случаев — 28,0 %), с монорезистентностью — 13 случаев — 19,7 % (в 2005 году 6 случаев — 12,0 %).

Среди наблюдаемых больных с впервые выявленным мультирезистентным туберкулёзом основной клинической формой был инфильтративный туберкулёз лёгких в фазе распада — 61,6 %. В 26,0 % случаев инфильтративный туберкулёз не сопровождался распадом лёгочной ткани и у 7,4 % выявлена очаговая форма туберкулёза.

В категории больных с рецидивами туберкулёза из 61 осуждённого (в 2005 году из 90 осуждённых), у которых проводилось определение лекарственной чувствительности микобактерий туберкулёза к ПТП, обнаружен 51 случай — 83,6 % (в 2005 год 71 случай — 78,9 %) вторичной лекарственной устойчивости. Общее количество больных с мультирезистентностью

составило 43 случая — 84,3 % (в 2005 году 57 случаев — 80,3 %), полирезистентностью — 7 случаев — 13,7 % (в 2005 году 9 случаев — 12,7 %), монорезистентностью — 1 случай — 2,0 % (в 2005 году 5 случаев — 7,0 %).

В категории больных с неудачей в лечении (обострениями туберкулёза) из 101 осуждённого (в 2005 году из 94 осуждённых), у которых проводилось определение лекарственной чувствительности микобактерий туберкулёза к ПТП, выявлено 95 случаев — 94,0 % (в 2005 году 80 случаев — 85,1 %) вторичной лекарственной устойчивости. Общее количество больных с мультирезистентностью составило 88 случаев — 92,6 % (в 2005 году — 66 случаев — 82,5 %), полирезистентностью — 6 случаев — 6,3 % (в 2005 году 12 случаев — 15,0 %), монорезистентностью — 1 случай — 1,1 % (в 2005 году 2 случая — 2,5 %).

В категории больных с хроническими формами туберкулёза из 52 осуждённых (в 2005 году из 124 осуждённых), у которых проводилось определение лекарственной чувствительности микобактерий туберкулёза к ПТП, обнаружено 50 случаев — 96,1 % (в 2005 году 114 случаев — 97,8 %) вторичной лекарственной устойчивости. Общее количество больных с мультирезистентностью составило 49 случаев — 98,0 % (в 2005 году

107 случаев — 93,9 %), полирезистентностью — 1 случаев — 2,0 % (в 2005 году 5 случаев — 4,4 %), монорезистентностью — случаев не было (в 2005 году 2 случая — 1,7 %).

Таким образом, анализ эпидемической ситуации по туберкулёзу в учреждениях УИС Беларуси показал, что за последние годы в результате проведения комплекса интенсивных противотуберкулёзных мероприятий отмечается улучшение эпидемической ситуации по данной инфекции. Заболеваемость туберкулёзом контингентов ПУ за прошедшие десять лет уменьшилась в 2,7 раза. Болезненность туберкулёзом в ПУ за период с 1996 года по 2006 год снизилась на 14,5 %. Смертность от туберкулёза в местах лишения свободы за этот период регистрировалась меньше на 34 %. Однако, несмотря на достигнутые успехи в борьбе с туберкулёзом в ПУ, анализируемые показатели значительно превышают аналогичные показатели населения республики. В учреждениях УИС сохраняется неблагоприятная эпидемическая ситуация обусловленная социальными и медико-биологическими факторами. Отмечается увеличение количества больных туберкулезом с устойчивостью к ПТП. Так называемый "тюремный" туберкулёз по-прежнему остаётся одной из основных проблем не только пенитенциарной системы, но и общества в целом.

Антипкін Ю. Г., Лапшин В. Ф., Задорожна Т. Д., Уманець Т. Р. КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ДІТЕЙ З РЕЦИДИВУЮЧИМ БРОНХІТОМ В СТАДІЇ РЕМІСІЇ

Державна установа "Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України", м. Київ

Актуальність проблеми рецидивуючого бронхіту (РБ) визначається не лише його поширеністю, але й можливим значенням цього захворювання у формуванні хронічної бронхолегеневої патології у дорослому періоді життя.

З сучасних позицій вивчення патогенетичних особливостей перебігу даної патології у дітей, особливо в період ремісії, уточнює механізми рецидивування та дозволяє розробити адекватну протирецидивну терапію.

Метою даного дослідження було вивчення особливостей клініко — функціонального стану дітей з РБ в періоді ремісії.

Під нашим спостереженням знаходилось 150 дітей віком від 6 до 12 років з РБ в стадії клінічної ремісії. Водночас з ретельним вивченням анамнезу захворювання та життя, даними клінічного огляду проводився комплекс клініко — функціональних досліджень, що включав вивчення функції зовнішнього дихання та гіперреактивності бронхів (ГБ), цитоморфологічні зміни індукованого мокротиння (ІМ), бактеріологічні дослідження, оцінку вегетативного гомеостазу.

Встановлено, що період клінічної ремісії РБ у дітей не співпадає з нормалізацією функціонального стану, про що свідчить комплекс виявлених порушень. Так, у 33,3 % дітей в міжрецидивний період спостерігається епізодичне покашлювання в ранкові часи або при фізичному навантаженні; у 50,0 % дітей при спірографічному дослідженні визначається вентиляційна недостатність 1–2 ступеню переважно за обструктивним типом, а у 1/3 дітей — ГБ. Незначна ГБ на ацетилхолін визначалась у 34,6 % дітей, рідше зустрічалась помірна реакція бронхів (10,6 % дітей) і тільки у 1,3 % дітей спостерігалась виражена ГБ. Доведена висока кореляційна залежність ($r = 0,8$) між ГБ та частотою рецидивів бронхіту у обстежених дітей, що може свідчити про вклад даного фактору ризику в рецидивуванні бронхіту.

За даними цитоморфологічного дослідження ІМ у дітей з РБ в стадії ремісії виявлено збереження запальних змін в слизовій бронхіальній стінки, що характеризувалось зниженням відносною кількості бронхіального епітелію, війкових клітин при збільшенні їх дистрофії; збільшенням келихоподібних клітин, нейтрофілів, лімфоцитів, макрофагів, тучних клітин, кількість яких корелювала з фазою захворювання ($r = 0,7$), частотою ($r = 0,5$) та тяжкістю рецидивів ($r = 0,8$). Крім того, наявність підвищеної кількості запальних клітин в ІМ корелювала з бактеріальною колонізацією респіраторного тракту, переважно зміненою (грампозитивною та грамнегативною) флорою. Це може свідчити про наявність респіраторного дисбіозу, а збільшена кількість лейкоцитів та макрофагів в ІМ — про компенсаторну активацію запальної реакції, спрямовану на санацію бронхіального дерева та напруження механізмів захисту слизової оболонки бронхів в період ремісії.

Оцінюючи вегетативний гомеостаз дітей з РБ в періоді ремісії, встановлено перевагу ваготонічної спрямованості вихідного вегетативного тону (ВВТ), що поряд з виявленими прямими кореляційними зв'язками між ступенем ГБ та ваготонічним ВВТ у даної категорії дітей, визначає патогенетичну роль розладів ВНС в розвитку та підтримці гіперчутливості та гіперреактивності бронхів.

Таким чином, проведені дослідження особливостей клініко-функціонального стану дітей з РБ в періоді клінічної ремісії свідчать про збереження різнонаправлених порушень та обґрунтовують необхідність проведення комплексу реабілітаційних заходів з включенням методів (медикаментозних та немедикаментозних), спрямованих на усунення запального процесу, відновлення мукоцільярного транспорту, зменшення гіперчутливості бронхів та дисбалансу вегетативної нервової системи.

Ареф'єва Л. В., Юхимець В. О., Матусевич В. Г., Приходько А. М.
ОРГАНІЗАЦІЯ ІННОВАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В ДУ "НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ
ФТИЗИАТРІЇ І ПУЛЬМОНОЛОГІЇ ІМЕНІ Ф. Г. ЯНОВСЬКОГО
АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ"

А

ДУ "Національний інститут фізіотерапії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського Академії медичних наук України", м. Київ

Законодавче визначення поняття "інноваційна діяльність" подається у Законі України "Про інноваційну діяльність" — це діяльність, що спрямована на використання та комерціалізацію результатів наукових досліджень та розробок і зумовлює випуск на ринок нових конкурентоздатних товарів та послуг, а інновації — це новостворені (застосовані) і (або) вдосконалені конкурентоздатні технології, продукція або послуги, а також організаційно-технічні рішення виробничого, адміністративного, комерційного або іншого характеру, що істотно поліпшують структуру та якість виробництва і (або) соціальної сфери.

Інноваційна діяльність в медицині включає реалізацію новітніх та удосконалених медичних технологій: ефективних методів діагностики і профілактики захворювань, лікування і медико-соціальної реабілітації хворих; лікарських засобів, медичних імунобіологічних препаратів, виробів медичної техніки, організаційних форм і методів роботи з метою підвищення якісних та кількісних показників медичної допомоги та охорони здоров'я населення в цілому.

В Національному інституті фізіотерапії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського АМН України накопичений значний фонд об'єктів інноваційної діяльності з проблем фізіопульмонології, що досліджуються. Протягом 2003—2007 рр. в інституті було виконано 33 науково-дослідні роботи, серед них — 23 або 69,7 % склали патентоспроможні НДР (11 — фундаментальні, 12 — прикладні), інші 2 — державні цільові програми, 2 — організаційні, 2 — ініціативні та 4 НДР виконані на основі господарських договорів. Як відомо, патентна статистика є одним з інформативніших показників інноваційної діяльності медичної галузі. Результатом інноваційної діяльності інституту за цей період є подання 19 заявок на одержання патенту України на винахід та 25 заявок на одержання патенту України на корисну модель та одержання 53 патентів, з яких на способи профілактики — 5, діагностики — 19, лікування — 27, на засоби — 2, що свідчить про високу якість наукової продукції інституту. На основі отриманих нових даних за результатами наукових досліджень з питань діагностики, лікування та профілактики захворювань легень в практичну діяльність клінік та лабораторій інституту щороку в середньому впроваджується 34 зареєстрованих об'єкти промислової власності (винаходи та корисні моделі).

Традиційно результати наукових досліджень реалізуються з використанням різних засобів наукової комунікації — монографій, методичних рекомендацій, інформаційних листів, підготовки лікарів на робочих місцях, проведення курсів інформації, доповідей на з'їздах, наукових конференціях та семінарах, наукових публікацій. За 5 років за результатами наукових розробок опубліковано: 21 монографія, 28 — довідників, посібників, навчальних підручників та брошур, 784 статті, з яких 592 — у

журналах, 66 — у збірниках, 126 — в науково-популярних виданнях. За цей період видано 19 методичних рекомендацій та 32 інформаційних листа, підготовлено 8 інструкцій до Наказів МОЗ України. Зроблено 750 доповідей: на міжнародному рівні — 225, республіканському — 285, обласному — 162, на внутрішньо-інститутських науково-практичних конференціях — 78. Наукові розробки інституту щорічно висвітлюються в Інформаційному бюлетені Академії медичних наук. Протягом 2003—2007 рр. до цього бюлетеня було подано 34 нововведення.

Впровадження наукових досягнень інституту реалізується через участь співробітників у роботі наукових форумів. Протягом 2003—2007 рр. проведений III з'їзд фізіотерапевтів і пульмонологів України, I-й Національний Астма Конгрес, I-й міждисциплінарний симпозиум, II українсько-польський симпозиум та Симпозиум Європейського Респіраторного Товариства, на базі інституту проведено 15 науково-практичних конференцій, відбулося 13 нарад-семінарів та 2 навчальних тренінги, у яких брало участь понад 5054 спеціалістів різних суміжних спеціальностей.

В клініках та лабораторіях інституту підвищили кваліфікацію 3895 лікарів, лікарів-бактеріологів та лаборантів, на виїзних семінарах — 16780. Матеріали НДР використані в підготовці 88 постанов Верховної Ради, Кабінету Міністрів України та наказів МОЗ.

Науковці інституту активно співпрацюють з міжнародними організаціями, приймають участь у роботі конгресів, з'їздів, симпозиумів тощо. 18 співробітників інституту є членами Європейського респіраторного товариства (Париж), 9 — Всесвітньої організації з проблем астми (США), 8 — Міжнародної організації хіміотерапевтів (Лондон), 4 — Європейської Академії з алергології і клінічної імунології (Стокгольм), 2 — Європейської асоціації патологів (Данія), а також Міжнародної організації по боротьбі з туберкульозом і НЗЛ (Париж), Американської торакальної асоціації (Вашингтон), Турецького торакального товариства (Турція), Міжнародного союзу з імунореабілітації (Москва), Спільки алергологів та імунологів СНД, Групи технічної ради ВООЗ партнерства "Зупинити туберкульоз", Робочої групи з мультирезистентного туберкульозу партнерства "Зупинити туберкульоз", ВООЗ та Міжнародного товариства телемедицини та електронної охорони здоров'я (Швейцарія).

Таким чином, новизна, високий науковий рівень та практична цінність кожної науково-дослідної роботи підтверджується різними засобами наукової комунікації, які впроваджуються в практику охорони здоров'я. Для того, щоб ця продукція стала конкурентоздатним товаром на ринку, потрібна вартісна оцінка її якості, але оцінити вартість наукової продукції у медицині не має можливості, оскільки нормативна база для оцінки прав інтелектуальної власності у медичній галузі на сьогодні відсутня.

Асмолов О. К., Смоквін В. Д., Бєсєда Я. В.
ПЕРСПЕКТИВА ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТІВ ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ДІЇ
ДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ХІМІОТЕРАПІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ

Одеський державний медичний університет, кафедра фтизіопульмонології

Туберкульоз є однією з найбільш тяжких та небезпечних інфекцій. При туберкульозі уражуються усі органи та системи хворої людини з вираженими функціональними порушеннями. Найбільш чутливі до туберкульозної інтоксикації серцево-судинна, бронхолегенева, імунна, ендокринна, кровотворна, сечостатева та нервова системи. Лікування таких хворих є дуже складною проблемою, особливо в теперішній час, коли більшість хворих уражені стійкими до протитуберкульозних препаратів штамми збудника туберкульозу, часто на тлі ВІЛ-інфекційності. З метою підвищення ефективності лікування хворих на туберкульоз легень у стандартну схему лікування, за розробленою нами методикою, вводимо препарати серії "Біотроф", які покращують процеси регенерації, ранозагоєння, кровотворення, нормалізуючи функцію органів і систем. Для посилення першої фази лікування був застосований поліоксидоній (водорозчинне похідне гетероцепних аліфатичних поліамінів — даний клас з'єднань не має аналогів в світі як за структурою, так і за властивостями), який має виражену імуномодельюючу актив-

ність та дезінтоксикаційні властивості. Хворі у кількості 56 осіб були розділені на 2 групи (30 осіб — дослідна та 26 осіб — контрольна). Проведено динамічний комплекс досліджень до та в процесі лікування: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, функціональні проби печінки (білірубін, амінотрансферази, тимолова проба, β -ліпопротеїди); аналіз харкотиння на МБТ; спеціальні біохімічні дослідження: загальна протеолітична активність крові, інгібітори протеаз, лізоцим, еластаза. Імунологічні дослідження: імуноглобуліни класу А, рівень CD 3+ лімфоцитів. Отримані данні свідчать про ранні строки негативізації харкотиння, невеликій кількості усунених побічних реакцій на протитуберкульозну антибактеріальну терапію, більш ранні строки загоєння деструкцій у більшості хворих при невеликих залишкових змінах у легенях, корелюючих з вивченими показниками.

Усе вищеприведене є підтвердженням доцільності включення у лікувальну фтизіатричну практику препаратів поліоксидоній та біотроф.

Ахтирський О. І., Михайлова А. О., Скороходова Н. О.
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ СОЦІАЛЬНОЮ ПІДТРИМКОЮ Є ОДНИМ
З ВАЖЛИВИХ ЕЛЕМЕНТІВ ПО ФОРМУВАННЮ МОТИВАЦІЇ ДО ЛІКУВАННЯ

Комунальна установа Спеціалізоване територіальне медичне об'єднання "Фтизіатрія", м. Запоріжжя

На сьогодні туберкульоз займає перше місце в структурі смертності людей від інфекційної патології. Розповсюдження епідемії туберкульозу є не тільки медичною проблемою. На зріст захворюваності та смертності від цього захворювання впливають і соціально-економічні фактори: зниження рівня життя населення, наявність значної кількості осіб, які знаходяться в місцях позбавлення волі. Серед вперше захворілих на туберкульоз осіб соціально-незахищені верстви населення складають від 86 % до 92 % в різних регіонах України, 65—80 % складають непрацюючі особи працездатного віку. На жаль, від 25 % до 30 % вперше захворілих на туберкульоз відносять до лікування негативно, а 10—15 % взагалі його припиняють. Нерегулярний прийом медикаментів призводить до розвитку стійкості мікобактерій туберкульозу до дії протитуберкульозних препаратів, формуванню деструктивних форм туберкульозу, в результаті чого ці хворі переходять в епідемічно небезпечну категорію.

Для проведення контрольованого лікування існують матеріальне та інтелектуальне стимулювання пацієнтів, які від нього відхиляються. Соціальна підтримка у вигляді продовольчих наборів переслідує мету не скільки нагодувати хворого, а скільки підвищити його мотивацію до контрольованого лікування.

На виконання пункту 12 "Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007—2011 роках", згідно з статтею 43 Закону України "Про місцеве самоврядування України", рішенням сесії Запорізької обласної ради від 30.11.2006 року № 10 в області з липня 2007 року розпочала дію Обласна програма соціальної адаптації безпритульних громадян та осіб, звільнених з місць позбавлення волі на 2006—2009 роки. Основними заходами цієї програми передбачено надання адресної соціальної допомоги у вигляді продовольчих та гігієнічних наборів безпритульним, особам звільненим з місць

позбавлення волі та іншим малозабезпеченим громадянам вперше захворілим на туберкульоз легень з метою формування прихильності до лікування та зменшення осіб, які його припиняють достроково. Вже з липня 2007 року адресну соціальну підтримку у вигляді продовольчих та гігієнічних наборів отримують вперше захворілі на туберкульоз особи на амбулаторному етапі лікування на всій території області. Щомісячно в цій Програмі в 2007 році приймали участь 160 осіб, в 2008 році їх нараховується вже 192 особи. Право на адресну допомогу мають хворі без постійного місця проживання, звільнені з місць позбавлення волі, малозабезпечені, в яких середньомісячний прибуток не перевищує двох прожиткових мінімумів для відповідних категорій громадян.

Основним індикатором успішного проведення комплексу заходів по формуванню у хворих туберкульозом стимулів для продовження лікування являється зниження показників дострокового переривання курсу хіміотерапії. Згідно з даними ВООЗ на території, де успішно працює Програма боротьби з туберкульозом, включаючи систему заходів соціальної підтримки хворих, рівень дострокового переривання хворими хіміотерапії повинен бути не більше 3 %. За 2007 рік соціальну підтримку отримали 793 вперше виявлених хворих, що складає 54,4 % від усіх вперше захворілих на туберкульоз легень. В порівнянні з 2006 роком показник переривання лікування серед захворілих адресну допомогу зменшився з 30 % до 15 %, а показник дострокового припинення лікування склав 2,4 % проти 11 % в 2006 році.

Забезпечення хворих соціальною підтримкою у вигляді продовольчих та гігієнічних наборів являється одним з важливих елементів по формуванню мотивації до лікування у хворих з вперше виявленим туберкульозом різноманітних медико-соціальних груп, які мають різні системи індивідуальних цінностей.

Ахтирський О. І., Михайлова А. О., Скороходова Н. О.
ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА
ТУБЕРКУЛЬОЗ В УМОВАХ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИХ ЗАКЛАДІВ ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСТІ

Комунальна установа Спеціалізоване територіальне медичне об'єднання "Фтизіатрія", м. Запоріжжя

A

Підвищення ефективності лікування хворих на туберкульоз відноситься до важливих напрямків поліпшення епідемічної ситуації з туберкульозу. Основна причина незадовільних прогнозів туберкульозу — дострокове припинення курсу лікування або проведення його хворими з переривами. З метою зниження показника частоти переривання лікування та розвитку хіміорезистентного туберкульозу, а також збільшення показників ефективності лікування в липні 2007 року в протитуберкульозних диспансерах області відкриті кабінети "Навчання пацієнтів та надання їм соціально-психологічної допомоги".

Основними завданнями кабінетів є наступне: проводити індивідуальну роботу та групове навчання всім вперше захворівшим на туберкульоз з метою прихильності їх до ефективного та короткострокового лікування, надавати необхідну інформацію пацієнтам, роз'яснювати аспекти хвороби, навчити санітарно-гігієнічним навикам, роз'яснювати значення лікування під контролем медичного працівника, надавати психологічну та соціальну допомогу. Насамперед за допомогою анкетування визначають початковий рівень знань про туберкульоз у госпіталізованих в стаціонар. Проводиться тестування хворих, за результатами якого виділяються групи ризику пацієнтів по відриву від лікування, яким приділяється особлива увага при проведенні занять. Робота з пацієнтами направлена на психологічну корекцію особистості, формування правильного відношення до

дії, головним образом хвороби та її лікування. З'ясовується соціальний стан та проблеми хворого та надається допомога в їх рішенні. Після закінчення циклу занять оцінку ефективності проведених заходів проводять за допомогою підсумованого анкетування та тестування хворих. За три місяці роботи 94 хворих пройшли курс по 6-годинній програмі індивідуального навчання. Всі пацієнти були присутні на групових переглядах відеофільмів про профілактику лікування туберкульозу. Із 94 пацієнтів випускано із стаціонарів за грубе порушення режиму всього 5 осіб, що складає 5,3 %. За аналогічний період минулого року їх кількість становила 20 %.

Для забезпечення послідовності між стаціонарним та амбулаторним етапами медичної реабілітації хворих лікар стаціонару повідомляє дільничного фтизіатра про заплановану виписку хворого за 2 тижня, де буде надалі проводитись аналогічна робота з пацієнтом. Користь процесу навчання пацієнтів полягає в отриманні в повному обсязі знань щодо туберкульозу, навчання правилам гігієни кашлю, зрозуміння пацієнтами значення ДОТС в процесі лікування, залучення пацієнтів в лікування його хвороби.

Користь процесу навчання пацієнтів полягає в отриманні в повному обсязі знань щодо туберкульозу, навчання правилам гігієни кашлю, зрозуміння пацієнтами значення ДОТС в процесі лікування, залучення пацієнтів в лікування його хвороби.

Бабиц М. И.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДОСТУПА ПРИ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Областной противотуберкулезный диспансер, г. Херсон

Цель: уточнение оптимальных параметров операционного доступа при проведении видеоторакоскопических операций.

Объект: 216 видеоторакоскопических вмешательств, выполненных в отделении торакальной хирургии Херсонского областного противотуберкулезного диспансера у больных с различной патологией органов грудной клетки.

Методы: моделирование клинической ситуации на основе трехмерной реконструкции предоперационной спиральной компьютерной томограммы пациента, расчет операционного доступа по методике А. Ю. Созон-Ярошевича (1954 г.) на полученной модели с последующей интраоперационной проверкой расчетов при запланированном видеоторакоскопическом вмешательстве. Обработка данных проводилась на персональном компьютере обычной конфигурации с использованием программного обеспечения "3D Slicer" 2.6 (v1.0, January, 2007) и "Blender" 2.45 (September, 2007).

Результаты: при проведении видеоторакоскопических операций для безопасности и контролируемости манипуляций угол между плоскостью вмешательства и инструментальным вектором должен сохраняться в пределах 32–90°, при условии сохранения угла операционного действия в границах 50–100° с целью предупреждения "эффекта фехтования". Оптимальная визуализация обеспечивается за счет сохранения угла наклона оптической оси к плоскости вмешательства в пределах 30–90°. При уменьшении этого значения невозможен контроль зоны вмешательства, а при его увеличении возникает "эф-

фект зеркальности", резко снижающий безопасность манипуляций. Угол между торакоскопом и любым из инструментов не должен быть меньше 20°, иначе они будут мешать друг другу, а проведение инструмента через оптическую ось эндоскопа может полностью перекрыть видимость всей области вмешательства. Использование предварительной трехмерной реконструкции планируемой торакоскопической операции позволяет оптимизировать условия доступа и выбор точек установки торакопортов.

Выводы. Для максимально точного планирования с учетом индивидуальных особенностей клинической ситуации оптимальным является использование спиральной компьютерной томографии, которая на сегодняшний день фактически является стандартом обследования больных при самой разнообразной патологии органов грудной клетки. Кроме того, метод не инвазивен, позволяет одновременно визуализировать костные и мягкотканые структуры, а также определять положение одной и той же точки в различных проекциях, что принципиально важно для пространственной ориентации. Программный комплекс "3D Slicer", разработанный для нейрохирургических клиник, малоприменим для проведения реконструкций органов грудной клетки. Наиболее перспективным является использование редактора трехмерной графики "Blender", который за счет открытого исходного кода и модульной структуры, обладает практически неограниченными возможностями для дальнейшего совершенствования.

Багіров М. М., Лузан Л. В.

ДІАГНОСТИКА ТА ЕНДОСКОПІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ТРАХЕЇ ТА БРОНХІВ

Кафедра пульмонології та торакальної хірургії НМАПО ім. П.Л. Шупика, м. Київ, КЛПЗ "Чернігівський обласний протитуберкульозний диспансер", м. Чернігів

Мета та задачі дослідження: покращення результатів лікування хворих на туберкульоз із специфічним ураженням слизової трахеї та бронхів шляхом удосконалення алгоритму діагностування цієї патології та застосування ендоскопічних методів лікування.

Матеріали та методи дослідження: нами проведений аналіз діагностування та лікування специфічного ураження слизової трахеї та бронхів у 110 хворих на легеневої туберкульоз. Головною різницею між основною групою та групою порівняння (по 55 хворих) було застосування в схемі комплексних лікувальних заходів ендоскопічних методів лікування. Більшість хворих — жінки 64 (58,2 %), за віком — переважно працездатного віку 74 (62,3 %). В легенях переважно інфільтративні та вогнищеві зміни (62,7 % та 15,5 % відповідно), на слизовій ТБД переважно інфільтративні (64,6 %) та виразкові (30,0 %). МБТ були знайдені різними методами у 93 (85,0 %) хворих (у 9 (8,18 %) — тільки в біоптатах, одержаних при ФБС). Хворі обох груп отримували протитуберкульозну терапію згідно протоколом ВОЗ, а хворі основної групи додатково ендоскопічне лікування. На протязі 1,5–2 місяців, за індивідуальним графіком, виконувались лікувальні бронхоскопії, з метою відновлення дренажної та вентиляційної функції ураженого сегменту ТБД, та введення у вогнище специфічного запалення медикаментозного коктейлю. Склад останнього залежав від чутливості МБТ до протитуберкульозних препаратів, у випадку відсутності такої інформації використовувались препарати першого ряду —

ізоніазид, або рифадин, об'єм введення — 0,5 добової дози. Крім них його складовими могли бути димексид та розчин гідрокортизону. Метод введення: 1) ендобронхіальний (використовували багатокомпонентні суміші), 2) підслизовий (використовували монокомпонентні суміші). В усіх випадках введення ліків передувала санація, при необхідності — реканалізація та бужування ураженої ділянки бронхіального дерева. Переважна більшість процедур виконувалась під місцевою анестезією, до ригідної бронхоскопії під загальним знеболюванням зверталися при виконанні хірургічних ендоскопічних процедур. З метою уникнення загострення туберкульозного процесу в легенях під час лікування використовувався спосіб контролю ефективності дії лікарських препаратів при лікуванні різних форм туберкульозного бронхіту.

Отримані результати. Аналіз всіх етапів діагностування туберкульозного бронхіту дозволяє зробити деякі висновки: найбільш чутливі до цього прояву туберкульозної інфекції жінки дітородного віку та хворі старше 60 років; більшість скарг має інтоксикаційну етіологію, а з "специфічних" статистично достовірними можна вважати тільки біль в грудній клітці (29,09 %) та сухий кашель (17,27 %); діагностично значимими рентгенологічними змінами — наявність перибронхіальної інфільтрації (19,09 %), розширення кореня легень (12,72 %), ателектаз легень або її частки, (13,64 %); відсутність патологічних змін в показниках ФЗД не гарантує відсутності специфічних змін в бронхо-легеневій системі. Результати лікування: клінічне пок-

ращення у хворих основної групи наступало значно раніше; абацилювання у хворих основної групи було досягнуто в середньому на 1,25 місяця раніше, а стабілізації процесу в легенях вдалось досягнути на 1–1,5 місяця раніше; формування значних рубцевих деформацій частіше спостерігалось у хворих в групі порівняння, крайнім проявом яких був стеноз головного

або часткового бронхів, що послужив причиною оперативного втручання у 3 (5,5 %) хворих з цієї групи.

Висновки. Ендоскопічні методи лікування дозволяють мінімізувати виникнення ускладнень специфічного запалення слизової ТБД у вигляді рубцевих стенозів, та інтенсифікувати лікування бронхо-легеневого туберкульозу в цілому.

Б

Базаров Д. В., Паршин В. Д., Бондаренко А. В. МЕСТО ХИРУРГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ

ГУ РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН, Москва, Россия

В Российской Федерации по официальным данным насчитывается 1 миллион больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), но, по мнению экспертов пульмонологов, число таких больных может превышать 11 миллионов. Современная консервативная терапия и эффективные методы респираторной реабилитации мало доступна для большинства пациентов ХОБЛ. Это заставляет искать дополнительные способы в лечении этой группы больных.

Цель работы. Отработать методику и изучить результаты хирургической редукции легочного объема у больных хронической обструктивной болезнью легких с тяжелой дыхательной недостаточностью и низким качеством жизни.

Материалы и методы. С 2000 по 2008 гг. в отделении хирургии легких и средостения РНЦХ находились на лечении 25 больных с тяжелой дыхательной недостаточностью вследствие хронической обструктивной болезни легких. Мужчин было 24. Возраст варьировал от 38 до 77 лет. У всех больных выявили тяжелую бронхиальную обструкцию (ОФВ₁ — 21 ± 5%, ОФВ₁/ФЖЕЛ — 30 ± 7 %), выраженную одышку (4,5 баллов по шкале MRC) и увеличение остаточных объемов в легких (ОЕЛ — 138 ± 18 %, ОО — 294 ± 87 %, ОО/ОЕЛ — 70 ± 8%). При анализе газового состава артериальной крови обнаружили значительную гипоксемию РаО₂ — 69 ± 13 мм рт.ст. и умеренную гиперкапнию РаСО₂ — 41 ± 7 мм рт.ст. Все пациенты отмечали низкую физическую выносливость, и ни один из больных не был удовлетворен качеством своей жизни. У 25 пациентов выполнено 27 операций, включавших краевые резекции наиболее пораженных эмфизематозных участков легкого. У 2 больных произведены двусторонние операции путем последовательных вмешательств.

Результаты. Начиная с 6 месяцев после операции, у 22 пациентов значительно уменьшилась одышка. У них выросла фи-

зическая выносливость, и улучшились показатели газообмена, несмотря на то, что показатели функции внешнего дыхания и бодиплетизмографии были немногим лучше дооперационных. ЖЕЛ в среднем возросла на 17 % (p<0,05), ООЛ в среднем уменьшался 87% (p<0,01), ООЛ/ОЕЛ — на 10% (p<0,01). ОФВ₁ в среднем увеличивался на 8% (p<0,01), ФЖЕЛ — на 17% (p<0,05). Через год после хирургического лечения среднее увеличение РаО₂ в артерии составляло 5 мм рт.ст., среднее снижение РаСО₂ в артерии было 4 мм рт.ст. Степень одышки была снижена в среднем на 1,5 балла по шкале MRC. Результат 6-минутного теста был лучше дооперационного показателя в среднем на 100 метров. К концу 2 года после ХРОЛ 19 пациентов характеризовали свое состояние как удовлетворительное. Параметр ЖЕЛ в среднем увеличивался на 18 % (p<0,05), ООЛ в среднем уменьшался 89% (p<0,01), ООЛ/ОЕЛ в среднем снижался на 16% (p<0,01), ОФВ₁ в среднем увеличивался на 9% (p<0,01), ФЖЕЛ в среднем возросла на 19% (p<0,05), среднее увеличение РаО₂ в артерии составляло 15 мм рт.ст., среднее снижение РаСО₂ в артерии было 8 мм рт.ст. Одышка уменьшалась на 1,4 балла. Дистанция в 6-минутном тесте превышала дооперационный показатель в среднем на 110 м.

Выводы. Полагаем, что хирургическая редукция легочного объема у больных тяжелой хронической обструктивной болезнью легких может играть важную роль у тщательно отобранных и подготовленных пациентов с одышкой, резистентной к лечению, низким качеством жизни и плохим прогнозом в отношении жизни. Это паллиативный метод лечения, который позволяет улучшить качество жизни больных с возможным последующим выполнением у них более радикального лечения, каким является трансплантация легких.

Базика К. Д. ЗАЛЕЖНІСТЬ ПОКАЗНИКІВ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЛЕГЕНЕВИХ ТЕСТІВ ТА ПЕРЕНОСИМІСТЬ ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ, ЯКІ ПРИЙМАЛИ УЧАСТЬ У ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧАЕС

ДУ"НЦРМ АМН України" Київ

Мета: дослідити залежність показників функціональних легеневи тестів та переносимості фізичного навантаження, за тестом з 6-хвилинною ходьбою, пройдених хворими на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), які приймали участь у ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській атомній електростанції (ЧАЕС).

Методи: була відібрана група хворих на ХОЗЛ (25 чоловіків, віком 54,6 ± 3,7; стаж паління — більше 20 пачко-років), які

приймали участь у ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС. Вимірювання легеневої функції здійснювалось: спірометрією (об'єм форсованого видиху за першу секунду — FEV₁), бодиплетизмографією (внутрішньогрудний тиск газів — ITGV, залишковий об'єм повітря — RV) та вимірюванням дифузійної здатності легень (DLCO). Пацієнти проходили дистанцію відрізками по 30 метрів — 6 хвилин, за дві години до вимірювання легеневої функції.

Результати: наведені у таблиці.

Отримані результати свідчать про те, що чим нижче показники FEV₁, DLCO, та вище ITGV, RV, тим нижче здатність пере-

носити фізичне навантаження у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень, які приймали участь у ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській атомній електростанції.

Таблиця

Параметри (відсоток кращої спроби від належного)	Пройдена дистанція (м)				
	> 550	426–549	300–425	151–300	< 150
FEV ₁	95,5 ± 6,8	78,2 ± 3,4	62,4 ± 5,2	46,4 ± 3,2	28,4 ± 4,1
ITGV	96,7 ± 4,5	101,5 ± 5,4	114,7 ± 2,3	124,1 ± 5,1	144,2 ± 7,1
RV	101,1 ± 5,2	112,3 ± 4,1	118,1 ± 6,3	127,5 ± 7,2	136,1 ± 7,5
DLCO	109,3 ± 3,4	103,1 ± 4,4	92,4 ± 5,4	81,6 ± 2,4	73,9 ± 4,8

Банадига Н. В.

Етіологічна структура пневмоній у дітей та їх раціональна антибактеріальна терапія

Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського

Серед найбільш частих патологій дитячого віку залишається пневмонія. Це захворювання вимагає від педіатра, сімейного лікаря, пульмонолога доброго знання не лише клінічних особливостей його перебігу, а перед усім етіологічних чинників та закономірно-чутливості антибактеріальних препаратів до них. Спектр причинно-значимих збудників в сучасних умовах дещо розширився, але попри це існує різна сприйнятливості організму дитини до них, що обумовлено становленням імунітету. Доказом чого є той факт, що в силу активності материнського імунітету у перші 6 місяців життя дитини, позагоспітальна пневмонія здебільшого викликається пневмококами, стафілококами або гемофільною інфекцією. Однак, особливості догляду, ранній перевід дітей на штучне вигодовування, велика кількість вогнищ хронічної патології у батьків впливають на становлення імунної відповіді та захворюваність малюків.

Предметом даного дослідження було дослідити етіологічну структуру пневмоній у дітей раннього віку (n = 145). Для цього були використані наступні методи: бактеріологічний, вірусологічний, імуноферментного аналізу для визначення рівня антихламідійних антитіл класу Ig M та Ig G. Встановлено, що серед бактеріальних збудників позагоспітальної пневмонії частіше виділялись *Streptococcus pneumoniae* (43,8 % хворих), *Streptococcus viridans* (73,8 %) та *Staphylococcus aureus, epidermidis* (30 % випадків). При цьому, практично не було виділено монофлори, а частіше поєднання двох збудників. Виконане у 96 пацієнтів вірусологічне дослідження встановило, що 45 (46,7 %) хворих мала місце ініціація запального процесу вірусами (парагрипу, респіраторно-синцитіального, аденовірусу), що обумови-

ло особливості дебюту та клінічного перебігу пневмонії. Дискусійним залишаються роль та місце хламідійної інфекції у виникненні пневмоній у дітей перших трьох років життя. За даними імуноферментного аналізу не було встановлено в жодному випадку доказів гострої фази хламідійної інфекції. Натомість, діагностично значущі високі титри Ig G у крові виявлено у 45,2 % обстежених, в решти вони були від'ємними або сумнівними.

Зважаючи на те, що поглиблений аналіз етіологічних чинників пневмонії вирізняє роль поєднаної флори, а практично у половини — на фоні персистоючої хламідійної інфекції, виникає потреба оговорити особливості антибактеріальної терапії. Насамперед, вибір препарату визначає необхідність середника з широким спектром дії (в т.ч. з чутливістю до хламідійної інфекції) та захищенням від дії β-лактамаз виявлених збудників. Закономірним буде надання переваги комбінованим амінопеніцилінам. Принциповим є визначити правильну техніку застосування антибактеріальної терапії. Беручи до уваги вище викладене, перевага надається ступінчастій антибактеріальній терапії: I-й етап доведення введення комбінованого амінопеніциліну, із використанням периферичного катетера, до отримання суттєвого клінічного покращення (в середньому 2–3 дні) з наступним проведенням антибактеріальної терапії, тим же препаратом, per os.

Застосування ступінчастої терапії в лікуванні пневмоній забезпечує хороший клінічний ефект, скорочує тривалість антибактеріального лікування, запобігає ускладненням. Попри те, такий підхід до лікування не лише відповідає сучасним засадам в пульмонології, але й адекватний до вимог педіатрії, що унеможливує використання "болісних" (внутрішньом'язових) введень.

Бєгоулев О. Є.

Частота та причини рецидивів туберкульозу у хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень, які завершили основний курс хіміотерапії

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця

З 2003 року в Україні відзначається зростання кількості рецидивів туберкульозу, частота яких збільшилась майже вдвічі з 5,9 на 100 тис. населення до 11,6 на 100 тис. населення в 2007 р. Причини цього явища мало вивчені. Метою дослідження бу-

ло вивчення частоти та причин рецидивів туберкульозу у хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень, які завершили основний курс хіміотерапії.

Результати лікування хворих вивчались в протитуберкуль-

озному диспансері № 1 м. Києва протягом 2004–2006 років із віддаленим періодом спостереження 2–3 роки. Усього за три роки було проліковано 254 хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень, які виділяли МБТ. Серед цих пацієнтів повний курс хіміотерапії закінчили 197 (77,6 %) хворих. Перервали лікування 57 (22,4 %) хворих. Після завершення основного курсу хіміотерапії виліковування за мазком та посівом (припинення бактеріовиділення) досягнуте у 181 (91,8 %) хворих, виліковування клініко-рентгенологічне (загосння каверн) — у 143 (72,5 %). Таким чином у 38 (19,2 %) пацієнтів припинилося бактеріовиділення, але каверни не загоїлись. Неуспішне лікування було у 16 (8,2 %) пацієнтів. Віддалені результати лікування враховували через 3 роки серед хворих із загосними й незагосними кавернами після успішного основного курсу хіміотерапії. За цей період із спостереження вибуло 17 (8,6 %) хворих, які з успіхом закінчили основний курс хіміотерапії, тобто віддалені результати їх лікування були невідомі.

Серед хворих, у яких каверни загоїлись (129 — без урахування пацієнтів, які вибули зі спостереження), рецидив туберкульозу був у 11 (8,5 %). Серед пацієнтів, у яких каверни не загоїлись (35), рецидив туберкульозу спостерігали у 13 (37,1 %) осіб, що вірогідно відрізняється, $p < 0,001$. Усього серед 164 хворих, які успішно закінчили основний курс хіміотерапії, рецидив туберкульозу був у 24 (14,6 %) осіб. Решта пацієнтів лишилися здоровими — 140 (85,4 %) осіб. Серед пацієнтів, у яких досягнутий повний успіх після основного курсу хіміотерапії (припинення бактеріовиділення й загосння каверн), медикаментозна резистентність МБТ до протитуберкульозних препаратів була у 46 (35,6 %) осіб. У пацієнтів із незагосними кавернами, у

яких припинилось бактеріовиділення, під час проведення основного курсу хіміотерапії, медикаментозна резистентність МБТ визначалась у 13 (34,2 %) хворих, що вірогідно не відрізнялось, $p > 0,05$.

Серед 24 хворих із рецидивом туберкульозу медикаментозна резистентність МБТ, яка визначалась під час проведення основного курсу хіміотерапії, була у 14 (58,3 %) осіб, а серед 140 осіб, які були здоровими через 3 роки, — у 27 (19,2 %), $p < 0,05$. Серед випадків резистентності МБТ в обох групах хворих переважала монорезистентність — відповідно у 9 (64,3 %) та 18 (66,7 %) осіб, у решти хворих полірезистентність та мультирезистентність МБТ. Таким чином, рецидив туберкульозу вірогідно частіше розвинувся у пацієнтів, у яких під час проведення основного курсу хіміотерапії, визначалась резистентність МБТ до протитуберкульозних препаратів. Ми проаналізували режими хіміотерапії, які були під час основного курсу хіміотерапії у хворих з рецидивами та з успішним лікуванням. 4-компонентний режим отримувало 36 (25,7 %) хворих з успішним лікуванням та 18 (75,0 %) хворих, в яких розвинувся рецидив туберкульозу, що вірогідно відрізнялось, $p < 0,05$; 5-компонентний режим хіміотерапії отримувало відповідно 104 (74,6 %) та 9 (25,0 %) хворих, що також вірогідно відрізнялось, $p < 0,05$.

Висновки. Серед хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень, які завершили основний курс хіміотерапії, частота рецидивів захворювання становить 14,6 %. Причинами рецидивів були незагосні каверни, медикаментозна резистентність МБТ, виявлена під час основного курсу хіміотерапії, та недостатньо інтенсивний режим хіміотерапії (4-компонентний).

Б

Білогорцева О. І., Мотрич І. В. ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ СЕРЕД СТУДЕНТІВ м. ДНІПРОПЕТРОВСЬКА У ПЕРІОД З 1996–2006 рр.

ДУ "Національний інститут фізіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського АМН України"

В роботі вивчена динаміка захворюваності на туберкульоз серед студентів м. Дніпропетровська у період з 1996–2006 рр.

У період з 1996 по 2006 рр. загальна захворюваність на туберкульоз у м. Дніпропетровську зросла з 29,6 до 94,2 випадків на 100 тис. населення, або в 3,2 разу ($p < 0,001$). Захворюваність на усі форми туберкульозу серед студентів м. Дніпропетровська зросла в 2,2 разу ($p < 0,001$) — з 28,1 до 60,6 ‰. Суттєві підйоми захворюваності відмічалися у 1998 році (в 2,7 разу) і у 2003 році (в 1,8 разу) у порівнянні з попередніми роками. Захворюваність на легеневий туберкульоз серед студентської молоді збільшилась у 2,6 разу ($p < 0,001$) з 22,5 на 100 тис. студентського населення у 1996 році до 57,4 — у 2006 році, або у 1,3 разу ($p < 0,05$).

У динаміці 11-річного періоду захворюваність на деструктивні форми туберкульозу зросла в 2,1 разу ($p < 0,05$) — з 8,4 на 100 тис. студентського населення у 1996 році до 17,5 ‰ у 2006 році.

Захворюваність на бактеріальні форми туберкульозу за 1996–2006 рр. зменшилась із 16,9 на 100 тис. студентського населення в 1996 році до 12,8 — у 2006 році, або у 1,3 разу ($p < 0,05$), при одночасному зростанні загальної захворюваності на туберкульоз та в тому числі на деструктивні форми, що свідчить про незадовільні заходи щодо виявлення бактеріовиділювачів і, відповідно, про недостатні профілактичні заходи серед осіб, які контактують із хворими на туберкульоз студентами. Протягом 11 років відсоток виявлення бактеріовиділювачів серед уперше виявлених випадків туберкульоз легень не досягав індикаторного показника (50 %), який відображає ефективність заходів з виявлення туберкульозу.

Захворюваність на позалегеневий туберкульоз за 11 років коливалась від 1,6 до 10,1 на 100 тис. студентського населення.

Найвищим показник був у 2003 році (10,1 ‰), а найменшим — у 2004 році (1,6 ‰). Відсоток позалегеневого туберкульозу серед усіх форм уперше виявлених випадків туберкульозу досягав індикаторного показника — 10–15 % у 2000, 2001, 2005 роках, а у 2003 році навіть перевищував.

За період з 1996–2006 рр. співвідношення між чоловіками і жінками розподілилось як 49,4 % і 50,6 %, тобто захворюваність студентів на туберкульоз не залежить від статі ($p > 0,05$).

Під час аналізу захворюваності у межах вікової групи 15–28 років привертає увагу той факт, що в загальній структурі хворих переважають студенти віком від 17 до 20 років — 61,6 % (17–18 років — 31,0 %, 19–20 — 30,6 %) проти 33,3 % студентів старше 20 років ($p < 0,001$), хоча в окремі роки (1996, 1998, 2002 і 2005 рр.) ці відмінності були недостовірними.

Розподіл студентів, які вперше захворіли на туберкульоз, за курсом навчання показав, що найбільша частка припадає на II курс (26,4 %), далі в порядку зменшення йде III курс (21,1 %), IV (20,7 %), I (20,3 %), V–VI (11,5 %), що збігається з віковою структурою хворих на туберкульоз студентів. Вік від 17 до 20 років відповідає I–III курсу навчання і високий рівень захворюваності в цьому віці можливо пов'язаний зі стресовими ситуаціями, які виникають під час вступу до навчального закладу і через складнощі в адаптації (навчальними та побутовими) в перші роки навчання.

У сучасних ринкових і конкурентних умовах одним із головних резервів поповнення інтелектуальних і трудових ресурсів країни є студентська молодь, яка є стратегічною ланкою в розвитку країни, тому цій контингент потребує пильної уваги з боку медичних працівників.

Робота виконувалась за кошти державного бюджету.

Білик М. О., Василенко С. П., Василенко С. Д. ПОШИРЕНІСТЬ ПЕРВИННОЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ МІКОБАКТЕРІЙ ТУБЕРКУЛЬОЗУ В ХМЕЛЬНИЦЬКОМУ РЕГІОНІ

Обласний протитуберкульозний диспансер, м. Хмельницький

Як відомо, однією із складових сучасної епідемії туберкульозу є збільшення чисельності резистентних штамів мікобактерій туберкульозу. Саме цей фактор веде до зниження ефективності лікування хворих і є поганою прогностичною ознакою щодо подолання епідемії туберкульозу.

За даними ВООЗ, частота первинної резистентності до одного протитуберкульозного препарату становить в середньому 10,4 %, а мультирезистентності — 1,4 %.

В Україні (за даними Фещенко Ю. І. та Мельника В. М.) первинна резистентність до одного протитуберкульозного препарату коливається в різних регіонах від 7 до 20 %, а мультирезистентність спостерігається майже в 9 % хворих.

Ми ретроспективно оцінили і порівняли поширеність первинної резистентності мікобактерій туберкульозу в 2003 та 2007 рр. Для цього проводили посів харкотиння на мікобактерії туберкульозу на тверді живильні середовища Льовінштейна-Єнсена з послідуочим встановленням чутливості мікобактерій туберкульозу до антимікобактеріальних препаратів I та II ряду.

В 2003 р. чутливість мікобактерій туберкульозу до антимікобактеріальних препаратів визначена у 237 хворих I категорії у віці від 18 до 72 років, переважно чоловічої статі з різними клінічними формами туберкульозу. В 2007 р. — у 490 хворих, аналогічних за віком, статтю, категорією та клінічними формами туберкульозу.

Серед 237 хворих, яким визначалась чутливість мікобактерій туберкульозу до антибактеріальних препаратів, первинна резистентність встановлена у 40 хворих або у 16,8 %. Серед них моно- та полірезистентність відмічена у 50 % та 45 % хворих відповідно, а мультирезистентність — у 5 % хворих (таблиця).

В послідуочі роки визначення чутливості мікобактерій туберкульоз до антимікобактеріальних препаратів проводилось

нерегулярно. І тільки в 2007 р. (через 5 років) була поставлена чутливість всім 490 хворим. При цьому первинна резистентність встановлена у 126 осіб або у 25,7 %, а саме: монорезистентність — у 38,9 %, мультирезистентність — у 35,7 % та полірезистентність — у 25,4 % хворих.

При порівнянні поширеності первинної резистентності мікобактерій туберкульозу в 2003 та 2007 рр. констатовано, що через 5 років первинна резистентність мікобактерій туберкульозу в регіоні зросла в 1,5 рази. Ріст відбувся, в основному, за рахунок мультирезистентності (в 7,1 разів), в той час, як полі- та монорезистентність знизилась в 1,7 і 0,7 разів відповідно.

Таблиця
Поширеність первинної резистентності мікобактерій туберкульозу в 2003 та 2007 рр.

Резистентність мікобактерій туберкульозу	Вперше діагностований туберкульоз легень			
	2003		2007	
	Абс. число хворих	%	Абс. число хворих	%
Всього хворих, яким поставлено чутливість, з них:	237	100	490	100
первинна резистентність всього:	40	16,8	126	25,7
— монорезистентність	20	50	49	38,9
— мультирезистентність	2	5	45	35,7
— полірезистентність	18	45	32	25,4

Блажко В. І., Єфімов В. В., Замазій А. Є., Талалай І. В. ВПЛИВ ФЕНСПІРИДУ НА ПОКАЗНИКИ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ (12-МІСЯЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ)

ДУ "Інститут терапії ім. Л. Т. Малої АМН України", м. Харків

Метою дослідження було вивчення впливу протизапального препарату фенспіриду на показники функції зовнішнього дихання у хворих на ХОЗЛ II—III ступенів важкості. Для вирішення поставленого завдання, в дослідження було включено 20 хворих на ХОЗЛ, які знаходились на загальноприйнятій бронхолітичній терапії (I група). II групу склали 20 хворих на ХОЗЛ II—III ст., які крім загальноприйнятої бронхолітичної терапії отримували фенспірид в дозі 80 мг 2 рази на день. Кінцевим завданням дослідження було оцінити можливість за допомогою довготривалої терапії протизапальним препаратом фенспірид уповільнити темпи прогресування ХОЗЛ та розвитку хронічного легеневого серця.

У групі фенспіриду відмічено збільшення ОФВ₁ через 6 місяців лікування на 0,131 л з (1,734 ± 0,074) л при включенні в дослідження до (1,856 ± 0,078) л після 6 місяців лікування (p < 0,001). В групі порівняння ОФВ₁ зменшується на 0,068 л — з (1,674 ± 0,062) л при включенні в дослідження до (1,613 ± 0,060) л на 6-й місяць спостереження (p < 0,05). Відмінності в змінах ОФВ₁ між двома групами були статистично вірогідні (p < 0,001). В групі фенспіриду ОФВ₁ на 6-й місяць дослідження був значно більше ніж у групі порівняння. В групі фенспіриду ОФВ₁ збільшився з (56,8 ± 1,7) % при включенні в дослідження до (60,9 ± 2,3) % на 6-й місяць лікування (p < 0,001). В групі порівняння

цей показник незначно зменшився з (55,9 ± 1,6) % при включенні в дослідження до (54,1 ± 1,7) % на 6-й місяць лікування. Відмінності між двома групами були статистично вірогідні (p < 0,05).

Подальше спостереження за хворими на ХОЗЛ в групі фенспіриду протягом послідуочих 6 місяців показало зменшення темпів зниження ОФВ₁. Цей показник залишався практично на тому ж рівні, що і після 6 місячного курсу лікування: (1,734 ± 0,074) л до лікування, (1,856 ± 0,078) л після 6 місяців лікування та (1,866 ± 0,084) л після 12 місяців лікування фенспіридом. В групі порівняння відмічено подальше зменшення ОФВ₁ з (1,674 ± 0,062) л при включенні в дослідження до (1,613 ± 0,060) л після 6 місяців спостереження та (1,589 ± 0,072) л після 12 місяців лікування.

В групі хворих, що отримували фенспірид, збільшилася толерантність до фізичного навантаження: до лікування хворі проходили відстань в середньому (284,6 ± 32,5) метрів, через 6 місяців — (356 ± 29,8) метрів. В групі порівняння відмічалось зменшення відстані, яку проходили хворі за 6 хвилин.

Таким чином, включення до базисної бронхолітичної терапії у хворих на ХОЗЛ препарату фенспірид на протязі 12 місяців призводило до уповільнення темпів зменшення показників бронхіальної обструкції та підвищенню толерантності до фізичного навантаження.

Богацкая Е. Е., Киреева Т. В., Гинкота Л. В. НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И СТАНДАРТЫ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Днепропетровская государственная медицинская академия

Б

В соответствии с Приказом МОЗ Украины № 128 и международной Глобальной стратегией по профилактике и лечению бронхиальной астмы (БА) и хронического обструктивного заболевания легких (GINA, 2006, Gold, 2006) есть четкие рекомендации по лечению бронхиальной астмы и хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ). Стандарты включают оказание помощи при приступе затрудненного дыхания, удушье и плановая поддерживающая терапия при достижении полного контроля. Лечение обострения БА и ХОЗЛ предполагает применение только селективных β_2 -агонистов короткого действия, холинолитиков, их сочетания, а также глюкокортикостероидов (ГКС) и метилксантинов.

Но в реальной амбулаторной практике, при соблюдении всех стандартов, использовании индивидуальных ингаляторов, как порошковых, так и аэрозольных, не всегда удается достичь желаемого эффекта. Особенно сложно бывает при лечении астмы у детей дошкольного возраста, у пожилых людей. Это неэффективность связана с неправильным использованием индивидуальных ингаляторов, невозможность сделать самостоятельный вдох в период затрудненного дыхания, а также эффективный вдох из-за слабости дыхательной мускулатуры.

При этом особую роль приобретают новые технологии ингаляционных аэрозольных способов быстрой доставки препаратов в дыхательные пути, чем достигается высокая местная активность ингаляционных средств, позволяющая не только эффективно уменьшать проявления бронхоспазма, но и в значительной степени снижать частоту системных побочных эффектов лекарственных средств.

В последние годы все более широкое распространение при обострениях БА получает небулайзерная терапия, которая позволяет местно вводить высокие дозы бронхоспазмолитиков с целью получения быстрого эффекта.

В последние годы все более широкое распространение при обострениях БА получает небулайзерная терапия, которая позволяет местно вводить высокие дозы бронхоспазмолитиков с целью получения быстрого эффекта. Ингалируемое вещество практически не всасывается в кровь и не оказывает побочных действий на другие органы и системы, как это бывает при приеме таблеток или инъекциях.

Цель небулайзерной терапии состоит в доставке терапевтической дозы препарата в аэрозольной форме непосредственно в бронхи больного и получения быстрого фармакодинамического ответа (5–10 минут). Небулайзерную терапию проводят с

помощью специального прибора, состоящего из самого небулайзера и компрессора, создающего поток частиц размером 2–5 мкм со скоростью не менее 4–6 литров в минуту. Основными показаниями к применению небулайзеров являются:

- необходимость использования высоких доз препаратов;
- целенаправленная доставка препарата в дыхательные пути;
- осложнения от применения обычных доз лекарственных;
- детский возраст, особенно первые годы жизни;
- тяжесть состояния (отсутствие эффективного вдоха);
- предпочтение больного.

К преимуществам небулайзерной терапии относят:

- отсутствие необходимости в координации дыхания с поступлением аэрозоля;
- возможность использования высоких доз препарата и быстрого получения фармакодинамического ответа;
- непрерывную подачу мелкодисперсного лекарственного аэрозоля;
- быстрое и значительное улучшение состояния вследствие эффективного поступления в бронхи лекарственного вещества;
- техническую простоту ингаляций.

Особую актуальность приобретает БА у пожилых больных. Это связано как с перераспределением возрастной структуры населения за счет увеличения людей пожилого и старческого возраста, так и с увеличением с возрастом частоты ХОБЛ и БА. В этом плане ситуация осложняется мультиморбидностью патологии у пожилых, снижением адаптационных возможностей, и как следствие — утяжеление заболевания и трудности в коррекции респираторных нарушений. Преимущества небулайзерной терапии в гериатрической практике общеизвестны: ингаляция осуществляется при спокойном дыхании, не требуется координации между вдохом и ингаляцией, возможно применение более высоких доз лекарственного препарата или нескольких лекарств одновременно.

В связи с этим, в плане улучшения качества помощи больным пульмонологического профиля региона стоит — оснащение небулайзерами терапевтических отделений стационаров и поликлиник всех лечебно-профилактических учреждений Днепропетровской области. В 2007 году количество небулайзеров в ЛПУ региона увеличилось в 6 раз и составляет 46. В настоящее время 37 % ЛПУ региона используют небулайзеры в своей работе, но это должно быть 100 % доступно всем пациентам с пульмонологическими проблемами.

Богачук М. К., Якименко О. Є., Гуменюк Г. С., Поліщук Я. А. ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ХВОРИХ З ВІЛ-АСОЦІЙОВАНИМ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ

Вінницький обласний протитуберкульозний диспансер № 2

В сучасних умовах гостро стоїть проблема лікування хворих з ВІЛ-асоційованим туберкульозом. ВІЛ/СНІД провокує розвиток туберкульозу та спричинює виражений негативний вплив на перебіг туберкульозного процесу.

За період з 2003 року до 2008 року під наглядом Вінницького обласного протитуберкульозного диспансеру № 2 перебувало 35 хворих з ВІЛ-асоційованим туберкульозом.

Серед клінічних форм у зазначеній групі хворих спостерігались поширені важкі форми, які склали 54,3 %. Переважна частина їх — дисеміновані процеси з розпадом (48,6 % — 17 хворих). У 60 % (21) хворих зафіксовано бактеріовиділення.

20 хворих розпочали лікування з вперше діагнованим процесом (57,1 %). Ще 40 % хворих пролікувались за стандар-

том 2 та 4 категорії. Четверть усієї групи хворих має резистентність до препаратів I ряду.

Третина хворих, які знаходились під спостереженням, страждала від рецидиву туберкульозного процесу, що, на нашу думку, вимагає обов'язкового проведення протирецидивних курсів хіміотерапії при низьких показниках клітин СД 4.

Серед хворих з вираженою імуносупресією (СД $4 < 200$ кл./мм³) частіше спостерігались дисеміновані форми туберкульозу з частими ускладненнями у вигляді туберкульозного плевриту та множинних локалізацій туберкульозного процесу (33,3 % випадків спостереження).

При адекватній терапії туберкульозу та поєднання її з високоактивною антиретровірусною терапією (ВААРТ) навіть у важких та поширених випадках туберкульозу можливе ефективне його лікування, що підтверджувалось випадками у групі вказаних хворих: шестимісячний стандартний курс антимікобактеріального лікування в умовах стаціонару був неефективний, і лише з призначенням ВААРТ вже через 3 місяці відмічалась значна позитивна клініко-рентгенологічна динаміка.

Складнощі у лікуванні частини хворих з ВІЛ-асоційованим туберкульозом пов'язані з їх соціальним статусом та інколи — асоціальною поведінкою. В даній групі спостереження 62,9 % (22 хворих) — непрацюючі; 21,9 % (8 хворих) — особи без постійно-

го місця проживання, 37,1 % (13 хворих) — прибулі з місць позбавлення волі; 14,3 % (5 хворих) — перехворіли на сифіліс, 11,4 % (4 хворих) — наркозалежні. Як правило, терміни лікування цими хворими не витримуються. Середній термін лікування складає 3 місяці. Лише 25,7 % завершили основний курс хіміотерапії.

За період спостереження за даною групою хворих 11 з них померли, причому безпосередньою причиною смерті у 8 хворих (73 %) був туберкульоз, у 2 хворих — злоякісні новоутворення (астроцитоза головного мозку, лімфома головного мозку), у 1 хворого причиною смерті було передозування наркотичних засобів.

Практично у всіх померлих рівень СД4-клітин у більшості випадків був нижче 200 кл./мм³. На фоні вираженої імуносупресії у померлих від туберкульозу хворих у 54,5 % випадків спостерігались ексудативні вияви, схильність до дисемінації та розвиток полісерозитів.

Таким чином, лікування ВІЛ-асоційованого туберкульозу вимагає тісної співпраці фахівців СНІД-центрів та фтизіатричної служби, лікарів-інфекціоністів районних та міських лікувально-профілактичних закладів, які курують дану групу пацієнтів. При поєднанні їх зусиль можливе ефективне лікування туберкульозу, зниження смертності та покращення якості життя ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД.

Богданова О. В.

ЧУТЛИВІСТЬ ТА СПЕЦИФІЧНІСТЬ ІМУНОХРОМАТОГРАФІЧНОГО СЕРОЛОГІЧНОГО "ГЕКСАГОН ТЕСТУ" У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ТА ІНФІКОВАНИХ МІКОБАКТЕРІЯМИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Медичний інститут УАНМ, м. Київ

Мета і завдання: вивчити діагностичну цінність серологічного імунохроматографічного тесту "Гексагон тест" щодо діагностики туберкульозу.

Об'єкт дослідження: обстежено 30 осіб з позитивним РРД-α тестом Манту на туберкулін, 30 осіб з активним туберкульозом та контрольна група 30 осіб — здорові люди з негативними туберкуліновими реакціями.

Методи: клінічні, рентгенологічні, бактеріоскопічні та бактеріологічні, туберкулінодіагностика (тест Манту з 2 ТО), серологічний імунохроматографічний "Гексагон-тест".

Результати дослідження. При проведенні "Гексагон тесту" у осіб з позитивним тестом Манту нами були отримані наступні результати: у 14 осіб — позитивний тест, у 16 — негативний. Що говорить про чутливість тесту, у даній категорії, 46,7 %.

Ми провели серологічний тест "Гексагон тест" у 30 хворих на активний туберкульоз. В цій групі ми виділили дві підгрупи: 1-ша — 15 хворих, що являються бактеріовиділювачами та 2-га — 15 хворих без бактеріовиділення.

Нами були отримані наступні результати: 1-ша група — 11 позитивних результати тесту (73,3 %), 2-га група — 10 позитив-

них результати тесту (66,7 %). Чутливість серологічного імунохроматографічного тесту "Гексагон тест", у даній групі хворих склала від 66 % до 73 %. Що говорить про його високу чутливість у хворих на активний туберкульоз.

У здорових осіб з негативними туберкуліновими реакціями позитивний результат "Гексагон тесту" визначили у 13,3 % (4 осіб), що свідчить про його високу специфічність щодо виключення діагнозу туберкульозу.

Висновки.

1. Чутливість серологічного імунохроматографічного тесту "Гексагон тест" у хворих на туберкульоз становить 60–70 %.

2. Чутливість серологічного імунохроматографічного тесту "Гексагон тест" у інфікованих МБТ становить 46,7 %.

3. Висока специфічність 86,7 % дозволяє використовувати його як скринінговий тест у групах ризику щодо захворювання на туберкульоз із подальшим дообстеженням та призначенням хіміопрофілактики.

4. Використання "Гексагон тесту" для виявлення туберкульозу є доцільним, але не може замінити інші методи діагностики туберкульозу.

Бойко Д. М., Бойко М. Г., Бобирьова Л. Є., Котова Л. І, Гопко М. А., Кривякова І. Є.
ОРИГІНАЛЬНА МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ ЛЕГЕНЕВОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ
НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ НА ОСНОВІ
СПІРАЛЬНОЇ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ

*Вищий державний навчальний заклад України "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава
 Полтавський обласний онкологічний диспансер*

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) — одна з найважливіших проблем сучасної охорони здоров'я, причому така тенденція характерна для багатьох розвинутих країн світу у зв'язку з постійним зростанням розповсюженості та смертності від цього захворювання. Майже у 32 % хворих відмічається поєднання гіпертонічної хвороби та ХОЗЛ. Також важливим ускладненням ХОЗЛ, яке потребує індивідуального підходу у діагностиці та лікуванні, є розвиток легеневої гіпертензії (ЛГ).

Метою нашого дослідження було провести порівняльний аналіз між доплерокардіографічною діагностикою підвищеного тиску в легеневій артерії (ЛА) та рентгенологічними ознаками ЛГ, на основі спіральної комп'ютерної томографії, у хворих на ХОЗЛ II ст. в поєднанні з м'якою есенціальною гіпертензією та наявністю ЛГ I ступеня.

Дослідження проведено за участі 83 пацієнтів, з них 40 чоловіків та 43 жінки (середній вік склав $48,9 \pm 9$ років). Усім пацієнтам було проведено доплерокардіографію з визначенням систолічного тиску в легеневій артерії (СТЛА) за методом Isobe (1986) та максимальної швидкості потоку трикуспідальної регургітації, яка лоціюється з 4-х камерного верхівкового або субкостального акустичного доступу. Спіральну комп'ютерну томографію (СКТ) органів грудної клітки проводили на СТ/е Dual GE Medical Systems, США. Проведено дослідження гену

ангіотензин-II-рецептора 1-го типу (AGT2R1), що локалізується в 3-ій хромосомі (3q21-3q25), а саме A1166C-поліморфізм.

За даними дослідження у пацієнтів із ХОЗЛ II ст., що мали поєднання з легеневою гіпертензією I ст. спостерігається сильний ($r = 0,838$) позитивний кореляційний зв'язок між індексом відношення діаметру легеневої артерії до діаметру аорти (індексом ЛА/А) та рівнем систолічного тиску в легеневій артерії. Значення індексу ЛА/А — $1,08 \pm 0,07$ при систолічному тиску в легеневій артерії від 41 мм рт. ст. до 50 мм рт. ст. має діагностичну чутливість 46 %, специфічність 96 %, прогностична цінність позитивного результату 96 %, прогностичну цінність негативного результату 51 % та відношення правдоподібності для позитивного результату 11,5 є вірогідно ($p < 0,01$) вищим порівняно із хворими на ХОЗЛ II ст., рівень систолічного тиску в легеневій артерії в яких був ≤ 40 мм рт. ст. (індекс ЛА/А — $0,92 \pm 0,14$), та відповідно здоровими особами, де індекс ЛА/А становив $0,69 \pm 0,135$, а систолічний тиск в легеневій артерії ≤ 30 мм рт. ст. У хворих на ХОЗЛ II ст. у поєднанні з м'якою есенціальною гіпертензією та легеневою гіпертензією I ст. не виявлено вірогідних змін товщини стінки правого шлуночка та задньої стінки лівого шлуночка в залежності від варіантів A1166C-поліморфізм гену AGT2R1. В групі з СС-генотипом переважали жінки, а цифри систолічного тиску в легеневій артерії були вірогідно ($p < 0,05$) вищими при порівнянні з АА-генотипом.

Бойко М. Г., Бойко Д. М., Вірьовка А. С., Моторна Н. М.,
Овчаренко В. Р., Панасюк О. М., Бойко О. С.
ОСНОВНІ НАПРЯМКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ
В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ТА
ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

*Вищий державний навчальний заклад України "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава
 Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М. В. Скліфосовського*

Незважаючи на успіхи сучасної медицини, бронхіальна астма (БА) та хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є однією з актуальних проблем в пульмонології, що пов'язано з високим рівнем розповсюженості, смертності та інвалідності. Майже завжди діагностика ХОЗЛ проводиться на івалідизуючих стадіях хвороби. У зв'язку з цим лікування на ранніх етапах захворювання, профілактика тяжких форм ХОЗЛ є вельми актуальним завданням сучасної медицини.

Офіційна статистика в Україні відображає приблизно кожного 20-го хворого на БА. Вважається, що в Україні БА хворіє 5 % населення, тобто 2,3 млн. чоловік. Застосування наряду з базисною медикаментозною терапією БА та ХОЗЛ освітніх програм та заходів легеневої реабілітації з високим рівнем доказовості підвищує ефективність лікування хворих.

Основна мета реабілітаційних заходів — досягти найбільш повного відновлення клінічного, розумового, емоційного, соціального та професійного потенціалу людини. Виходячи з фундаментального поняття легеневої реабілітації була визначена "мультидисциплінарна програма лікування пацієнтів з хронічною дихальною недостатністю, що ґрунтується на індивідуальному підході і направлена на оптимізацію фізичної та соціальної діяльності пацієнта". Отже легенева реабілітація є процесом, що систематично використовує науково обґрунтовані методи діагностики та терапії, спрямовані на досягнення оптимального функціонального стану та якості життя пацієнтів хворих, в тому числі інвалідів, з ХОЗЛ та БА. Вона фокусується на усіх аспектах допомоги хворому — фармакотерапія, фізичні тренування, психосоціальна підтримка, харчова підтримка, освітні програми.

Бондарчук С. В., Масік О. І.
АНЕМІЧНИЙ СИНДРОМ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ З СУПУТНИМ
ДИСБАКТЕРІОЗОМ КИШЕЧНИКА

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є однією з актуальних медико-соціальних проблем, що обумовлено значною поширеністю їх та високими показниками інвалідності працездатного населення (Ю. І. Фещенко, 2003).

В останні роки спостерігається збільшення числа хворих на ХОЗЛ з супутньою патологією серцево-судинної системи, органів травлення та інші.

Метою нашого дослідження було виявити зміни периферичної крові у хворих на ХОЗЛ з супутнім дисбактеріозом кишечника, які перебігали з явищами ендотоксикозу та визначити основні напрямки лікування цієї категорії пацієнтів.

Проведено ретроспективний аналіз анкет 146 хворих на ХОЗЛ з супутнім дисбактеріозом кишечника, які обстежувались і лікувались в умовах поліклініки. Усім пацієнтам було проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження, дослідження функції зовнішнього дихання, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, бактеріологічний аналіз харкотиння і фекалій, за показаннями — ендоскопічне обстеження шлунково-кишкового тракту. Для детоксикації організму в комплекс лікувальних заходів включали ентеросорбент силікс.

В результаті комплексного обстеження було виділено п'ять провідних клінічних синдромів: 1) синдром ендогенної інтоксикації; 2) бронхообструктивний синдром; 3) астено-вегетативний; 4) синдром кишкової диспепсії; 5) анемічний синдром.

У хворих на ХОЗЛ, асоційованих з дисбактеріозом кишечника, окрім симптомів, характерних для основного захворювання, були скарги на проноси (86,7 %), закрепи (10,6 %), метеоризм (18,7 %), відрижку (68,1 %), печію (32,2 %), нудоту (24,7 %), періодичний біль в животі, який посилювався при пальпації (84,8 %) і супроводжувався головокружінням (28,4 %), порушенням апетиту (36,1 %). У 75 % пацієнтів мав місце дисбактеріоз I ступеню і у 25 % — II ступеню тяжкості.

У 24,1 % хворих спостерігався анемічний синдром. Залізодефіцитні анемії склали більшість 89 % серед хворих з анемічним синдромом. Вони і супроводжувались вираженими гіпоксичними та сидеропенічними симптомами, зниженням гемоглобіну до $63,2 \pm 1,5$ г/л та феритину сироватки до $10,2 \pm 0,8$ нмоль/л, ознаками ендогенної інтоксикації: збільшенням молекул середньої маси (МСМ) до $0,33 \pm 0,03$ од.опт.щ., маломолекулового діальдегіду до $3,85 \pm 0,03$ мкмоль/л, перекисного гемолізу еритроцитів до $36 \pm 0,8$ %.

Хворі V_{12} -дефіцитною анемією ентогенного генезу на тлі дисбактеріозу становили 11 % в групі хворих з анеміями. Крім гіпоксичних симптомів, спостерігались виражені диспепсичні розлади, гемолітична жовтяниця, а рівень МСМ складав $0,341 \pm 0,037$ од. опт. щ.

Серед причин виникнення анемічного синдрому при ХОЗЛ можна виділити: перерозподіл заліза в зону запалення, токсичний вплив продуктів запалення (ендотоксинів) на систему кровотворення, скорочення тривалості життя еритроцитів під впливом імунних комплексів, цитокінів, гаптенів, в тому числі ліків, ендотоксинів, вільних радикалів. При дисбактеріозі кишечника порушується всмоктування нутрієнтів (заліза, вітамінів), що сприяє поглибленню анемії. Курс ентеросорбції силіксом позитивно впливає на динаміку гемоглобіну, що вірогідно пов'язано з: 1) нормалізацією мікрофлори кишечника і всмоктуванням нутрієнтів; 2) відсутністю негативного впливу сорбента на всмоктування заліза; 3) зниженням рівня ендогенної інтоксикації; 4) посиленням повернення заліза органами-депо.

Лікування ентеросорбентом на тлі запального процесу в легенях має особливе значення стосовно прагнення підвищити гемоглобін, оскільки призначення препаратів заліза на тлі запального процесу в легенях не бажане.

Бичковський В. Б.
СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАЛИШКОВИХ ПОРОЖНИН ПРИ ОПЕРАЦІЯХ
НА ЛЕГЕНЯХ З ПРИВОДУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

ДУ "Національний інститут фізіотерії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України"

Потреба в хірургічному лікуванні при туберкульозі легень складає в середньому від 36 % до 59 %. Найбільш частішою незадовільною причиною хірургічного лікування при туберкульозі легень є наявність залишкових плевральних порожнин, які можуть бути причиною емпієми плевральної порожнини (з бронхіальною норичею та без бронхіальної норичі), рецидиву специфічного процесу. Запропоновано багато варіантів профілактики залишкових плевральних порожнин, але результати далекі від бажаних.

Нами запропонована наступна методика хірургічного лікування хворих на деструктивний туберкульоз легень, яка передбачає застосування резекції верхньої долі справа або $S_1S_2S_3$ зліва з обов'язковою роздільною обробкою всіх елементів кореня верхньої долі справа або $S_1S_2S_3$ зліва, тотальне розділення міждольових борозн до кореня легень, підшивання верхівки S_6 до верхівки середньої долі (справа) або до верхівки язич-

кових сегментів (зліва) і формування нового купола легень, френікотрепсії, дренажування плевральної порожнини трьома дренажами (два — традиційно, а один — на верхівці плевральної порожнини) та накладання непосредствено після операції пневмоперитонеуму в об'ємі 1000 — 1500 см³, що забезпечує адекватний підйом нового купола легень до купола плевральної порожнини і повного виміщення легенею плевральної порожнини.

Запропонований спосіб дозволяє: зменшити рівень післяопераційних ускладнень з 22,2 % до 9,5 %, зменшити рівень прогресування процесу з 14,8 % до 4,7 %, зменшити загальну летальність на 7,4 %, підвищити результативність операції з 62,9 % до 85,7 %.

Спосіб може знайти широке використання у хірургічних стаціонарах протитуберкульозних лікувально-профілактичних закладів, не потребує додаткових затрат.

Бичковський В. Б. СПОСІБ УКРІПЛЕННЯ КУКСИ БРОНХУ ПРИ ПУЛЬМОНЕКТОМІЯХ

ДУ "Національний інститут фізіотерії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України"

Найбільш актуальною проблемою торакальної хірургії протягом тривалого часу є профілактика неспроможності кукси бронху. Особливе значення це має при виконанні пневмонектомії, так як післяопераційна неспроможність кукси головного бронху у більшості випадків потребує виконання складних повторних оперативних втручань і не зважаючи на застосування активної хірургічної тактики в більшості випадків призводить до формування бронхіальної норичі з подальшим розвитком емпієми плеври (летальність складає 7–10 %).

Нами запропонована методика полягає у наступному. Після виконання пневмонектомії, на кути кукси бронху накладасмо додаткові вузлові лігатури з підшиванням до них довколишніх тканин, зріз кукси бронху, де була висічена нестерильна слизова оболонка та передню і задню губи кукси бронху, присипають порошком тієнаму, на куку бронху, накладасмо пластину тахокомбу або обробляємо клейовою речовиною катсіл та підклеюємо оброблену культю до парієтальної плеври, засипаємо в дану зо-

ну 0,5 г. тієнаму, після чого проводимо плевризацію кукси бронху із створенням дублікатури плевральних листків.

Запропонований спосіб має наступні переваги: забезпечуються оптимальні анатомічні і фізіологічні умови для надійного укріплення кукси бронха довколишніми тканинами, які багаті на судинно-нервове плетиво, створюється рівномірний внутрішньобронхіальний тиск, ліквідується чинник інфекції в куксі бронха, ліквідується пірогенні та алергічні реакції, ліквідується такі ускладнення як неспроможність кукси бронху з переходом в бронхіальну норичю з емпіємою плеври та емпієма плеври без бронхіальної норичі.

Застосування рекомендованого способу дозволило підвищити результативність операції з 80,0 % випадків до 93,7 %; скоротити терміни перебування в хірургічному відділенні на 3–16 днів, а, відповідно, й витрати лікарських препаратів; попередити виникнення таких ускладнень як неспроможність кукси бронху з переходом у бронхіальну норичю з емпіємою плеври.

Бялик О. Й. РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ АРБІДОЛУ ПРИ КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ІНФЕКЦІЙНИМ ЗАГОСТРЕННЯМ ХОЗЛ

ДУ "Національний інститут фізіотерії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України"

На сьогодні лікування хворих з інфекційним загостренням (ІЗ) ХОЗЛ залишається складною проблемою. Це пов'язано з дуже частою невизначеністю інфекційного (бактеріального або вірусного) збудника загострення ХОЗЛ і відсутністю даних про доцільність противірусної терапії. Метою даної роботи (що виконана за кошти держбюджету) було вивчення результатів застосування противірусного препарату арбідолу в комплексній терапії хворих з ІЗ ХОЗЛ. Під наглядом було 55 осіб з такою патологією. Основними клінічними симптомами ІЗ ХОЗЛ були посилення задишки, гнійності харкотиння, кашлю, збільшення об'єму харкотиння, а також підвищення температури і ознаки інфекції верхніх дихальних шляхів. Об'єм форсованого видиху за першу секунду (ОФВ₁) від 50 до 80 % від належних значень визначався у 32 хворих (58,2 %), від 30 до 50 % — у 17 (30,9 %) і менше 30% — у 6 (10,9 %). Проведені бактеріологічні дослідження харкотиння (по класичній методиці) і сучасні вірусологічні дослідження змивів або мазків із носової порожнини та носоглотки, включаючи метод флюоресцюючих антитіл і прості/швидкі тести на основі імунохроматографічного аналізу, виявили бактеріальні збудники у 44 хворих (80,0 %) і віруси — у 22 (40,0 %), в тому числі тільки бактерії — у 33 (60,0 %), тільки віруси — у 11 (20,0 %) і поєднання бактерій і вірусів — 11 (20,0 %). Серед бактерій найчастіше виявлялись *H. influenzae* (в 47,7 %), і *S. pneumoniae* (20,5 %), рідше — *M. catarrhalis*, *Kl. pneumoniae*, *S. aureus* і *E. coli* (в 11,4 — 4,5%). Серед вірусних збудників віруси грипу А (H1N1 і H3N2) та В були виділені у 9 із 22 осіб (40,9 %), аденовіруси — у 7 (31,8 %), віруси парагрипу — у 5 (22, %) і рино-синцитіальний вірус — у 1 (4,6 %). Віруси виявлялись переважно в перші 1-3 дні загострення ХОЗЛ і дуже рідко при дослідженні в наступні дні. Тому виявлення тільки бактерій не виключало можливості і вірусної етіології ІЗ ХОЗЛ.

Хворі були розподілені на 2 ідентичні по характеру і тяжкості процесу групи — основну (35 осіб) і контрольну (20 осіб). В основній групі посилену базисну терапію та емпіричну анти-

бактеріальну терапію поєднували з противірусним засобом арбідолу, що призначали рег ос по 0, 2 г 3 рази на добу протягом 3–5 днів. Контрольна група отримувала лише посилену базисну та емпіричну антибіотикотерапію. Базисну терапію в обох групах складали β₂-агоністи короткої дії (сальбутамол в дозі 400–800 мкг на добу) або пролонгованої дії (салметерол — 50–100 мкг на добу) в поєднанні з інгаляційними глюкокортикостероїдами (бекламетазоном 500–2000 мкг на добу або флутиказоном 250–1000 мкг на добу). Антибактеріальна терапія полягала в прийомі найчастіше амоксицилін/клавуланату по 0,625 г 3 рази на добу протягом 7–10 днів.

Вже через 3–5 днів застосування арбідолу більш швидко, ніж в контрольній групі зменшувались основні симптоми ІЗ ХОЗЛ. Частота сильного кашлю, задишки в спокої, значного виділення і гнійності харкотиння зменшилась за цей період в основній групі в 1,7–2,0 рази, а в контрольній — лише в 1,25–1,4 рази. На 8–10-й дні лікування ці симптоми продовжували регресувати: слабкий кашель, незначне виділення харкотиння і задишка лише при фізичному навантаженні в групі з арбідолу відмічалась тільки у 14,3 % хворих, а без арбідолу — у 45,0 % (P < 0,05). Симптоми інтоксикації вже не визначались в середньому відповідно через (5,2 ± 0,6) і (7,4 ± 0,7) днів (P < 0,05). Дещо менш вираженою в обох групах була позитивна динаміка ОФВ₁. Арбідол викликав лише у 2 (5, 7%) осіб незначні диспепсичні явища. В цілому за 8-10 днів лікування клініко-функціональні та лабораторні ознаки ІЗ ХОЗЛ знизились до вихідного (до загострення ХОЗЛ) рівня і була досягнута фаза ремісії у 30 (85,7 %) хворих основної групи і лише у 11 (55,0 %) осіб контрольної (P < 0,05). Подальша базисна терапія сприяла досягненню фази ремісії всіма хворими обох груп. Загострення ХОЗЛ тривало в контрольній (15,4 ± 2,0) дні, а в групі з арбідолу — лише (10,5 ± 1,3) дні (P < 0,05). Отже, отримані дані свідчать про ефективність і доцільність застосування арбідолу при ІЗ ХОЗЛ, особливо при високій імовірності вірусної етіології процесу.

Валецький Ю. М., Загорулько В. М., Валецька Р. О., Дорецький В. В.
ПОШИРЕНІСТЬ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ
У ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

Волинська філія факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

Волинське обласне територіальне медичне протитуберкульозне об'єднання, м. Луцьк

Мета дослідження: вивчити поширеність хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) у хворих на вперше діагностований туберкульоз органів дихання.

Об'єкт дослідження, методи, отримані результати. Для вирішення поставленої задачі ми проаналізували, на предмет наявності супутньої патології, медичну документацію всіх хворих на вперше діагностований туберкульоз органів дихання, які знаходились з цього приводу на обліку у Волинському обласному протитуберкульозному диспансері в 2000–2007 роках. За цей період (8 років) діагноз вперше діагностованого туберкульозу органів дихання був встановлений 4 969 жителям Волинської області (в 2000 році — 540 випадків, в 2001 — 555 випадків, в 2002 — 593 випадки, в 2003 — 587 випадків, в 2004 — 621 випадок, в 2005 — 681 випадок, в 2006 — 725 випадків, в 2007 — 667 випадків). Чоловіків було 3 112 (62,63 %), жінок — 1 857 (37,37 %). Міських мешканців було 1 998 (40,21 %), сільських — 2 901 (58,38 %), бездомних — 70 (1,41 %). Вік хворих коливався від 18 до 75 років, у середньому (43,47 ± 3,26) років.

Нами встановлено, у 2000 році із 540 хворих, у яких був вперше діагностований туберкульоз органів дихання, на ХОЗЛ хворіли 59 (10,92 %) чоловік; у 2001 році із 555 хворих на вперше діагностований туберкульоз органів дихання на ХОЗЛ хворіли 61 (10,99 %) чоловік; у 2002 році із 593 хворих на вперше діагностований туберкульоз органів дихання на ХОЗЛ хворіло 68 (11,47 %) чоловік; у 2003 році із 587 хворих на вперше діагностований туберкульоз органів дихання на ХОЗЛ хворіло 69 (11,75 %) чоловік; у 2004 році із 621 хворого на вперше діагностований туберкульоз органів дихання на ХОЗЛ хворіло 79 (12,72 %) чоловік; у 2005 році із 681 хворого на вперше діагностований туберкульоз органів дихання на ХОЗЛ хворіло 99 (14,53 %) чоловік; у 2006 році із 725 хворих на вперше

діагностований туберкульоз органів дихання на ХОЗЛ хворіло 131 (18,06 %) чоловік, у 2007 році із 667 хворих на вперше діагностований туберкульоз органів дихання на ХОЗЛ хворіли 125 (18,74 %) чоловік. Отже, із 4 969 хворих на вперше діагностований туберкульоз органів дихання, які були діагностовані протягом останніх 8 років (2000–2007 роки), ХОЗЛ, як супутня патологія, була у 691 пацієнта (13,91 %). З них у 71 (10,27 %) особи обидва захворювання діагностовані одночасно, а у інших 620 (99,73 %) пацієнтів стаж ХОЗЛ становив від 1 до 24 років (у середньому — 10,74 ± 0,87 років); 1-у стадію ХОЗЛ мали 98 (14,18 %) хворих, 2-у стадію ХОЗЛ мали 305 (44,14 %) хворих, 3-у стадію ХОЗЛ мав 273 (39,51 %) хворий, 4-у стадію ХОЗЛ мали 15 (2,17 %) хворих.

Висновки: 1. Поширеність ХОЗЛ серед хворих на вперше діагностований туберкульоз органів дихання останні 8 років (2000–2007) у Волинській області виросла з 10,92 % до 18,74 % і становить у середньому 13,91 ± 0,63 %.

2. Останні роки спостерігається стійка щорічна тенденція до зростання поширеності ХОЗЛ у хворих на вперше діагностований туберкульоз органів дихання у Волинській області; за останні 8 років вона збільшилась на 71,61 %.

3. Поширеність ХОЗЛ у хворих на вперше діагностований туберкульоз органів дихання майже у 2 рази вища, ніж в загальному по Європейській території.

Рекомендації: 1. Хворим на ХОЗЛ слід щорічно проводити профілактичні рентгенологічні обстеження та дослідження харкотиння на мікобактерії туберкульозу, а при виникненні сумнівів щодо туберкульозу і частіше.

2. Хворим на туберкульоз із супутнім ХОЗЛ слід проводити комплексну протитуберкульозну терапію (згідно категорії) у поєднанні з адекватною терапією ХОЗЛ.

Ватанская И. Ю., Оленицкая Е. С., Козлова Н. В., Разумная Т. В.,
Дубовая Л. И., Стрекозова И. П., Ватанская Ю. О.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА ЭРДОСТЕИНА В ЛЕЧЕНИИ
БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ

Луганский государственный медицинский университет Луганская областная больница

В течение последних лет отмечается тенденция к увеличению заболеваемости и смертности от хронического бронхита и хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ).

Основными патогенетическими факторами хронического бронхита являются:

1. Нарушение функции системы местной бронхопульмональной защиты и системы иммунитета.
2. Структурная перестройка слизистой оболочки бронхов.
3. Выделение медиаторов воспаления и цитокинов, развитие классической патогенетической триады (гиперкриния, дискриния, мукостаз).

Целью исследования являлось изучение эффективности использования препарата эрдостеина в комплексном лечении больных ХОЗЛ.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 42 пациента ХОЗЛ I–II стадии в фазе обострения в возрасте от 40 до 65 лет. При поступлении все больные предъявляли жалобы на наличие кашля со скудной вязкой, трудноотделяемой сли-

зистой, слизистогнойной мокротой, экспираторную одышку различной степени выраженности, эпизоды затрудненного дыхания. При аускультации выслушивались рассеянные сухие свистящие хрипы на фоне тахипноэ. Наряду с физикальным обследованием использованы основные общеклинические, рентгенологические, спирометрические исследования. Все больные использовали базисную терапию бронхолитическими препаратами, по показаниям — антибиотики и были разделены на две группы: I группа (основная: 22 пациента), II — 20 человек (контрольная). Пациенты I группы получали на фоне базисной терапии эрдостеин по 300 мг 2 раза в сутки на протяжении 10 дней, а больные 2 группы только базисную терапию.

У одного пациента основной группы были отмечены побочные эффекты в виде тошноты, сухости во рту, потери аппетита, боли в эпигастрии, что требовало отмены препарата.

Полученные результаты и их обсуждение. Позитивная динамика клинических симптомов на фоне проводимой терапии была отмечена у больных обеих групп, хотя более выражена бы-

ла в первой группе. Так, в обеих группах уменьшилось количество больных с интенсивным кашлем (с 36,4 до 4,5 % — в I группе, с 35 до 15 % — в II). Следует отметить, что все больные основной группы отмечали улучшение отделения мокроты на третьи сутки лечения, что не наблюдалось у пациентов контрольной группы. Изменились также характер и количество мокроты: после курса лечения в основной группе не отмечалось наличие гнойной мокроты, только у 4,5 % сохранялся слизисто-гнойный ее характер, в то время как в контрольной группе у 10 % сохранялась гнойная мокрота, а слизистой-гнойный характер — у 15 %. Отделение мокроты сократилось у больных обеих групп в среднем на 60 %. Уменьшилось количество больных с одышкой при привычной физической нагрузке (с 45,5 % до 18,2 %) и уве-

личилось количество больных с незначительной одышкой при выраженной физической нагрузке (с 54,5 % до 68,2 %) в основной группе, что не отмечено у пациентов контрольной группы.

Улучшение клинических симптомов сопровождалось положительной динамикой аускультативных данных. Уменьшилось количество больных с рассеянными хрипами как в основной (72,7 % до 13,6 %), так и в контрольной группе (с 70 % до 20 %), увеличилось количество больных, у которых хрипы не выслушивались — с 8 % до 50 % в основной группе и с 10 % до 45 % в контрольной. Таким образом, включение препарата эрдостеина в ком-плексную терапию больных ХОЗЛ I–II стадии имеет выраженный терапевтический эффект и может быть рекомендован для комплексной терапии обострений ХОЗЛ.

B

Вільянська О. М., Родіонова В. В. ВПЛИВ ВЖИВАННЯ ІНГАЛЯЦІЙНИХ ХОЛІНОЛІТИКІВ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ХОЗЛ

Дніпропетровська державна медична академія

Ціль дослідження: вивчити вплив тіотропіуму броміду на клінічні симптоми та якість життя хворих на ХОЗЛ із значним зниженням функції легень.

Об'єкт та методи дослідження. У дослідження було включено 16 хворих на ХОЗЛ із значним зниженням функції легень (ОФВ₁ 47,22 ± 2,34 %, ЖЄЛ 61,9 ± 4,58 %). Хворі працювали в умовах виробничих шкідливостей (гірські робітники, зварники), концентрація пилу на виробництві була ≥50 мг/м³ (N=4–10 мг/м³). Середній вік досліджених хворих був 53,9 ± 3,4 років, середня тривалість хвороби — 9,1 ± 0,35 років. Хворі на бронхіальну астму, серцеву недостатність та інші захворювання органів дихання були виключені із дослідження.

Всі хворі до початку дослідження та один місяць після нього мали кашель з виділенням мокротиння та задишку. Ступінь задухи визначалася за 10-тибальною шкалою Борга, якість життя визначалася за допомогою респіраторного опитувальника шпиталю Св. Георгію. Хворим був призначений селективний холінолітичний бронходилататор пролонгованої дії тіотропіуму бромід у дозі 18,5 мкг на добу. Контроль результатів дослідження проводився через 1 місяць після початку лікування.

Результати дослідження. Через 31 добу після початку лікування ступінь задухи знизилася на 14,9 %. Всі хворі відмітили полегшення у відходженні мокротиння. Показник ОФВ₁ покращився на 76,3 ± 4,38 % через місяць від початку дослідження. Показник ЖЄЛ покращився відповідно на 65,3 ± 2,34 %. Загальний показник якості життя до початку лікування був 47,2 ± 5,32 %, компонент симптомів — 51,94 ± 4,83 %, компонент активності — 48,10 ± 2,31 % та компонент впливу — 45,10 ± 1,96 %. Після місяця лікування оцінили загальний показник, компонент активності та впливу: загальний показник — 42,28 ± 3,82 %, компонент активності — 49,92 ± 4,05 % та компонент впливу — 38,67 ± 1,96 %. Таким чином, загальний показник якості життя у досліджених хворих підвищився на 10,24 %, а компонент впливу на 14,28 %. Компонент активності значних змін не продемонстрував.

Висновок. Використання селективного пролонгованого холінолітичного бронхолітика тіотропіуму броміду у хворих на ХОЗЛ із значним зниженням функції легень, що працюють в шкідливих умовах виробництва, призводить до покращання відродження мокротиння, ступеня задишки, підвищення показників легеневої функції за даними спірографії та якості життя.

Вишневский А.А., Паршин В.Д., Вишневская Г.А., Печетов А.А. ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНЫМИ РАНАМИ ГРУДНОЙ СТЕНКИ

*ФГУ ин-т хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий
ГУ РНЦХ им. акад Б.В. Петровского, Москва*

Несмотря на появление всё новых и новых антибактериальных средств и методов профилактики раневой инфекции, гнойно-воспалительные осложнения после оперативных вмешательств сохраняют свою актуальность. Среди пациентов с вмешательствами на органах грудной клетки в первую очередь это обусловлено увеличением числа оперативных вмешательств на органах средостения и лёгких с использованием доступа — срединной стернотомии, проведением комбинированного лечения онкологических заболеваний молочной железы, органов средостения и грудной стенки.

С 1997 по 2008г нами пролечено 55 пациентов с гнойными ранами грудной стенки различной этиологии. У всех пациентов в патологический процесс был вовлечён костный каркас, что значительно утяжеляло состояние больного и затрудняло зада-

чу врача. Основной причиной развития раневой инфекции были последствия операций, выполненных с использованием срединной стернотомии (28) пациентов, торакотомии и верхней срединной лапоротомии (5), комбинированного лечения онкологических заболеваний органов грудной клетки и молочной железы (13), травмы грудной клетки (5), другие (4).

Диагностический алгоритм при развитии раневого процесса в тканях грудной стенки основывается на методах лучевой диагностики и включает компьютерную томографию, рентгенографию, фистулографию, радиоизотопные методы диагностики, ультразвуковое исследование тканей грудной стенки.

При проведении предоперационной подготовки удаляли внимание факторам риска, которые могли повлиять на развитие рецидива заболевания. К таким факторам риска относили:

ХОБЛ, сахарний діабет, ожирення, порушення свёртываемости крові, використання в процесі втручання на серці внутрішніх грудних артерій, інородні тела, хірургічні втручання виконані по приводу раневого процесу раніше.

Хірургічні втручання проведені у 47 із 55 пацієнтів.

У 31 пацієнта використовували одномоментну пластику м'язовими тканинами з закритим методом ведення післяопераційної рани. У 22 пацієнтів удалося досягти первичного заживлення рани, — у 5 — вторичного. У 3 пацієнтів перешли к відкритому методу ведення післяопераційної рани. У 1 пацієнта виник рецидив

При неможливості радикальної резекції у 15 пацієнтів використовували відкритий метод лікування рани. У 8 — заживлення рани було по типу первичного заживлення після прижив-

лення вільного кожного трансплантата. В 1 випадку виконали пластику місцевими тканинами. У 3 пацієнтів — заживлення за счёт епітелізації рани. У 3 болях виконані повторні втручання.

Із 47 пацієнтів після проведеного хірургічного втручання ліквідації інфекційного процесу в тканинах грудної стінки удалося досягти у 45. В 1 випадку отриман рецидив. 1 пацієнт погіб на наступний день після операції.

Таким образом, розроблений комплексний підхід лікування гнійних ран грудної стінки, включають в себе: виявлення факторів ризику, комплекс методів обстеження, техніку резекції. Використання різних методів ведення гнійної рани і реконструкції грудної стінки дозволяє вирішувати лікувальні задачі, пов'язані з ліквідацією гнійного процесу і реконструкцією дефектів грудної стінки.

Власик Л. Й., Багрій В. М.

ДОСВІД ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ РОБОТИ ВІДДІЛЕННЯМ ПОЛІКЛІНІКИ В УМОВАХ ВПРОВАДЖЕННЯ АДАПТОВАНОЇ ДОТС-СТРАТЕГІЇ

КМУ "Міська поліклініка № 1", м. Чернівці

Своєчасність виявлення туберкульозу, як і онкологічної патології, зокрема раку легень, у населення терапевтичної (сімейної) дільниці залишається основним завданням лікаря первинної ланки. При диспансеризації лише певних категорій населення вирішити дане питання проведенням профілактичного флюорографічного обстеження дедалі важче. Існують розбіжності у вимогах до застосування даного методу в нормативних актах (наказ МОЗ України № 233 від 29.07.1996 р. зберігає статус флюорографії як скринінгової суцільної, впровадження адаптованої ДОТС-стратегії передбачає застосування її лише у групах ризику та акцентує увагу на виявлення при зверненні методом бактеріоскопії мазка).

Одним із напрямків діяльності відділення профілактики КМУ "Міська поліклініка № 1" є розробка заходів з покращання протитуберкульозної роботи на основі систематичного вивчення стану та ефективності бактеріоскопічної діагностики туберкульозу та флюорографічного обстеження населення району обслуговування. Щодо останнього методу є напрацювання більш як 10-річного досвіду. Збережена флюорографічна картотека на все населення району обслуговування з маркуванням групи ризику дає можливість детального аналізу та контролю в розрізі терапевтичних дільниць та відділень.

Планування обстеження здійснюється кожним дільничним лікарем за місцем проведення скринінгової флюорографії: на стаціонарний флюорограф та на інші заклади, в т.ч. пересувний флюорограф міського флюорографічного центру. Це дає можливість на рівні поліклініки працювати над планом флюорографічного кабінету та на рівні дільничних терапевтів — над планом охоплення населення флюорографією за структурою проведення. Таким чином, за період аналізу вдалося збільшити кількість обстежених у флюорографічному кабінеті на 50 %, а кіль-

кість охоплених флюорографією по району обслуговування у 2,7 рази. Виявлення активного туберкульозу на стаціонарному флюорографі зросло з 0,7–1,1 до 1,5–2,1 на 1000 обстежених; аналогічна динаміка з онкологічною патологією — показник виявлення раку легень збільшився з 0,2–0,4 до 0,8–1,2. Причому, групи ризику із захворювання на туберкульоз та рак легень у багатьох випадках перекликаються (у кожного п'ятого хворого раком попередньо діагностовано хронічне неспецифічне захворювання легень, у кожного четвертого — рентгенопозитивна картина у вигляді локального фіброзу, плевральних нашарувань, кіст, запаяних синусів). Аналіз наявних факторів ризику в осіб, які захворіли активним туберкульозом вперше, за більш тривалий період виводить на перший план соціальні чинники (67 %) та медико-біологічні (46 %), з яких 57 % становлять хворі на алкоголізм та наркоманію. Звертає на себе увагу ріст захворюваності серед жінок фертильного віку. За три роки аналізу вони становлять 79 % усіх жінок, які захворіли (виявлено 37 % хворих на алкоголізм, 21 % — не працюючі, 5 % — студенти, 5 % — після пологів, по 16 % мають епідеміологічні чинники та без встановлених факторів ризику).

Незважаючи на розширення бактеріоскопічної діагностики туберкульозу, налагодження обліку та звітності на дільницях в розрізах визначених контингентів, підготовку лаборантів та навчання пацієнтів з правил збирання харкотиння, жодного хворого даним методом виявити не вдалося.

Таким чином, в період епідемії туберкульозу на рівні міської поліклініки основним методом своєчасної діагностики туберкульозу залишається скринінгове флюорографічне обстеження з максимальним охопленням усього населення, а одним із критеріїв якості є першочергове охоплення осіб групи ризику, зокрема тих, де соціальні та медико-біологічні чинники комбінуються.

Воейкова Л. С., Ефимов В. В., Блажко В. И.
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ХОЗЛ, ОСЛОЖНИВШИМСЯ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ

ГУ "Институт терапии им. Л. Т. Малой АМН Украины", г. Харьков

Одними из наиболее широко применяемых препаратов при различных заболеваниях сердца являются β -адреноблокаторы. Препараты этой группы до недавнего времени практически не применялись при бронхообструктивных заболеваниях из-за опасности усиления бронхиальной обструкции. Ситуация изменилась после появления высокоселективных β_1 -адреноблокаторов, которые практически не оказывают влияния на тонус бронхов. Особого внимания заслуживает небиволол — уникальная молекула, сочетающая опосредованное оксидом азота физиологическое сосудорасширяющее действие и высокоселективный антагонизм в отношении β_1 -адренорецепторов. Сосудорасширяющее действие небиволола опосредуется активацией пути L-аргинин/оксид азота.

Собственный опыт применения небиволола у 23 больных ХОЗЛ 3-4 стадии с признаками ХЛС показал положительное влияние этого препарата на гемодинамику малого круга кровообращения. Начальная суточная доза препарата составляла 1,25 мг. В случае хорошей переносимости и отсутствия ухудшения вентиляционной функции легких суточную дозу небиволола повышали до 2,5–5 мг. Суточная доза препарата определялась частотой сердечных сокращений (ЧСС). У всех больных до начала лечения отмечена тахикардия (106 ± 11 ударов в минуту). Суточную дозу небиволола увеличивали до достижения оптимальной ЧСС 60–80 ударов в минуту. Одним из наиболее

важных клинических эффектов небиволола явилось увеличение толерантности к физической нагрузке. После 30 дней приема небиволола пациенты в течение 6-ти минут проходили расстояние на 12 % большее по сравнению с исходным, а через 3 месяца — на 18 %. Небиволол не ухудшал вентиляционную функцию легких, практически не изменял чувствительность β_2 -адренорецепторов в острой пробе с сальбутамолом. Исходный ОФВ₁ составлял $0,94 \pm 0,10$ л (34 ± 8 % от должных величин). Через 3 месяца ОФВ₁ практически не изменился и составил $0,93 \pm 0,14$ л (33 ± 10 %). При контрольном доплерэхокардиографическом исследовании через 3 месяца после начала лечения не было отмечено ухудшения насосной функции правого желудочка (ФВПЖ до начала лечения $38,2 \pm 1,4$ %; через 3 месяца — $40,6 \pm 1,2$ %). Статистически значимым оказалось уменьшение диаметра нижней полой вены и увеличение ее спадения на вдохе, что, по всей видимости, связано с улучшением возврата крови к правым отделам сердца в результате уменьшения ЧСС, удлинения диастолы и уменьшения признаков диастолической дисфункции. Диаметр нижней полой вены (НПВ) до лечения составлял $2,32 \pm 0,07$ на выдохе и $1,75 \pm 0,05$ на вдохе, после лечения — $1,42 \pm 0,04$ и $0,68 \pm 0,05$ соответственно ($p < 0,05$). Об улучшении диастолической функции миокарда правого желудочка свидетельствует также нормализация временных диастолических интервалов (ДсТ и IVRT).

В

Волошин Я.М., Порк Є.М., Ваднєв О.О.
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ КАЗЕОЗНО-ДЕСТРУКТИВНИХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ,
УСКЛАДНЕНИХ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Державна установа "Інститут фізіотерії і пульмонології імені Ф.Г.Яновського АМН України", м. Київ

Туберкульоз легень у хворих на цукровий діабет залишається однією з найбільш актуальних проблем медицини. Значення її в останні роки ще більш зростає в зв'язку з широким розповсюдженням цукрового діабету (2–4 %) серед населення, більш високою (в 4–10 раз) захворюваністю туберкульозом. Під нашим спостереженням знаходилося 159 хворих на цукровий діабет, яким були виконані різні види резекції легень з приводу казеозно-деструктивних форм туберкульозу. Чоловіків було 97 (61,00 %), жінок — 62 (39,00%) у віці від 14 до 67 років. Інсулінозалежний діабет діагностовано у 125 хворих (78,62 %), інсулінонезалежний — у 34 (21,38 %). Важка форма діабету була у 93 хворих (58,49 %), середньої важкості — у 41 (25,79 %) і легка — у 25 (18,72 %). До поступлення в клініку всім хворим на фоні дієто-інсулінотерапії, проводилася хіміотерапія в стаціонарних та амбулаторних умовах: до 6 місяців — 49 (30,82 %), від 6 до 12 місяців — 63 (39,62 %), з перервами від 2 до 8 років — у 47 (29,56 %). Хіміотерапія виявилася недостатньо ефективною, туберкульозний процес прогресував. В харкотинні і промивних водах у 42 хворих (48,27 %) встановлена резистентність до 1–6 хіміопрепаратів. Хворим була проведена індивідуальна передопераційна підготовка, направлена на компенсацію цукрового діабету, стабілізацію туберкульозного процесу і усунення ускладнень. За 2 тижні до операції хворих переводили на простий інсулін. Показаннями до резекції легень були: туберкульома в фазі розпаду у 63 хворих (39,62%), дисемінований туберкульоз в фазі розпаду — у 2 (1,26%), кавернозний — у 2 (1,26%), фіброзно-кавернозний — у 83 (52,20%) і казеозна пневмонія — 9

(5,66%). Операції були проведені під ендотрахеальним наркозом: сегментектомія у 63 хворих (39,62 %), лобектомія — у 5 (3,14 %), комбінована резекція легень — у 9 (5,66 %), пневмоніоплевропневмонектомія — у 18 (11,33 %). Прецизійне видалення підплеврально розташованої туберкульоми по розробленій автором методиці без резекції легеневої тканини виконано у 17 хворих (10,69 %), що дозволило зберегти легеню у 9 хворих, долю — у 5, і декілька сегментів — у 3. Під час операції через кожні 40–60 хвилин у хворих досліджували кров на вміст в ній цукру, перевіряли дані Мікро-Аструпу. В післяопераційному періоді в перші 7–14 днів виникає особлива необхідність в систематичному спостереженні за станом хворих, так як у них збільшується рівень цукру крові, появляється ацетон в сечі. Продовжували внутрішньовенне крапельне введення 5 % розчину глюкози, 4 % — 100–200 мг бікарбонату натрію, кокарбоксілази по 50–100 мг 2 рази в день, високоефективним виявився електрофорез з 6 % розчином саліцилового натрію та гепаріну (№ 10–15) по розробленій нами методиці. Інсулін вводили по 3–6 раз невеликими дозами. Ускладнення спостерігались в 3 рази частіше у прооперованих з приводу хронічного туберкульозного процесу, ніж серед вперше виявлених хворих (відповідно 39,45 і 13,27 %), з важкою формою діабету в порівнянні з хворими середньої важкості, легкої (відповідно 29,03 % і 15,15 %). Ускладнення усунути консервативно і 8 хворим зроблені повторні операції. Померло 5 хворих (3,14 %): від тромбоемболії легеневої артерії — 2, від гіперлактацидемічної коми — 1, від прогресування туберкульозу і емпієми — 2. Клінічний ефект досяг-

нуто у 154 хворих (96,86 %), у віддаленому періоді (1–20 років) повна ефективність залишилася у 88,27 % обстежених пацієнтів.

Таким чином, при неефективній хіміотерапії у хворих з казеозно-деструктивними формами туберкульозу легень, усклад-

нених цукровим діабетом, своєчасне застосування резекції легень в поєднанні з розробленими нами новими технологіями, дозволили досягнути високого повного клінічного ефекту.

Робота виконана за кошти державного бюджету.

Волошин Я.М., Клименко В.І., Гайдар О.А., Коваленченко В.Ф. АСПЕРГІЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ (ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ, ДІАГНОСТИКИ, РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ)

Державна установа "Інститут фізичної та пульмонології імені Ф.Г. Яновського АМН України", м. Київ

Число хворих з грибковими ураженнями легень, серед яких найбільш часто зустрічається аспергільоз (8,27 — 15,93 %) збільшується. Це зумовлено не тільки широким застосуванням антибіотиків, кортикостероїдів, цитостатичних препаратів, імунодепресантів, а й хіміотерапією туберкульозу легень. Значні труднощі виникають при встановленні діагнозу та лікуванні аспергільозу легень.

Проаналізовані історії хвороб 103 пацієнтів, які лікувалися у відділенні торакальної хірургії інституту з приводу аспергільозу легень: 84 (81,55 %) з аспергільозом легень, 8 (7,77%) — з обмеженим аспергільозом бронхів, 11 (10,68 %) — з аспергільозною емпіємою плеври.

Аспергільоз легень. Чоловіків було 59 (70,24 %), жінок 25 (29,76 %) у віці від 18 до 67 років. Виникненню аспергільозу у 58 (69,5 %) хворих передувало фіброзне — кавернозний туберкульоз легень, у 7 (8,33%) — хронічний абсцес, у 4 (4,76 %) — бронхоектази легень. Давність захворювання була від 1 року у 19 хворих (22,62 %), від 1 до 10 років — у 65 (77,38 %). Тривалий час проводилася антибактеріальна терапія, хіміотерапія. У 82 хворих (27,62 %) аспергільоз знаходився в одній легені і у 2 (2,38 %) — по 1 у кожній; у 52 хворих (61,90 %) вона локалізувалася в правій легені і у 30 (35,72 %) — в лівій. Діаметр аспергільозу до 3 см був у 37 хворих (44,04 %), від 3 до 5 см — у 39 (46,43 %) і більше 5 см — у 8 (9,53 %). Кровохаркання відмічали 72 хворих (85,71 %), причому, у 59 (81,94 %) воно було багаторазове. Хворі скаржилися також на загальну слабкість, субфебрильну температуру, кашель із виділенням невеликої кількості слизово-гнійного харкотиння, болі в грудях. У 5 (5,95 %) були явища астматичного бронхіту, у 7 (8,33 %) — клінічних ознак захворювання не було виявлено. У 54 хворих (64,29 %) встановлені рентгенологічні оз-

наки аспергільозу: в округлих порожнинах легень внутрішні стінки гладенькі, відзначили гомогенну тінь з серпастим просвітленням по периферії. Діагноз аспергільозу у 12 хворих (14,29 %) був встановлений тільки під час операції та при дослідженні резектованих частин легень. Після проведеної передопераційної підготовки і протигрибкової терапії (ністатин, леворин, амфотерицин В, флуконазол, калій йод, десенсибілізуючої і гемостатичної терапії, детоксикації організму, санації трахеобронхіального дерева. Всім хворим під ендотрахеальним наркозом проведені операції: лобектомія (64,29 %), сегментектомія (27,38 %), білобектомія (5,95 %), пневмонектомія (2,38 %), плевропневмонектомія (1,19 %). У 3 хворих лобектомію доповнили плевроектомією по розробленій нами методиці з допомогою зонду Кохера. В більшості випадках операції супроводжувались великими технічними труднощами із-за виражених щільних зарощень в плевральній порожнині, значною кровоточивістю тканин. Резекції легень виконували в межах анатомічних структур. У резектованих препаратах (кавернах, кістах) знаходилися "жмихоподібні" утворення, подібні до "кінського навозу". В післяопераційному періоді продовжена протигрибкова, патогенетична терапія. У 17,86 % виникли ускладнення. В більшості випадках вони були усунуті консервативно і у 2 — зроблено повторні операції — верхньозадня торакоміопластика. Післяопераційна летальність становила — 1,19 %. Клінічна ефективність досягнута у 98,81 %, у віддаленому періоді (1–17 років) ускладнень, рецидивів захворювання і летальності не виявлено.

Таким чином, типові резекції легень в поєднанні з антифунгальною терапією дозволили досягнути високих результатів лікування у хворих з аспергільозом легень. Робота виконана за кошти державного бюджету.

Габор М. Л., Решетар Д. В., Дудинська Ж. А.
ОСОБЛИВОСТІ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ
НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Науково-практичне об'єднання "Реабілітація" МОЗ України, м. Ужгород

Метою даної роботи є вивчення особливостей функціональної активності кори наднирників та щитоподібної залози (ЩЗ) у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) з супутніми алергічними риносинуситами.

За результатами проведених досліджень у 41 хворого на ХОЗЛ встановлено різнонаправлені зміни функціональної активності в системі кора наднирників- щитоподібна залоза. Зокрема, у хворих на ХОЗЛ без супутньої ЛОР-патології переважала гіпертрийодтироніємія. У 64 % концентрація трийодтироніну (T_3) в 1,4 рази вища, ніж у практично здорових людей. Розподіл частоти відхилень від норми вмісту тироксину (T_4) в даній групі був пропорційно рівним: у 36 % хворих рівень T_4 знаходився в межах фізіологічної норми, у 36 % пацієнтів він був високий і у 28 % — низький.

Необхідно відмітити, що частота виявлених порушень функціональної активності кори наднирників була меншою. Зокрема, у 56 % пацієнтів базальний рівень кортизолу коливався в межах значень норми, а гіпер- та гіпосекрецію його відмічено тільки у 20 % та 24 % обстежених.

На відміну від отриманих результатів у попередній групі, у хворих на ХОЗЛ із супутніми алергічними риносинуситами встановлено дисбаланс між показниками тиреоїдних гормонів. Так, якщо гіпотиреоз за вмістом T_4 зареєстрований у 32 % хворих, то частота прояву гіпотиреозу за вмістом T_3 — тільки у 15 % випадків. Нормосекреція за вмістом T_4 та T_3 була відмічена відповідно у 64 % та у 46 % випадків. Якщо, гіперпродукція за

вмістом T_4 спостерігалась у одного хворого, то за вмістом T_3 — у 39 % пацієнтів.

Аналіз результатів досліджень глюкокортикоїдного забезпечення організму даного контингенту хворих показав, що нормальний вміст кортизолу в сироватці крові спостерігався у 40 % обстежених. Високі концентрації кортизолу спостерігались також у 40 % осіб, що розцінюються як зменшення утилізації гормону тканинами, 20 % пацієнтів мали пригнічену функціональну активність кори наднирників.

Такий стан досліджуваних показників у більшості хворих даної групи призводить до функціональної напруги в системі кора наднирників — щитоподібна залоза і свідчать про нестатильність адаптаційно-компенсаторних можливостей організму.

Таким чином, у хворих на ХОЗЛ виявлено функціональні зміни в системі кора наднирників — щитоподібна залоза, які у більшості хворих на ХОЗЛ без супутньої ЛОР-патології характеризуються гіперсекрецією T_3 та зниженою активністю кори наднирників.

У хворих на ХОЗЛ з супутніми алергічними риносинуситами відмічений дисбаланс між T_3 та T_4 на фоні високого рівня кортизолу. Зазначені зміни в системі кора наднирників — щитоподібна залоза даного контингенту хворих, вказують на деякі механізми у виникнення і прогресування захворювання та зумовлюють необхідність розробки нових патогенетичних підходів до лікування.

Гаврисюк В. К., Лещенко С. И., Моногарова Н. Е., Полищук В. В.,
Беренда Е. А., Пендальчук Н. В.
КАЧЕСТВО ВЫЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИДИОПАТИЧЕСКИМ
ФИБРОЗИРУЮЩИМ АЛЬВЕОЛИТОМ

ГУ "Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского АМН Украины"

В Украине практически не проводились научные исследования, посвященные проблеме ИФА. Опубликованы лишь единичные сведения о клинических наблюдениях. Практические врачи не владеют знаниями о клинике, диагностике и терапии ИФА, поскольку эти вопросы не обсуждались на научно-практических конференциях, не издавались информационные письма и методические рекомендации, посвященные этой проблеме.

Цель исследования — изучить качество выявления и лечения больных ИФА на основе определения степени соответствия проведенных диагностических и лечебных мероприятий международным стандартам.

Материалы и методы. Проведен анализ материалов амбулаторных карт и историй болезни 215 больных ИФА, которые были направлены для обследования и лечения в Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского (НИФП) в период с 2002 по 2007 гг. Изучено распределение больных по возрасту, полу, проведен анализ продолжительности болезни от момента появления основных симптомов (одышка, сухой кашель) до момента установления диагноза, исследована частота стойкой утраты трудоспособности. Проведен анализ предварительных диагнозов, с которыми больные были направлены в НИФП.

Проведено изучение качества обследования больных в период до направления их в НИФП. Было исследовано, в каком проценте случаев использовались рентгенография органов

грудной полости (РГ), компьютерная томография, прежде всего, компьютерная томография высокого разрешения (КТВР), спирография (СГ) — методы, которые включены в перечень обязательных при подозрении на ИИП. Исследовано качество лечения больных ГКС и цитостатиками (ЦС) относительно его соответствия требованиям международных стандартов.

Результаты и их обсуждение. 78 (36,3 %) больных при поступлении в НИФП имели свидетельства стойкой утраты трудоспособности (инвалидности) вследствие хронических заболеваний легких. 76 пациентов (35,3 %) в период до направления в НИФП обследовались в противотуберкулезных учреждениях. При этом 33 больным (15,4 %) была назначена антимикобактериальная терапия сроком от 2 до 6 месяцев, и только у 4 больных (1,9 %) диагноз туберкулеза легких впоследствии подтвердился.

Точность диагностики ИФА по данным компьютерной томографии высокого разрешения достигает 90 %, в связи с чем КТВР включена в перечень обязательных методов исследования при подозрении на ИФА. Вместе с тем, КТ в период до поступления больных в НИФП была произведена только у 66 (30,7 %) больных. Обращает на себя внимание тот факт, что около половины больных (96 — 44,7 %) не были обследованы методом СГ.

Большинство пациентов было направлено в НИФП с длительностью заболевания до 1 года (37,6 %) и от 1 до 3 лет (27,9 %), что, по-видимому, обусловлено не высоким уровнем диаг-

ностики, а быстрым прогрессированием заболевания. Каждый третий пациент (34,9 %) был направлен для уточнения диагноза, имея продолжительность болезни более трех лет.

В период до госпитализации больных в НИФП ГКС-терапия была назначена 77 (35,8 %) пациентам, при этом ГКС в дозе $> 0,5$ мг/кг получали 14 (6,5 %) больных, $0,25-0,5$ мг/кг — 55 (25,6 %), $< 0,25$ мг/кг — 8 (3,7 %). ЦС ни в одном случае не применялись. Таким образом, только 6,5 % больных получали лечение ГКС в адекватных дозах.

После установления диагноза в НИФП ГКС-терапия была назначена 206 (95,8 %) больным в дозах: $> 0,5$ мг/кг — 26 (12,1 %), $0,25-0,5$ мг/кг — 175 (81,4 %), $< 0,25$ мг/кг — 5 (2,3 %). Комбинированная терапия (ГКС + ЦС) применялась в 22 (10,2 %) случаях. У 9 пациентов ГКС и ЦС не использовались в связи с высоким риском побочных действий (сопутствующие

заболевания, возраст) и отсутствием ожидаемого эффекта (стадия "сотового легкого"). ГКС в низких дозах ($< 0,25$ мг/кг) применялись в качестве поддерживающей терапии у 5 больных, которые принимали гормональную терапию в период до поступления в НИФП.

Выводы. Результаты анализа материалов амбулаторных карт и историй болезни больных ИФА позволяют сделать вывод о низком качестве выявления и лечения больных в поликлиниках и стационарах районного, городского и областного уровней. Необходимо отметить, что эффективность лечения больных ИП, и в первую очередь — ИФА, зависит от сроков начала терапии. В связи с этим наиболее важной задачей в настоящее время является разработка методов ранней диагностики в сочетании с повышением уровня знаний пульмонологов, терапевтов и рентгенологов об этом тяжелом заболевании.

Гандзейчук Т. В., Гончар Н. М., Дублянський О. В. ОСОБЛИВОСТІ ПОЯВИ УСКЛАДНЕНЬ СПЕЦИФІЧНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ДІТЕЙ У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

Вінницький обласний клінічний протитуберкульозний диспансер

За більш ніж 80 років проведення щеплень проти туберкульозу накопичено великий досвід та докази ефективності специфічної імунопрофілактики цього захворювання. В теперішній час вакцинація є обов'язковою у 64 країнах та рекомендованою у 118 країнах світу. Вакцинація і ревакцинація БЦЖ є ефективним методом профілактики, вона дозволяє попередити захворювання у 80 % імунізованих.

Практичний досвід роботи свідчить про значну кількість дітей з ускладненим перебігом вакцинації БЦЖ протягом останніх років. Правильно оцінити причину ускладнення буває іноді складно, а в деяких випадках — неможливо.

У період 2006—2007 років у Вінницькій області було виявлено 36 випадків ускладненого перебігу імунізації БЦЖ. Переважна частина їх виникає внаслідок вакцинації (34 випадки — 94,4 %), і значно менше — після ревакцинації (2 випадки — 5,6 %). Всі ускладнення супроводжувались регіонарними проявами, генералізації не спостерігалось. Відсоток ускладнень серед імунізованих дітей склав 0,086 %. В структурі ускладнень спостерігались наступні форми: 2 випадки кальцинатів у підпахвинній ділянці після вакцинації (у дітей 3 і 4 років), що склало 5,6 % від зареєстрованих ускладнень; 2 випадки холодного абсцесу у семирічних дітей (5,6 %); 32 дитини з лівобічним підпахвинним лімфаденітом (88,9 %), в т.ч. у 4 дітей визначалось також збільшення окремих віддалених груп лімфатичних залоз (під- і надщелепні, шийні). У всіх 32 дітей з проявами регіонарного лімфаденіту були сформовані рубчики розмірами 5—6 мм. При вивченні кожного випадку ускладнення БЦЖ у 32 дітей виявлено, що майже у половини з них в перші 6 місяців, а у 10 дітей — в перші 3 місяці після вакцинації були різні запальні захворювання, після яких через деякий час батьки звертали увагу на збільшення периферичних лімфовузлів в пахвинній ділянці зліва. Зафіксовані пневмонії — у 6 дітей (18,8 %); гострі респіраторні вірусні інфекції — у 10 (31,3 %), бронхіти — в 11 (34,4 %); всього — у 27 дітей, що склало 84,4% від 32 дітей з локальними змінами. 16 дітей були прооперовані з приводу ускладнень, у всіх випадках отримане гістологічне підтвердження змін, притаманних ускладненню БЦЖ. Випадків БЦЖ-оститів не зафіксовано.

Динамічне спостереження за даною групою дітей не виявило погіршення стану здоров'я, які б могли бути викликані щепленнями.

Таким чином, в області спостерігається високий показник ускладнень БЦЖ. Це пояснюється двома основними причинами. По-перше, погіршення загального рівня здоров'я новонароджених, зростання кількості дітей з імунодефіцитними станами та супутньою патологією суттєво впливають на частоту локальних ускладнень. По-друге, в останні роки посилена увага до реєстрації ускладнень БЦЖ — на всі випадки ускладнення надається облікова форма встановленого зразку. По-третє, постійно проводяться навчальні заходи для лікарів-педіатрів, в т.ч. фахівців обласної дитячої лікарні. За направленням останніх виявляється значна кількість дітей з ускладненнями, завдяки зростанню настороги педіатрів і дитячих хірургів до проявів туберкульозу. На нашу думку, потребує уваги та інтенсивності тематична навчальна робота з лікарями, особливо з неонатологами — для посилення настороги щодо туберкульозу у ранньому дитячому віці та переконавання породіль у необхідності проведення щеплень проти туберкульозу. Адже останнім часом частота відмов від будь-якої вакцинації новонародженого зростає у прямій пропорційності до кількості публікацій в засобах масової інформації щодо шкоди від щеплень.

Висвітлення неправильно інтерпретованих даних щодо імунопрофілактики та ускладнень в центральних засобах масової інформації суттєво впливають на зростання соціальної напруженості серед населення, що необгрунтовано дискредитує щеплення. На наш погляд, необхідна певна державна програма імунологічного спрямування, яка буде включати:

— санітарно-освітні заходи для населення і медичних працівників (оскільки серед останніх є негативно налаштовані на будь-яку імунопрофілактику);

— систему реєстрації ускладнень у відповідних закладах (система затверджена наказами МОЗ, проте потребує посилення постійного контролю за виконанням);

— систему довгострокового спостереження за станом здоров'я дітей, у яких у свій час були зареєстровані будь-які післящеплювальні ускладнення — для визначення подальших наслідків невдалої вакцинації та обгрунтування перспективи імунізації в цілому.

**Гарагуля Г. А., Ботвінікова Л. А., Клименко Н. І.
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ХОЗЛ У ЖІНОК ТА ЧОЛОВІКІВ***Днепропетровска державна медична академія*

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) займає провідне місце серед проблем сьогодення у пульмонології. Епідеміологічні дані свідчать про більшу поширеність захворювання серед чоловіків. Розповсюдженість ХОЗЛ в світі серед чоловіків складає 9,3 %, а серед жінок — 7,3 %. В деяких країнах, де значна частина населення курці, вона досягає 26,2 та 23,7 % відповідно. Відомо, що основним фактором ризику ХОЗЛ є паління, і в тих регіонах, де відбулося збільшення числа жінок-паліїв, ці розходження стираються. Враховуючи те, що ХОЗЛ — це захворювання переважно другої половини життя, треба відмітити, що цей період у жінок характеризується ще й згасанням функції стероїдогенезу. Цей фактор може бути одним з тих, що обтяжують перебіг основного захворювання. Ці данні свідчать про необхідність пошуку індивідуальних підходів до лікування з урахуванням не тільки клінічного стану хворого, але й статі.

Матеріали і методи дослідження: було проведено обстеження 120 пацієнтів, що хворі на ХОЗЛ, які знаходились на диспансерному обліку та лікуванні у пульмонологічному кабінеті поліклініки 6 міської клінічної лікарні м. Дніпропетровська. Серед них 40 жінок та 80 чоловіків хворих на хронічне обструктивне захворювання легень I та II стадії. Хворі були розподілені на групи. 1 група — 25 жінок менопаузального віку (середній

вік $56,3 \pm 3,2$ року) хворих на ХОЗЛ I ст., 2 група, в яку увійшли 40 чоловіків хворих на ХОЗЛ I ст. (середній вік — $53,3 \pm 3,3$ роки), 3 група — 15 жінок менопаузального віку (середній вік — $57,3 \pm 2,4$ років) хворих на ХОЗЛ II ст. 4 групу склали 40 чоловіків хворих на ХОЗЛ II ст. (середній вік — $56,4 \pm 2,7$ років).

Результати. Досліджуючи клінічний перебіг ХОЗЛ I стадії серед жінок та чоловіків віком від 50 до 60 років ми можемо казати про те, що у жінок, незважаючи на однакові клінічні прояви захворювання з чоловіками, спостерігається більша вираженість задишки за шкалою MRC. Рівень $ОФВ_1$ у пацієнтів 1 групи в середньому склав 76,9 %, а у хворих 2 групи — 77,3 % ($p > 0,05$). При порівнянні перебігу ХОЗЛ II стадії у жінок та чоловіків тієї ж вікової групи маємо: у жінок більш виражена інтенсивність задишки. Рівень $ОФВ_1$ у пацієнток 3 групи в середньому склав 57,3 %, а у хворих 4 групи — 60,4 % ($p > 0,05$).

Висновки:

- 1) особливості клінічного перебігу ХОЗЛ у жінок (порівняно з чоловіками) полягають у більш вираженій задишці як суб'єктивному показнику захворювання при меншій вираженості вентиляційних порушень за даними спірометрії;
- 2) отримані дані свідчать про вплив на перебіг захворювання гормональних змін, що мають місце у жінок цієї вікової групи.

**Гашинова Е. Ю., Клименко Н. И.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТИЛКСАНТИНОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХОЗЛ***Днепропетровская государственная медицинская академия*

Применение современных методов терапии с использованием ингаляционных бронхолитиков не позволяет остановить прогрессирование бронхообструкции при ХОЗЛ. В поисках путей решения этой проблемы возможно применение препаратов ксантинового ряда.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности и безопасности доксософиллина у пациентов с ХОЗЛ II ст.

Материалы и методы. Обследовано 30 амбулаторных пациентов с ХОЗЛ II ст. без патологии сердечно-сосудистой системы: 15 больных (11 мужчин, средний возраст $47,5 \pm 8,6$ года) на фоне приема ингаляционных бронхолитиков получали доксософиллин (группа 1); 15 пациентов (12 мужчин, средний возраст $50,3 \pm 9,0$ года), получавших только ингаляционные бронхолитики составили группу сравнения (группа 2).

У всех пациентов изучалась функция внешнего дыхания по данным спирометрии, усталость дыхательной мускулатуры по результатам пневмотонометрии и выраженность одышки по шкале MRC. Сердечный ритм оценивался по результатам суточного мониторирования ЭКГ до и через 30 дней после начала терапии.

Результаты. Обе группы пациентов были сравнимы по возрасту, половому составу, длительности заболевания и начальным значениям объема форсированного выдоха за первую секунду ($ОФВ_1$), максимального усилия вдоха ($P_{I\max}$) и выраженности одышки. Через 30 дней после начала лечения средние значения $ОФВ_1$ в обеих группах увеличились недостоверно (на 7,9 % и 7,3 % соответственно). В то же время, уровень одышки снизился статистически значимо только в группе 1 — до $0,7 \pm 0,4$ баллов (против $1,9 \pm 0,5$ баллов в группе 2). Прирост $P_{I\max}$ в группе 1 составил 21,3 %, в то время как в группе 2 — 11,9 %.

Статистически значимой разницы в частоте возникновения тахикардии, суправентрикулярной и желудочковой экстрасистолии в группах сравнения выявлено не было.

Выводы. Проведенное исследование показало, что включение доксософиллина в комплексную терапию ХОЗЛ II ст. безопасно и позволяет уменьшить у пациентов ощущение одышки и проявления усталости дыхательной мускулатуры, хотя достоверно не улучшает показатели ФВД.

Герич П. Р., Островський М. М., Сандурська Я. В., Василів А. М.
СПОСІБ РАЦІОНАЛЬНОЇ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ ІНФЕКЦІЙНОГО ЗАГОСТРЕННЯ
ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Івано-Франківський державний медичний університет

Розвиток загострення хвороби є характерною рисою перебігу хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) і однією з частих причин звернення пацієнтів за медичною допомогою і їх госпіталізації. При загостренні ХОЗЛ інтенсивність симптоматики захворювання наростає, а стан погіршується. Посилення локального запалення в бронхах, легеневої паренхіми і судинах при інфекційно-запальному процесі сприяє системним проявам і прогресуванню ХОЗЛ. Разом з тим, запалення зумовлює місцеві (органні) порушення, зокрема, викликає синдром мукоциліарної недостатності, які спричиняються продуктами секреції патогену і медіаторами запального процесу.

Мета роботи: вивчення можливості підвищення ефективності і безпеки медикаментозної терапії інфекційного загострення ХОЗЛ за допомогою комбінації препаратів амоксицилін/клавуланат і декаметоксин (Декасан, ОАО "Юрія-Фарм") на основі вивчення морфо-функціональних змін індукованого харкотиння.

Матеріал і методи: в групі пацієнтів на ХОЗЛ II і III стадій, яким на основі базисної терапії призначалася комбінація препаратів амоксицилін/клавуланат і декаметоксин, було 35 осіб (основна група). Групу порівняння склали 16 хворих, які отримували базисну терапію і яким в якості антибактеріального препарату призначали амоксицилін/клавуланат. Амоксицилін/клавуланат призначали в співвідношенні 825/125 мг два рази на добу всередину. Декаметоксин вводили інгаляційно по 20 мл через небулайзер. Обидві групи обстежених були співставлені по статі, віку і тяжкості захворювання (від 20 до 72 років).

Для аналізу ефективності і безпеки вибраної комбінації препаратів амоксицилін/клавуланат і декаметоксин та доцільності їх включення в склад комплексної терапії, проводили оцінку основних клінічних симптомів (задишки, кашлю з виділенням харкотиння), симптомів загального характеру (підвищення температури тіла, пітливість, слабкість, головний біль та стан працездатності) і лабораторне, цитологічне та цитохімічне дослідження індукованого харкотиння.

Результати: ми відмітили, що при призначенні запропонованої комбінації препаратів, зміни як суб'єктивних, так і об'єктивних симптомів проходили порівняно швидше і виразніше (зменшувався кашель, на 2–3 день змінювався характер харкотиння з гнійного, слизисто-гнійного на слизистий, виразність задишки знизилась). Об'єктивні симптоми захворювання у хворих в обох групах під впливом проведеної терапії також мали тенденцію до нормалізації. Динаміка змін фізикальних даних — зменшення та зникнення сухих і вологих хрипів, притуплення легеневого звуку до кінця лікування відмічена в 95% у хворих основної групи і 89% — у хворих групи порівняння.

В групі порівняння до кінця базисної терапії показник цитозу в індукованому харкотинні на закінчення лікування знизився в 1,7 рази (з $5,68 \pm 0,84$ до $3,37 \pm 0,63$ — в $1 \text{ мл} \cdot 10^6$), а вміст нейтрофілів мав тенденцію до зменшення. На відміну, у пацієнтів основної групи, показник цитозу в індукованому харкотинні знизився в 3,4 рази (з $7,49 \pm 2,05$ до $2,21 \pm 0,43$ — в $1 \text{ мл} \cdot 10^6$), а процентний вміст нейтрофілів достовірно зменшився ($p < 0,05$).

Вміст лізосомально-катіонних білків в нейтрофілах у хворих групи порівняння на фоні лікування не змінився. У пацієнтів основної групи, які отримували комбіновану терапію, через 13–14 днів виявилось достовірне підвищення вмісту лізосомально-катіонних білків в індукованому харкотинні (з $0,43 \pm 0,05$ до $0,65 \pm 0,03$) ($p < 0,01$), що свідчило про нормалізацію киснево-незалежної активності нейтрофілів, активацію місцевого неспецифічного захисту та відображало вираженість адаптаційних процесів і кореляцію з ступенем зменшення активності запалення.

Висновок: таким чином, отримані клініко-лабораторні дані у обстежених хворих на ХОЗЛ після проведеного курсу комбінованої терапії препаратами амоксицилін/клавуланат і декаметоксин свідчать про їх високу ефективність і безпеку. В результаті проведеного лікування була досягнута клінічна ремісія у переважної більшості хворих.

Глушко Л. В., Чаплинська Н. В.
ХРОНОТЕРАПЕВТИЧНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО
ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Івано-Франківський державний медичний університет, м. Івано-Франківськ

Існують дані, що одним із провідних механізмів бронхіальної обструкції при ХОЗЛ є дисбаланс вегетативної нервової системи із гіпертонусом парасимпатичного її відділу у нічні періоди доби.

Метою нашої роботи було вивчення добових коливань бронхіальної прохідності, варіабельності серцевого ритму, показників якості життя, денної сонливості у хворих на ХОЗЛ та їх зміни під впливом лікування іпратропію бромідом за умов хронотерапевтичного підходу до застосування цього препарату.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 30 хворих на ХОЗЛ II–III ст. і 14 здорових. Середній вік пацієнтів $59,51 \pm 1,17$ р. Коливання пікової швидкості видиху (ПШВ) протягом доби реєстрували методом пікфлоуметрії. Оцінку добової динаміки вегетативного тонузу проводили за допомогою системи холтерівського моніторингування "DiaCard". Оцінку якості життя проводили за допомогою анкети св. Георга (SGRQ), денної сонливості — за шкалою Epworth. Для вивчення ефективності ліку-

вання хворі були поділені на дві групи: I ($n=15$) — отримували іпратропію бромід у стандартному дозуванні по 2 дози тричі на день, у хворих II-ї групи ($n=15$) препарат застосовувався в залежності від індивідуальних коливань бронхіальної прохідності та парасимпатичного тонузу (не більше 3 разів на добу). Дослідження проводили до і через 2 тиж лікування. Статистична обробка показників проводилась із використанням пакету комп'ютерних програм "Microsoft Excel".

Результати. ПШВ у хворих на ХОЗЛ була нижчою, ніж у здорових і становила $198,59 \pm 11,63$ л/хв проти $508,51 \pm 12,69$ л/хв ($p < 0,001$). Показники ПШВ у хворих на ХОЗЛ у нічні і ранкові години становили $160,23 \pm 9,67$ л/хв і були нижчими, ніж удень $251,47 \pm 10,39$ л/хв ($p < 0,001$). Згідно аналізу варіабельності серцевого ритму встановлено, що у хворих на ХОЗЛ уночі більшою мірою, ніж у здорових, підвищений парасимпатичний тонуз. Це підтверджено зростанням наступних показників: HF у здорових уночі становив $52,11 \pm 2,04$ мс², у хворих — $68,37 \pm$

$\pm 3,69 \text{ мс}^2$ ($p < 0,001$), $p\text{NN50} — 1,49 \pm 2,31 \%$ та $4,33 \pm 0,53 \%$ ($p < 0,01$), $\text{LF}/\text{HF} — 2,07 \pm 0,11$ і $1,33 \pm 0,09$ ($p < 0,01$) відповідно. Між показниками ПШВ і HF протягом доби встановлено зворотній кореляційний зв'язок ($r = -0,67$; $p < 0,05$). Якість життя хворих на ХОЗЛ знижувалася в залежності від ступеню важкості хвороби (загальний показник якості життя за SGRQ у хворих на ХОЗЛ II становив $39,16 \pm 3,15$ балів, на ХОЗЛ III — $51,43 \pm 3,87$ балів). Найбільше це стосувалося таких розділів анкети як симптоми захворювання і фізична активність хворого, що свідчить про наявну в них суттєву соціальну і фізичну дезадаптацію. Рівень денної сонливості у хворих на ХОЗЛ становив $8,51 \pm 1,17$ балів.

Через 2 тиж лікування середньодобовий показник ПШВ у хворих I групи підвищувався на $5,43 \%$ ($p < 0,05$), у хворих II групи — на $14,76 \%$ ($p < 0,01$), що достовірно відрізнялося від даних I групи ($p < 0,05$). Зменшувалися такі показники варіабельності серцевого ритму, як HF (у I групі — на $9,67 \%$ ($p < 0,05$), у

II групі — на $17,13 \%$ ($p < 0,05$)) та $p\text{NN50}$ (у I групі — на $4,5 \%$ ($p < 0,05$), у II групі — на $8,1 \%$ ($p < 0,05$)) і були нижчими ($p < 0,05$), ніж у хворих II групи. Якість життя зростала у всіх пацієнтів, про що свідчило зменшення загального показника за SGRQ на $21,6 \%$ ($p < 0,05$) у хворих I групи і на $23,9 \%$ ($p < 0,05$) у хворих II групи. Рівні денної сонливості знижувалися як у I, так і в II групах хворих — на $10,7 \%$ ($p < 0,05$) та $11,3 \%$ ($p < 0,01$), відповідно.

Висновки. Використання індивідуального хронотерапевтичного підходу до лікування хворих на ХОЗЛ із застосуванням іпратропію броміду дозволяє підвищити ефективність терапії порівняно зі стандартним режимом дозування, про що свідчить достовірне підвищення показника бронхіальної прохідності та зниження тону парасимпатичної нервової системи. На фоні призначеного лікування відзначено зростання якості життя пацієнтів, покращення сну зі зниженням рівнів денної сонливості.

Горбатюк І. М., Зайков С. В., Цвігун С. М., Гончар Н. М. ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ

*Вінницький обласний клінічний протитуберкульозний диспансер
Вінницький Національний медичний університет ім. М. І. Пирогова*

У зв'язку з надзвичайною вагою і проблемністю хіміорезистентності виникає питання певних організаційних моментів та підходів до лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз (ХРТ), які пов'язані з умовами їх перебування у спеціалізованих протитуберкульозних лікувальних закладах. Ми вважаємо, що найкращою формою надання допомоги вказаним хворим було б створення в обласних протитуберкульозних диспансерах відділень для пацієнтів з ХРТ, оскільки така форма захворювання є складною для лікування, і потребує умов лікувального закладу третинного рівня.

Створення та функціонування подібного відділення пов'язано з багатьма організаційними, фінансовими та соціальними проблемами, адже воно повинно відповідати основній вимозі — попередженню розповсюдження ХРТ серед хворих в стаціонарі, що потребує розподілу всіх контингентів протитуберкульозних закладів. Функціонування відділення ХРТ не має сенсу, якщо нема можливості розподілу контингентів, принаймні, на два потоки: перший потік — хворі із збереженою чутливістю мікобактерій до антибактеріальних препаратів, другий — пацієнти з ХРТ.

На юридичному рівні не вирішені наступні проблеми:

1. Відсутнє типове положення про відділення для хворих на ХРТ.

2. Не визначені санітарно-епідемічні правила розташування та облаштування відділення ХРТ. Відділення ХРТ має бути закладом з палатами-боксами, наявністю шлюзових приміщень, тобто мати певну ступінь ізоляції від інших відділень, або розташовуватись в окремому корпусі з метою виключення перетину потоків хворих, мати окремий рентгенологічний, функціональної діагностики, ендоскопічний, фізіотерапевтичний кабінети тощо. Здебільшого організація такого відділення на базі існуючих протитуберкульозних стаціонарів неможлива через обмеженість площ палат, що не дозволяє забезпечити належні гігієнічні умови для хворих навіть при існуючих нормативах площі приміщень. За нашими підрахунками, для лікування хворих ХРТ потрібно вже сьогодні вирішувати питання про будівництво окремих корпусів, в яких будуть знаходитись усі необхідні підрозділи та служби, адже проблема ХРТ не вирішується за один і навіть декілька десятків років.

3. Відсутній соціальний захист медпрацівників відділення ХРТ, який повинен передбачати: підвищення схемних посадових окладів за особливо шкідливі умови праці в 1,5 рази вище, ніж для інших працівників тубзакладів; щорічну відпустку тривалістю 42 дні (з внесенням відповідних змін до розрахунку штатних посад відділення і закладу); щорічне безкоштовне санаторне оздоровлення не тільки в протитуберкульозних санаторіях, але й у санаторіях Укрздоровниці; додаткове харчування (молоко, соки тощо), аналогічно тому, яке існує в рентгенологічній службі, і навіть більше; пільгову пенсію. Працевлаштування у відділення ХРТ повинно відбуватись на контрактній основі. Вважаємо потрібним також здійснювати обов'язкове медичне страхування від професійного захворювання. На роботу у відділення ХРТ не слід приймати медичних працівників, які за станом свого здоров'я відносяться до груп підвищеного ризику по туберкульозу. Необхідно відмітити, що положення про працевлаштування на контрактній основі, про медичне страхування і про соціальний захист до цих пір не мають юридичної підстави.

Важливе місце в організації роботи відділення для хворих на ХРТ займає питання штатного розкладу. При розрахунку штатів для відділення ХРТ на основі існуючих штатних нормативів закладів охорони здоров'я необхідно внести зміни з урахуванням тривалості робочого тижня працівників відділення ХРТ, яка не повинна перевищувати 30 годин (при звичайній тривалості 36 годин); завідувач відділенням виконує роботу по безпосередній курації хворих в обсязі 50 % у відділенні починаючи з кількістю 30 і більше ліжок; встановлюються посади лікарів з розрахунку 15–20 хворих на 1 посаду. Таким чином, пропонується скоректувати штати відділення з розрахунку зменшення навантаження на лікаря на третину, або навіть удвічі. Те саме стосується зменшення навантаження на середній медичний персонал та інших працівників.

Хіміорезистентний туберкульоз не є прерогативою лише соціально дезадаптованих і несвідомих хворих. Кожному пацієнту з ХРТ необхідно надати можливість якісно і комфортно лікуватись, не ставлячи під загрозу життя і здоров'я інших хворих, членів родини та медичного персоналу протитуберкульозних закладів.

Горбатюк І. М., Гончар Н. М., Цвігун С. М.
ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ВИЯВЛЕННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ НА СЕЛІ

Вінницький обласний клінічний протитуберкульозний диспансер

Захворюваність жителів села всіма формами туберкульозу у Вінницькій області традиційно висока. У Вінницькій області спочатку офіційно проголошеної епідемії туберкульозу помітно прогресує захворюваність туберкульозу в сільській місцевості, яка зросла за вказаний період в 1,8 рази: показник виріс із 39,1 до 68,7 на 100 тисяч сільського населення. За останні два роки (2006–2007) намітилась тенденція до зниження зареєстрованої захворюваності, проте темпи зниження захворюваності відкритими і деструктивними формами у селі повільніші, ніж у місті.

Попри міграційні процеси (які за останні 10 років відбуваються дуже інтенсивно, але стосуються більше міст) у сільсько-господарських областях суттєвий вплив на збільшення захворюваності відіграє віддаленість медичної допомоги (низький рівень доходів не дозволяє людині витратитись на поїздки для профілактичного флюорографічного обстеження в центральну районну лікарню (ЦРЛ); недостатнє транспортне сполучення між віддаленими селами; незручний графік руху транспорту для відвідання лікарні; непридатна для діагностичної роботи рентген-техніка у сільських дільничних лікарнях; низький рівень особистої санітарної культури; недостатня поінформованість через обмеженість листівок чи іншого роздаткового матеріалу санітарно-освітнього характеру; відсутня активна позиція переважної більшості людей щодо відповідального ставлення до власного здоров'я; поширеність побутового пияцтва на селі внаслідок тих же соціальних факторів. Крім того, зареєстрований офіційно рівень хронічного алкоголізму та побутового пияцтва є нижчим фактичного. За нашими спостереженнями, серед захворілих на туберкульоз хронічних алкоголіків — 62 % сільських жителів; 80 % з них — непрацюючі працездатного віку. Таким чином, формуються сприятливі умови для поширення туберкульозу у сільській місцевості; в структурі захворюваності питома вага сільських мешканців становить 55–60 %. Відсоток бактеріального туберкульозу серед захворілих жителів села зростає: з 44,3 % у 2003 році до 52,0 % на кінець 2007 року. Поширені та важкі форми туберкульозу в структурі туберкульозу легень поступово збільшились із 39,9 % у 2003 році до 53,2 % на кінець 2007 року. Три чверті фіброзно-кавернозного туберкульозу виявляється серед сільських жителів; те саме стосується поширених дисемінованих форм туберкульозу легень та генералізованих процесів. Серед випадків смертності до року спостереження з моменту виявлення — дві третини реєструється серед сільських жителів, у яких діагноз туберкульозу був поставлений надто пізно, щоб врятувати хворого. За останні 5 років (з 2003 по 2007) питома вага занедбаних форм туберкульозу легень серед вперше захворілих сільських жителів зросла з 29,2 % до 38,1 %, тоді як по області в цілому — з 27,6 % до 32,3 %. Захворювання у занедбаному стані виявляється не тільки серед непрацюючих та пенсіонерів, але й серед працівників аграрного сектору.

Окремі організаційні заходи, на нашу думку, мають суттєвий вплив на обмеження резервуару тубінфекції.

І. Постійний глибокий аналіз динаміки епідемії та туберкульозу закладами загально-лікувальної мережі у розрізі кожної із сільських лікарських дільниць з метою визначення причин поширення туберкульозу не тільки на території району в цілому, але й конкретно в розрізі окремих сільських лікувально-профілактичних закладів. Серед домінуючих при-

чин можуть бути: недоліки в роботі окремих медичних працівників; недоліки в організації належного оздоровлення тубвогниць; недоліки в організації лікування хворих, в т.ч. на амбулаторно-му етапі тощо.

II. Обов'язкова участь пересувних флюорографів у профілактичних обстеженнях сільського населення.

З огляду на суттєву різницю доступності медичної допомоги сільським і міським жителям є сенс у використанні пересувних флюорографів для обстежень мешканців села. Якщо взяти до уваги наведені вище цифри поширення і структури туберкульозу серед сільського населення, обстеження мали би бути суцільними, оскільки на сьогодні 90 % селян відноситься до групи ризику (села, де за віковим складом люди пенсійного віку складають до 70 %). Практика діагностичної роботи з використанням нових цифрових флюорографів свідчить про необхідність допрацювання програмних забезпечень, інших технічних удосконалень. Цифрові ФГ добре зарекомендували себе при стаціонарному використанні, але на сільських дорогах вони часто виходять з ладу. Тому серед завдань, які стоять перед органами охорони здоров'я — придбання необхідної кількості пересувної рентгенологічної техніки, а також навчання і підготовка фахівців для обслуговування її на рівні кожної області.

III. Участь голів сільських громад у профілактиці туберкульозу повинна вирішити питання про забезпечення транспортного зв'язку населеного пункту з районним центром та корекції графіків руху маршрутних засобів з врахуванням зручності звертання мешканців за медичною допомогою; забезпечити організований доїзд працівників закладів і підприємств до центральної районної лікарні під час проведення масових профоглядів та організацію окремих безкоштовних рейсів для пенсіонерів для обстеження в ЦРЛ; звернути увагу на епідемічне благополуччя села, особливо в розрізі сільськогосподарських, тваринницьких підприємств; посилити відповідальність керівників підприємств всіх форм власності за вчасне і повне обстеження працюючих; тримати на контролі випадки потреби госпіталізації та лікування хворих з категорії соціально дезадаптованих, що проживають постійно або тимчасово на території села (прибулі з місць позбавлення волі, алкоголіки, наркомани, переселенці, кочові циганські сім'ї); особистим прикладом впливати на громадську думку і поведінку щодо проходження флюороогляду та обстеження на туберкульоз — вчасно проходити профілактичне обстеження, взяти під особистий контроль дисциплінованість щодо оглядів інших керівників, в т.ч. підприємств і закладів; на зборах громади села поряд з іншими проблемами наголосувати на необхідності протидії епідемії туберкульозу, в першу чергу за допомогою профілактичних оглядів (особливо при запланованій роботі пересувного флюорографа); при роботі в селі пересувного флюорографа цікавитись його навантаженням на робочий день, відсотком обстеженого населення (особливо пенсіонерів та непрацюючих працездатного віку, які найчастіше виявляються із поширеними формами туберкульозу внаслідок пізнього звертання за медичною допомогою), які причини відмови від обстеження в громаді.

Загострення уваги до організаційних проблем суттєво вплине на ефективність заходів щодо виявлення та лікування туберкульозу на селі.

Господарський І. Я., Грищук Л. А., Єрмак І. З., Лопушанська Н. М.,
Грищук О. Л., Білик С. О.

ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ ПНЕВМОНІЙ В ІМУНОКОМПРОМЕНТОВАНИХ ХВОРИХ

Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського
Тернопільський обласний протитуберкульозний диспансер
Тернопільська обласна клінічна комунальна лікарня

Проблема лікування пневмоній в імунокомпроментованих хворих залишається в даний час актуальною. До таких пацієнтів, у т.ч. належать хворі, які мають інші супутні захворювання, зокрема — туберкульоз, цукровий діабет, гепатити.

Обстежено 54 хворих. Серед них чоловіків було 31 (57,0 %), жінок — 23 (43,0 %). Середній вік хворих склав $37,4 \pm 0,9$ років. Пацієнти лікувались в диференціально-діагностичному відділенні Тернопільського обласного протитуберкульозного диспансеру та пульмонологічному відділенні Тернопільської обласної клінічної комунальної лікарні. Встановлено, що жителями сільської місцевості були 33 (61,0 %) хворих. При поступленні скарги на сухий кашель пред'являли 44 (81,5 %) пацієнти, задишку — 26 (48,1 %), пітливість — 18 (33,3 %), біль в грудній клітці — 37 (89,0 %). Патологічний процес локалізувався в лівій легені у 11 (20,4 %) осіб, правій — у 25 (46,3 %), двобічний — у 18 (33,3 %).

Пацієнти були розділені на 4 групи. 1-ша група (10 хворих — контрольна) — у яких був виставлений діагноз пневмонії, без ускладнень і супутніх захворювань, 2-га — (13 хворих), які перехворіли на туберкульоз легень, 3-я — (17 хворих), у яких

спостерігались такі супутні захворювання — цукровий діабет та гепатит, і 4-та (13 пацієнтів) із супутньою патологією верхніх дихальних шляхів. При лікуванні частіше використовували β -лактамі антибіотики: у 1-й групі в 60,0 % випадків, у 2-й — в 100 %, у 3-й — в 76,5 %, у 4-й в 78,6 %. Дещо рідше призначався другий антибіотик з групи макролідів або фторхінолонів.

При функціональному дослідженні функції зовнішнього дихання відмічена тенденція до зменшення таких показників як ЖЕЛ, ОФВ₁, Проби Тіфно, МВЛ у 2-й та 3-й групах. Зокрема відмічено достовірне зменшення показників ЖЕЛ у 2-й групі — до $60,5 \pm 6,5$ % у порівнянні з контрольною групою — $79,0 \pm 6,0$ % ($P < 0,05$). При виписці з стаціонару позитивний ефект антибактеріального лікування відмічений у контрольній групі в 90,0 %, у 2-й — в 61,5 %, у 3-й — в 64,7 %, і в 4-й — в 61,7 % пацієнтів.

Таким чином, у імунокомпроментованих пацієнтів відмічається більш важкий перебіг пневмонії, із значним зниженням функціональних показників, необхідністю призначення розширеного комплексного лікування із використанням додаткової патогенетичної терапії, зокрема імуномодуляторів.

Грицай Л. М. АНТИМІКОБАКТЕРІАЛЬНА АКТИВНІСТЬ ЛЕФЛОКСАЦИНУ ДО МІКОБАКТЕРІЙ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Медичний інститут УАНМ, м. Київ

Мета роботи: визначити можливу антимікобактеріальну активність вітчизняного препарату лефлок in vitro.

Об'єкт дослідження — лабораторні штами мікобактерій туберкульозу H₃₇R_y і мікобактерій туберкульозу (МБТ), виділені від хворих на туберкульоз легень, в тому числі їх резистентні штами.

Методи дослідження: 1) клінічний; 2) лабораторний; 3) мікробіологічний; 4) експериментальний.

Результати дослідження:

Досліди проведені на рідкому поживному середовищі Проскауера-Бека, до якого ex tempore додали 10% нормальної конячої сироватки. Для цього на зазначене середовище за допомогою бактеріологічної лопатки засівалась молода плівка розміром приблизно 2x2 мм кожного з досліджуваних штамів мікобактерій туберкульозу: міжнародного лабораторного штам МБТ H37Rv та штамів мікобактерій туберкульозу, виділених від хворих на туберкульоз легень: 62 штами, чутливі до основних протитуберкульозних препаратів (ОПТП); 29 штамів зі стійкістю до ОПТП.

Для визначення мінімальної інгібуючої концентрації (МІК) лефлоксацину робили розведення препарату. Для цього таблетку, що містить 500 мг левофлоксацину виробництва ЗАТ "Дарниця", розтерли в стерильній ступі, додали 2 мл спирту і 23 мл стерильної дистильованої води. Отримали розчин, що містить 20 мг/мл (або 20000 мкг/мл). Розвели його в 10 разів і ще раз в 10 разів, отримали розведення 200 мкг/мл. Розвели ще в 4 рази, отримали 50 мкг/мл. Далі ряд серійних розведень в середовищі Проскауера-Бека від 25 мкг/мл до 0,35 мкг/мл. В контрольну пробірку налили тільки рідке середовище. В усі

пробірки внесли по шматочку відповідної плівки МБТ. Засіяні пробірки помістили в термостат при температурі 37 °С на 7–10 діб — до моменту, коли в контрольних пробірках, що не містять препарату, плівка виросла, зайнявши всю поверхню рідкого середовища. Після цього зробили облік досліду. Результати представлені в таблиці.

Висновок. МІК лефлоксацину щодо МБТ H₃₇R_y та чутливих і резистентних їх штамів, виділених хворими на туберкульоз легень in vitro становить 1,5 мкг/мл. Це досить активний антимікобактеріальний препарат і цілком може бути використаний як резервний для лікування хіміорезистентного туберкульозу.

Таблиця

МІК лефлоксацину та його антимікобактеріальна активність відносно МБТ H₃₇R_y та чутливих і резистентних їх штамів, виділених хворими на туберкульоз легень

Чутливість штаму МБТ	Концентрація лефлоку в рідкому поживному середовищі, мкг/мл							Контроль
	25	12	6	3	1,5	0,7	0,35	
Лабораторний чутливий (H ₃₇ R _y)	—	—	—	—	—	++	++++	++++
Чутливі до ОПТП, 62 штами	—	—	—	—	—	+	++++	++++
Стійкі до ОПТП, 29 штамів	—	—	—	—	—	++	++++	++++

Примітка: Мінусами (—) позначено відсутність росту плівки, хрестами (+, ++, +++) — інтенсивність росту.

Гришун Ю. А.

ЗАВИСИМОСТЬ СТЕПЕНИ НАСЫЩЕНИЯ КРОВИ КИСЛОРОДОМ ОТ СОСТОЯНИЯ МУКОЦИЛИАРНОГО ТРАНСПОРТА И БРОНХИАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ У ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Изучению насыщения крови кислородом посвящено ряд публикаций, в которых объектом исследования были больные хроническими обструктивными заболеваниями легких (ХОЗЛ). В этих работах представлены результаты исследования функции внешнего дыхания (ФВД) и насыщения крови кислородом (SaO_2) пульсоксиметрическим методом. Однако в доступной литературе мы не встретили данных об изучении степени насыщения крови кислородом у больных впервые диагностированным туберкулезом легких.

Целью данного исследования было изучить зависимость степени насыщения крови кислородом от состояния мукоцилиарного транспорта и бронхиальной проходимости у больных впервые диагностированным туберкулезом легких.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели нами обследовано 30 больных впервые диагностированным туберкулезом легких (ВДТБ) с бактериовыделением и деструкцией легочной ткани (1 группа) и 30 практически здоровых людей (2 группа). В первой группе у 23 больных выявлен инфильтративный туберкулез, у 1 — казеозная пневмония, у 6 — диссеминированный туберкулез легких. Всем обследуемым было проведено полное клинико-рентгенологическое и лабораторное исследование. В день проведения исследования больные не получали противотуберкулезные препараты и другие медикаментозные назначения. Насыщение крови кислородом определяли при помощи пульсоксиметра "Ютасокси — 200" Для определения уровня кислорода в крови датчик закрепляли на указательный палец кисти левой руки так, чтобы источник света оказался против фотоприемника. По истечении латентного периода через 20 секунд с момента установки датчика, прибор

регистрирует SaO_2 и частоту сердечных сокращений (ЧСС). Диапазон измерений ЧСС находится в интервале от 30 до 280 ударов в минуту, а SaO_2 — от 0 до 99 %. Состояние мукоцилиарного транспорта (МЦТ) изучали при помощи сахариного теста. С этой целью, кристалл сахараина апплицировали на поверхность слизистой оболочки среднего отдела нижнего носового хода и проводили измерение общего времени (Т) до момента проникновения сахараина в глотку. Функцию внешнего дыхания с определением пиковой объемной скорости выдоха (ПОС) проводили на аппарате Master Scope фирмы "Эрих Егер".

Результаты и обсуждение. Показатель насыщения крови у больных туберкулезом был достоверно ниже в сравнении с данными в группе здоровых людей и составлял $95,53 \pm 0,41$ %. У больных ВДТБ легких наблюдалось достоверное удлинение времени МЦТ. Продолжительность МЦТ составляла $25,6 \pm 0,22$ минуты у больных первой группы и $13,33 \pm 0,57$ минуты у здоровых лиц. Эти данные свидетельствуют о развитии выраженной мукоцилиарной недостаточности у больных ВДТБ легких в сочетании со снижением насыщения крови кислородом. У больных первой группы отмечено также нарушение бронхиальной проходимости, которое проявлялось достоверным снижением ПОС до $3,23 \pm 0,29$ л/с. Величина ПОС у здоровых людей составила $6,67 \pm 0,29$ л/с и была в пределах должных значений этого показателя.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что у больных впервые диагностированным туберкулезом легких имеют место сложные нарушения функции внешнего дыхания, которые проявляются развитием мукоцилиарной недостаточности, бронхообструктивными изменениями и снижением насыщения крови кислородом.

Гришук Л. А., Рудик В. Д., Довбуш Ю. В., Цибуляк В. Є.

ВИКОРИСТАННЯ ВІДЕОТОРАКОСКОПІЇ З МЕТОЮ ВСТАНОВЛЕННЯ ПРИЧИН І ХАРАКТЕРУ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСУ В ТУБЕРКУЛЬОЗНІЙ КЛІНІЦІ

*Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського
Тернопільський обласний протитуберкульозний диспансер*

Спонтанний пневмоторакс (СП) одне з небезпечних ускладнень, яке виникає у хворих на туберкульоз легень. Метою нашої роботи було вивчити причини виникнення, частоту і характер СП за даними хірургічного відділення протитуберкульозної клініки, зокрема із використанням відео торакокопії.

Проаналізовані результати лікування 53 хворих, у яких був діагностований СП. Чоловіків було 43 (81,1 %), жінок — 10 (18,9 %). Вік до 40 років був у 18 (34 %), 41—60 років — у 27 (50,9 %), понад 60 років — у 8 (15,1 %) пацієнтів.

Скарги на кашель відмічались у 30 (56,6 %) осіб, задишку — у 37 (69,8 %), болі в грудній клітці — у 42 (79,2 %). З метою діагностики і лікування були використані торакоцентез і дренаж

плевральної порожнини у 14 (28,3 %) хворих, торакоцентез і відеоторакокопію у 28 (52,8 %), резекцію легень у 6 (11,3 %).

Серед 53 хворих активний туберкульоз легень був діагностований у 35 (66,0 %) (1-ша група), бульозно-дистрофічні зміни — у 18 (34,0 %) (2-га група). В результаті лікування в першій групі ефективно ліковані 28 (80,0 %) хворих померли 7 (20,0 %). В другій групі ефективно ліковані 17 (94,4 %), помер 1 (5,6 %) пацієнт. Таким чином, спонтанний пневмоторакс є небезпечним ускладненням у хворих на туберкульоз легень, яке у 20 % призводить до смерті. При обстеженні і лікуванні хворих з спонтанним пневмотораксом доцільно використовувати відеоторакокопію.

Гульчук Н. М., Кужко М. М., Процик Л. М., Бережна І. В.
**ПОБІЧНІ РЕАКЦІЇ НА ЗАСТОСУВАННЯ КОМБІНОВАНОЇ ХІМІОТЕРАПІЇ
 ПРИ ІНТЕРМІТУЮЧІЙ МЕТОДИЦІ ЛІКУВАННЯ ІЗОФОНОМ У ХВОРИХ
 НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ**

ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України"

Ізофон (Hz) — сульфопіримідиновий похідний ізоніазиду (Н). Наряду з антибактеріальними та імуномодулюючими властивостями Hz має багато порівняно з Н токсичність (ЛД₅₀ Hz — 7000 мг/кг, ЛД₅₀ Н — 150 мг/кг відповідно).

Мета дослідження: дослідити частоту розвитку побічних реакцій на фоні застосування комбінованої хіміотерапії із використанням Hz за інтермітуючою методикою у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень (ВДТБ).

Матеріали і методи: 130 хворих на ВДТБ, які знаходились на стаціонарному лікуванні у відділенні фтизіопульмонології ДУ "НІФП" (основна та контрольна групи) у період з 2002 по 2007 роки. Кожна з груп була представлена 65 хворими. Групи, що порівнювались були аналогічні за статтю, віком, клініко-лабораторними та рентгенологічними характеристиками процесу. Робота виконувалась за кошти державного бюджету.

Призначення хіміотерапії проводили за стандартними схемами. Відмінність у лікуванні між групами полягала у призначенні хворим основної групи Hz в дозі 800мг. на добу через день, чередуючи з прийомом Н в дозі 450мг, на ряду з антимікобактеріальними препаратами І ряду.

Результати. У 3 (4,6 ± 2,6) % пацієнтів основної групи (р > 0,05) були скарги на оніміння, повзання "мурашок", відчуття поколювання у кінцівках, зябкість, печію. В контрольній групі дана симптоматика була відмічена у 9 (13,8 ± 4,3) % хворих. Вказані симптоми характеризувались своїм початком у дистальних відділах, розповсюджуючись на більш проксимальні, характерною рисою було посилення симптоматики у стані спокою, а ступінь її вираженості був більшим у хворих контрольної ніж у основній групі.

У 2 (3,1 ± 2,1) % хворих контрольної групи на фоні застосування стандартної терапії виникли епілептиформні напади, що слугувало причиною заміни щоденного застосування ізоніазиду на його почергове введення з ізофоном. У даних хворих після корекції антимікобактеріальної терапії напади не повторювались.

Розподіл за причинно-наслідковим фактором показав наступне: у всіх хворих основної групи неврологічні прояви розвинулись на тлі перенесених у минулому черепно-мозкових травм, у хворих контрольної групи неврологічні ознаки після перенесеного струсу головного мозку спостерігались у 5 (7,7 ± 3,3) % пацієнтів.

Також у 3 (4,6 ± 2,6) % хворих основної групи спостерігались прояви погіршення контролю гіпертонічної хвороби та ішемічної хвороби серця, дані симптоми в контрольній групі спостерігались у 5 (7,7 ± 3,3) % хворих. Корекція супутньої патології була успішною у всіх пацієнтів основної групи, а в групі контролю, незважаючи на повноцінну терапію не вдавалось досягнути стійкого лікувального ефекту у 2 (3,1 ± 2,1) % хворих.

В цілому, основна група характеризувалась зменшенням частоти прояву побічної дії хіміотерапії на нервову та серцево-судинну системи, в середньому на 12,3 %.

Слід також зауважити, що відповідно до обраної нами методики лікування, хворі наряду із використанням ізофону отримували ізоніазид, що на нашу думку і обумовило наявність перерахованих вище побічних реакцій в основній групі.

Висновки. Використання метода лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень із почерговим прийомом ізоніазиду та ізофону дозволяє зменшити частоту прояву та вираженість побічної дії хіміотерапії на нервову та серцево-судинну системи.

Гульчук Н. М., Кужко М. М., Зубрійчук О. М.
**ВПЛИВ ПРЕПАРАТІВ ГРУПИ ГІНК НА КІЛЬКІСТЬ РОЗЕТКОУТВОРЮЮЧИХ ЛЕЙКОЦИТІВ
 ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ТУБЕРКУЛЬОЗІ**

ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України"

Для вирішення завдання дослідження — вивчення ізолюваного впливу препаратів групи ГІНК на кількість розеткоутворюючих лейкоцитів при експериментальному туберкульозі на фоні преморбідної імунної недостатності — проведено дослідження на 38 нелінійних мишах. Робота виконувалась за кошти державного бюджету.

Експериментальну модель імунодефіциту створювали за методикою Kontainen u Feldmann. Через тиждень після застосування гідрокортизону, перед зараженням тварин штамом H₃₇R₆, вивчали вихідний рівень імунітету у всіх тварин. В подальшому 3 піддослідні групи отримували лікування: 1 група отримувала лише ізоніазид (Н), 2 — ізофон (Hz), до 3-ї групи через день, поперемінно, застосували ізофон та ізоніазид (Н/Hz). В якості контролю виступали 2 групи тварин: 4 — інтактні (ІН), 5 група — тварини з експериментальним туберкульозом, що не отримували лікування (ІД).

В ході проведеного дослідження було встановлене наступне: при порівнянні вихідних значень у інтактних тварин було встановлено, що кількість РУК становила (48,75 ± 6,75) % а протягом місяця відбувалась її достовірне зниження до (33,75 ± 4,43) %. Застосування гідрокортизоу сукцинату не призводило до змін показника ні на початку досліджу ні при його завершенні

в групі тварин з ІД. Лікування призводило до змін у рівні показника. Миші, що отримували у складі лікування ізоніазид мали

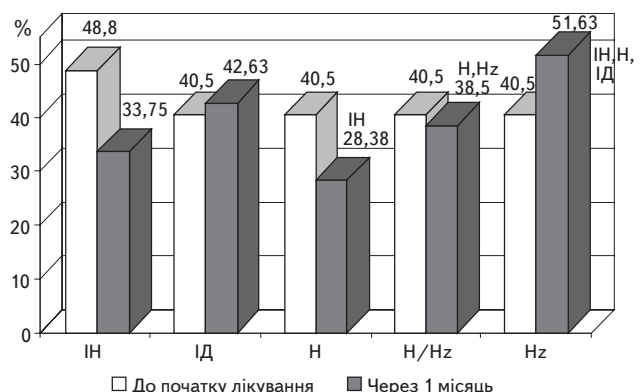


Рис. Порівняння показників кількості РУК піддослідних тварин
 Примітки: літерами зазначені групи тварин, у порівнянні з якими відмінність показника є достовірною (P < 0,05).

нижчу за інші групи кількість РУК ($28,38 \pm 2,65$) %, проте вона не відрізнялась достовірно від групи інтактних тварин. Найвищим був показник РУК у тварин, що отримували ізофон у щоденному режимі ($51,63 \pm 3,56$) %. Показник РУК при інтермітуючому застосуванні займав проміжне положення між досліджуваними групами — ($38,5 \pm 2,92$)%, та вірогідно відрізнявся від значень у обох групах, що отримували лікування, дані відображено на рис.

Результати проведеного дослідження свідчать, що застосування лікування протягом 1 місяця із використанням ізофону

сприяє підвищенню кількості РУК порівняно із групою тварин, що отримувала у складі лікування ізоніазид. Встановлене збільшення кількості РУК є дозозалежним, тобто найбільший ефект спостерігається при щоденному застосуванні препарату. Проте, інтермітуюча методика застосування ізофону заслуговує, на нашу думку, більшої уваги ніж щоденне лікування препаратом, оскільки літературні джерела стверджують, що помірна імунна відповідь є більш сприятливою, порівняно із гіперстимуляцією показників імунітету, як в ряді випадків приймає імуносупресивний характер.

Гуменюк І. П. ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ ВЕРТЕБРОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ З СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ХРЕБТА

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Останнім часом спостерігається значний прогрес у діагностиці та лікуванні хворих з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ). Однак, не зважаючи на досягнуті результати, рівень контролю над перебігом даного захворювання не є задовільним. Особливо звертає на себе увагу поєднання цієї патології з супутніми захворюваннями хребта. Приблизно 35–40 % хворих вимушені звертатись за допомогою у зв'язку з загостренням хвороби, її атипичним перебігом, резистентністю до призначеного лікування. Причини такої ситуації різні, але основними є: пізня діагностика захворювання, ігнорування супутньої патології, невірна техніка використання інгаляційних препаратів, необгрунтоване призначення антибактеріальних та інших лікарських засобів, які погіршують перебіг хвороби.

Медикаментозна терапія дозволяє контролювати основні симптоми захворювання, але не забезпечує повного ефекту, не запобігає впливу супутньої патології і часто призводить до використання максимальних доз різноманітних фармацевтичних препаратів, що негативно впливає на стан пацієнтів та призводить до резистентності до лікування. На наш погляд доцільно включити до стандартів лікування ХОЗЛ методи, які впливають на супутню патологію, зокрема захворювання хребта, що дозволяє суттєво підвищити ефективність лікування, покращити мікроциркуляцію в легенях та знизити дози лікарських засобів.

Нами було обстежено 137 хворих на хронічне обструктивне захворювання легень з супутньою патологією хребта. Серед пацієнтів цієї підгрупи 67 осіб було чоловічої статі та 70 — жіночої віком від 16 до 77 років ($50,6 \pm 10,31$). Більшість обстежених були працездатного віку. Пацієнтів було розділено на дві групи: основну групу, при лікуванні якої використовували стандартне лікування у поєднанні з вертебротерапією, та контрольну групу, яка отримувала тільки стандартне лікування. Основна група складалася з 73 осіб, віком від 16 до 75 років ($47,8 \pm 9,52$); 35 пацієнтів чоловічої та 38 жіночої статі. В контрольну групу

входило 57 осіб 32 чоловіків та 32 жінки віком від 24 до 77 ($53,5 \pm 7,81$) років. За даними клінічного обстеження, результатами соматоскопічних, рентгенологічних та магнітнорезонансних досліджень у всіх пацієнтів було підтверджено наявність супутньої патології хребта. За тендерними та віковими ознаками групи були репрезентативними.

Здійснювали обстеження функціональної здатності дихальної системи за допомогою спірографії, оцінку мікроциркуляції легень та бронхів проводили за допомогою вимірювання температури видихуваного повітря та латеральної реограми легень. Визначали також рівень насичення крові киснем.

В основній групі окрім стандартного лікування ХОЗЛ проводилась вертебротерапія. Після проведеного першого сеансу нами визначались всі показники (SaO_2 , Δt , спірометричні показники), а після лікування показники визначались в обох групах.

Отримані дані вказують на те, що всі критерії, зокрема сатурація кисню ($p < 0,0001$), температура видихуваного повітря ($p < 0,0001$), спірометричні показники, зокрема такі як ПОШ_{50%} ($p < 0,05$), ПОШ_{25%} ($p < 0,05$), ОФВ₁ ($p < 0,01$), значно кращі в основній групі, в якій проводилось комплексне медикаментозне та вертебрологічне лікування. Тільки вплив на крупні бронхи був однаковий, про що свідчить такий спірометричний показник, як ПОШ_{75%} ($p > 0,05$).

Отже, вплив на патологічно змінені сегменти хребта призводить до покращення функціональних показників бронхолегеневого апарату та сегментарної мікрогемодинаміки. Лікування хронічного обструктивного захворювання легень новими бронходилататорами та антибіотиками в поєднанні з вертебрологічними методами лікування може стати новим перспективним напрямком у лікуванні цієї патології. Тобто схема лікування ХОЗЛ з супутньою патологією хребта повинна включати вертебрологічні методи терапії.

Гуменюк Н. И., Морская Н. Д., Дзюблик Я. А.
ВЛИЯНИЕ ОДНОКРАТНОЙ ИНФУЗИИ РЕОСОРБИЛАКТА НА ПОКАЗАТЕЛИ ВЯЗКОСТИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ

ГУ "Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского АМН Украины"

У больных хроническими воспалительными заболеваниями легких в ответ на артериальную гипоксию наблюдается компенсаторное увеличение эритропоэза, развитие полицитемии с повышением уровня гематокрита. Наряду с этим при заболеваниях легких часто отмечается гиперагрегация форменных элементов крови, диспротеинемия с повышением содержания фибриногена. Все это является причиной развития нарушений микроциркуляции при заболеваниях легких и обуславливает необходимость разработки новых средств коррекции реологических свойств крови.

Используемые в клинике плазмозамещающие растворы (растворы декстрана, производные желатины, гидроксизтил-рахмала, полиэтиленгликоля) обладают выраженным волемическим эффектом за счет притока интерстициальной жидкости в сосудистое русло, обладают антитромботическим действием, но вместе с тем, вследствие своей высокой вязкости, могут вызывать повышение вязкости крови.

С этих позиций более перспективными в коррекции реологических свойств крови и улучшении микроциркуляции являются инфузионные препараты на основе многоатомных спиртов, в частности, препарат на основе сорбитола-реосорбилакт.

Цель исследования — сравнительное изучение влияния на гемореологические показатели однократной инфузии реосорбилакта и глюкозо-инсулин-калиевой смеси у больных хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ).

Материал и методы. Обследовано 15 больных ХОЗЛ в фазе ремиссии: II стадии — 4, III стадии — 11 (мужчин — 12, женщин — 3; возраст — от 60 до 79 лет). Вязкость цельной крови и плазмы определяли (д.м.н. В. Ю. Лишневецкая и сотрудники) с помощью ротационного вискозиметра АКР-2 (Россия) при скоростях сдвига 10 — 200 сек⁻¹, плазмы — 100 сек⁻¹. Функ-

циональное состояние эритроцитов оценивали на основе индекса деформируемости (ИДЭ) и индекса агрегации эритроцитов (ИАЭ). Исследования проводили в исходном состоянии перед инфузией и через 2 часа после инфузии 200 мл реосорбилакта. На следующий день исследование повторяли с использованием в качестве препарата сравнения 200 мл глюкозо-инсулин-калиевой смеси, состоящей из 5 % раствора глюкозы, 30 мл 3 % раствора калия хлорида и 4 ЕД инсулина.

Результаты. Переносимость реосорбилакта не отличалась от переносимости глюкозо-инсулин-калиевой смеси — нежелательных явлений не было в обеих сериях исследований.

После инфузии глюкозо-инсулин-калиевой смеси существенных изменений вязкости крови на всех скоростях сдвига, вязкости плазмы, индексов деформируемости и агрегации эритроцитов не отмечалось. То есть заметного влияния инфузии препарата на реологические свойства крови не наблюдалось.

После инфузии реосорбилакта наблюдалось достоверное уменьшение вязкости плазмы, что, по-видимому, является следствием гемодилюционного эффекта препарата. Наряду с этим отмечалось достоверное снижение вязкости цельной крови на скоростях сдвига 200 с⁻¹, 20 с⁻¹ и 10 с⁻¹. Наблюдалась также тенденция к уменьшению агрегационной способности эритроцитов, о чем свидетельствовала близкая к достоверной динамика индекса агрегации эритроцитов.

Выводы. Реосорбилакт, в отличие от ГИК, вызывает достоверное уменьшение вязкости плазмы и уменьшение вязкости крови на отдельных скоростях сдвига. Препарат характеризуется хорошей переносимостью и может быть рекомендован с целью коррекции состояния микроциркуляции у больных с гемореологическими расстройствами.

Гуренко Е. Г., Кельманская С. И., Тищенко Е. В., Цхакая Е. В.
ОСОБЕННОСТИ БАКТЕРИОВЫДЕЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ КОНИОТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького

По данным литературы, выделение микобактерий туберкулеза у больных с деструктивными формами кониотуберкулеза не превышает 31–49 %, а при отсутствии деструкции у впервые выявленных больных, несмотря на очевидные признаки активности туберкулезного процесса, бактериовыделение не превышает 5–8 %.

Массовое явление биотрансформации МБТ в атипичные L-формы обусловлено действием антибактериальных препаратов и наличием в легких больных силикотуберкулезом мощных L-трансформирующих факторов: тканевой гипоксии и минерализации легких.

Целью работы было изучение характера L-бактериовыделения МБТ в зависимости от клинико-рентгенологических и функциональных особенностей больных. Проведено комплексное обследование 42 больных кониотуберкулезом. Патологический материал подвергали бактериологическому исследованию с целью выявления обычных и биологически измененных форм МБТ. Посевы на МБТ осуществляли на среду Левенштейна-Йенсена, а для выявления измененных штаммов МБТ использовали полужидкую среду Школьниковой.

По нашим данным, бактериовыделение у больных кониотуберкулезом наблюдалось в большинстве случаев (у 81 %), при-

чем главным образом за счет выделения L-форм МБТ. Рост L-форм МБТ, учитываемый визуально, наблюдался через 8–12 недель. L-формы МБТ, выделенные из мокроты больных кониотуберкулезом с рентгенологическими признаками активности процесса, были представлены гигантскими клетками, корд-фактором, гомогенной и гетерогенной зернистостью. Выделение L-форм у больных кониотуберкулезом без рентгенологических признаков активности процесса, в большинстве случаев, было массивным, однако при микроскопическом исследовании чаще определялись мелкие, вакуолизированные L-формы, которые отличались скудным и замедленным ростом.

Приведенные данные о высокой частоте (89,4 %) выявления L-форм МБТ у больных кониотуберкулезом, в том числе при неактивных формах кониотуберкулеза (69,5 %), свидетельствуют о том, что в организме больных кониотуберкулезом, особенно в легочной ткани, действуют механизмы, обладающие L-трансформирующими свойствами.

Таким образом, по мере прогрессирования пневмокониотического процесса у больных кониотуберкулезом легких частота бактериовыделения типичных штаммов МБТ снижается и пропорционально увеличиваются частота и интенсивность выделения L-форм. Патоморфологические изменения в легких с многообраз-

ными нарушениями регионарных функций создают различные условия для вегетации МБТ, что сопровождается полиморфизмом L-трансформации МБТ у больных кониотуберкулезом. Активация туберкулезного процесса в легких у больных кониотуберкулезом сопровождается абсолютным и относительным преобладанием гигантских L-форм МБТ с признаками гомогенного повреждения

протоплазмы, разрушением клеточных оболочек с накоплением гомогенной зернистости и появлением ветвистых скоплений клеточных структур. Олигобациллярность с преобладанием в мазках мокроты кокковых L-форм МБТ наблюдается преимущественно у больных кониотуберкулезом без клинико-рентгенологических признаков активации туберкулезного процесса.

Гуржий Е. В., Лихолат Е. А.
ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЙ МУКОЦИЛИАРНОГО
КЛИРЕНСА И ПРОТЕАЗНО-АНТИПРОТЕАЗНОЙ АКТИВНОСТИ МОКРОТЫ
У ПАЦИЕНТОВ С ХОЗЛ

Днепропетровская государственная медицинская академия

Состояние мукоцилиарного клиренса (МЦК) зависит от состава и свойств респираторной слизи. Вязкостно-адгезивные свойства респираторной слизи определяются большим количеством факторов, один из которых — баланс между активностью протеолитических ферментов в бронхиальном дереве и емкостью локальной антипротеолитической защиты. **Целью** работы было исследование протеазно-антипротеазной активности мокроты для изучения патогенетических особенностей нарушений МЦК у больных ХОЗЛ.

Методы: обследовано 44 пациента с ХОЗЛ, которые были разделены на 2 группы. Группа 1: ХОЗЛ II стадии (n=13), средний возраст — $59,7 \pm 2,5$ лет, курение — $39,7 \pm 5,5$ пачка/лет, ОФВ₁ $68,7 \pm 2,4$ %. Группа 2: ХОЗЛ III стадии (n=31), средний возраст — $62,0 \pm 1,4$ лет, курение — $42,6 \pm 3,7$ пачка/лет, ОФВ₁ $37,5 \pm 1,2$ %. Проведено клиническое обследование; спирография; исследование протеазно-антипротеазной актив-

ности мокроты: трипсин, α_1 -антитрипсин (α_1 -АТ), α_2 -макроглобулин (α_2 -МГ).

Результаты: выявлено снижение трипсинолитической активности мокроты при усугублении степени бронхиальной обструкции у больных ХОЗЛ: трипсин в группе 1 составил $5,8 \pm 0,4$, в группе 2 — $4,5 \pm 0,2$ нмоль/с л/г белка соответственно ($p=0,007$). В это же время повысилась активность ингибитора протеолитических ферментов ?1-АТ: группа 1 — $2,2 \pm 0,05$, группа 2 — $2,3 \pm 0,03$ мкмоль/с л/г белка соответственно ($p=0,04$). Не наблюдалось изменения активности α_2 -МГ: группа 1 — $0,340 \pm 0,008$, группа 2 — $0,349 \pm 0,007$ мкмоль/с л/г белка соответственно ($p=0,55$).

Выводы: снижение общей литической активности мокроты приводит к накоплению избыточного количества вязкого бронхиального секрета, что резко замедляет движение реснитчатого эпителия, усугубляя нарушения МЦК.

Гуржий Е. В., Перцева Т. А.
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ МУКОЦИЛИАРНОГО КЛИРЕНСА У БОЛЬНЫХ ХОЗЛ.
ВЛИЯНИЕ ТИОТРОПИУМА БРОМИДА НА МЦК

Днепропетровская государственная медицинская академия

МЦК зависит от свойств и объёма секреторируемой слизи. При воспалении вязко-эластические свойства слизи становятся выше оптимальных для МЦК, это обусловлено повышенной продукцией слизистых гликопротеинов (муцинов). В результате протеолиза муцины расщепляются до пептидов — молекул средней массы (МСМ). Мы предлагаем определять уровень МСМ в мокроте для оценки состояния МЦК. Таким образом, **целью** работы является сравнительная оценка состояния МЦК у больных ХОЗЛ II и III стадии путём исследования уровня МСМ в мокроте; оценка влияния ТБ на состояние МЦК у больных ХОЗЛ III стадии.

Материалы: обследовано 16 больных ХОЗЛ в стабильном состоянии; сформированы 2 группы.

Группа 1: 8 больных (7 мужчин, 1 женщина) ХОЗЛ II стадии, средний возраст $63,1 \pm 3,0$ лет; ОФВ₁ $67,2 \pm 2,0$ % от должных; курение $36,6 \pm 8,8$ пачка/лет.

Группа 2: 8 больных (мужчины) ХОЗЛ III стадии, средний возраст $63,0 \pm 2,5$ лет, ОФВ₁ $36,2 \pm 2,4$ % от должных, курение $42,1 \pm 5,5$ пачка/лет.

Методы: клиническое обследование; спирография; определение уровня МСМ в мокроте больных ХОЗЛ для оценки состояния МЦК. Пациенты группы 2 получали ТБ 18 мкг/д в течение месяца, при этом они продолжали приём ингаляционных стероидов (максимальная суточная доза 1000 мкг). Повторное обследование проведено после лечения.

Результаты: уровень МСМ в группе 1 составил $1238,6 \pm 44,5$ мг/л; в группе 2 — $1478,2 \pm 80,3$ мг/л ($p < 0,05$). После лечения уровень МСМ в группе 2 составил $1077,9 \pm 22,0$ мг/л ($p < 0,01$).

Выводы:

1. Определение МСМ в мокроте это неинвазивный, простой в выполнении метод оценки состояния МЦК.

2. Больные ХОЗЛ III стадии имеют более высокий уровень МСМ в мокроте по сравнению с больными ХОЗЛ II стадии, следовательно, более выраженные нарушения МЦК.

3. Добавление ТБ сопровождалось уменьшением уровня МСМ в мокроте и, соответственно, улучшением состояния МЦК.

Гутинська Л. В.
ЕФЕКТИВНІСТЬ АНТИРЕТРОВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ
ХВОРИХ НА КО-ІНФЕКЦІЮ ТБ/ВІЛ

Медичний інститут Української асоціації народної медицини, м. Київ

Мета роботи: вивчити ефективність лікування туберкульозу у хворих на ко — інфекцію ТБ/ВІЛ при застосуванні антиретровірусної терапії (АРВТ).

Матеріали та методи дослідження. Матеріалом для цієї роботи були медичні карти пацієнтів з ко-інфекцією туберкульозу та СНІДу, які отримували лікування у Київській міській туберкульозній лікарні № 1 з диспансерним відділенням в період з 2004 по 2007 роки. Обидва діагнози були підтверджені за наявністю антитіл до ВІЛ шляхом імуноферментного аналізу або імуно-блоту, а також даними рентгенологічного та лабораторних досліджень. Пацієнти отримували лікування антимікобактеріальними препаратами згідно категорій та фаз лікування.

Ефективність лікування кожного хворого контролювалась шляхом лабораторних та рентгенологічних методів дослідження, та визначення CD4 клітин крові.

Результати дослідження. Проаналізовано 3055 медичних карт хворих, виявлено 308 (10,1 %) хворих на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ. За останні 4 роки відмічено зростання кількості цих хворих в 2 рази. Антиретровірусну терапію отримувало 49 хворих, що складає 24,3 % від тих, що її потребують; 13 хворих отримували АРВТ на інтенсивному етапі лікування туберкульозу (I група) і 36 — при підтримуючій фазі хіміотерапії (II група).

Всі пацієнти отримували 3 компонентну схему лікування, згідно чітко визначеного часу. Контроль стану імунітету визначали за допомогою фракцій Т-лімфоцитів (CD4, CD8) на початку лікування та через 2-3 місяці у 32 хворих (65,3 %).

В першій групі 6 хворих (46 %) мали CD4 менше 50 кл/мкл, із них у 3 (50 %) відбулося прогресування туберкульозу та СНІДу, наростала поліорганна недостатність, що призвела до смерті; у одного хворого стан залишився без суттєвих змін, але кількість CD4 збільшилась у 2 рази і у двох хворих на фоні покращення загального стану CD4 зросли через 2 місяці в 3 рази.

Із 7 пацієнтів, що мали CD4 в межах 50 — 200 кл/мкл і отримували АРВТ в інтенсивну фазу лікування туберкульозу відбулося покращення загального стану та імунітету. Через 2-3 місяці у 4 (57,1 %) хворих кількість CD4 клітин була більше 200 кл/мкл, у 2 (28,6 %) хворих кількість CD4 клітин була в межах 100 — 200 кл/мкл, та у 1 (14,3 %) хворого кількість CD4 клітин залишалась менше 100 кл/мкл. Через 4-5 місяці у всіх хворих кількість CD4 клітин була понад 200 кл/мкл.

У 36 хворих, які розпочали АРВТ в підтримуючу фазу лікування, кількість CD4 клітин була в межах від 70 до 200 кл/мкл. Зростання CD4 та клінічний ефект був більш виражений при кількості CD4 100 кл/мкл і більше. Померли 6 хворих (16,6 %), тоді як в інтенсивній фазі лікування — 3 (23 %) хворих.

Висновок. Призначення АРВТ у хворих на ко-інфекцію ТБ/СНІД в інтенсивну фазу лікування туберкульозу при CD4 менше 50 кл/мкл прискорює поліорганну недостатність і підвищує летальність. Більш ефективна АРВТ при CD4 більше 100 кл/мкл і особливо в підтримуючу фазу хіміотерапії туберкульозу при зменшенні кількості антибактеріальних препаратів з п'яти до трьох.

Демчук Г.В.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ФАТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Мета. Проаналізувати клінічний перебіг негоспітальної пневмонії (НП) у осіб, які лікувались та померли в умовах стаціонарних відділень МКЛ № 1 та № 2 м. Вінниці.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб пацієнтів, які лікувались та померли в умовах реанімаційного, пульмонологічного, терапевтичного відділень МКЛ № 1 та МКЛ № 2 м. Вінниці протягом 2004-2006 років. Оцінювались суб'єктивні та об'єктивні ознаки НП, дані додаткових методів дослідження, ускладнення НП та супутня патологія.

Результати. Протягом 2004–2006 років від НП померло 39 осіб, серед них 25 (64,1 %) чоловіків та 14 (35,9 %) жінок. Середній вік хворих склав $54,3 \pm 10,3$ роки. Осіб молодого та середнього віку було 30 (76,9 %), осіб 65 років та старших 9 (23,1 %). Захворювання до госпіталізації тривало $3,6 \pm 0,5$ дні. Початок з ознак ГРВІ спостерігався у 2 хворих (5,1 %). Майже всі хворі (94,9 %) доставлені "Швидкою допомогою". Померли протягом першої доби 11 хворих (29,7 %). Середній ліжко-день склав $4,2 \pm 2,7$ дні.

Серед ознак НП провідними були виражена задишка у 94,9 %, кашель у 57,1 %, виділення харкотиння у 28,2 %, лихоманка у 28,2 %, біль в грудній клітці у 20,5 %. При об'єктивному обстеженні 92,3 % хворих мали порушення свідомості, у 79,5 % спостерігалась тахікардія, у 43,6 % — гіпотонія. При аускультатії в більшості випадків вислуховувалось ослаблене дихання

(87,2 %), бронхіальне дихання було у 5,1 %, дихання не вислуховувалось у 7,7 %. Вологі гучні хрипи спостерігались у 79,5 %, крепітація та шум тертя плеври у 23,1 %. Рентгенологічно часткове ураження спостерігалось у 79,5 %, двобічний процес у 69,2 %, однібічний — у 10,3 %. Анемія виникла у 46,2 %, лейкоцитоз у 56,4 %, лейкопенія у 20,5 %, лімфопенія у 61,5 %.

Серед ускладнень провідним була легенева недостатність — 94,9 %, з застосуванням ШВЛ у 12,8 % хворих. Набряк легень розвинувся у 53,8 %, набряк мозку — у 46,2 %, сепсис — у 28,2 %, ексудативний плеврит — у 28,2 %, інфекційно-токсичний шок — у 25,6 %, деструкція легеневої тканини — у 17,9 %.

Серед супутніх захворювань найчастіше зустрічались ІХС (51,3 %), хронічна серцева недостатність (46,2 %), цироз печінки (25,6 %), ХОЗЛ (15,4 %), цукровий діабет (12,8 %). Алкоголем або наркотиками зловживали 17,9 % хворих.

Висновки. Фатальна НП частіше виникає у осіб молодого та середнього віку. Вона характеризується швидким та прогресуючим перебігом з поширеним ураженням легеневої тканини, розвитком життєво небезпечних ускладнень: важка легенева недостатність, сепсис, інфекційно-токсичний шок, набряк легень та головного мозку. Серцева недостатність, цироз печінки, зловживання алкоголем та наркотиками, ХОЗЛ, цукровий діабет є прогностично небезпечними супутніми станами, які сприяють розвитку фатального кінця.

Дзюблик І.В., Недлінська Н.М., Капітан Г.Б., Бялик О.Й.

РОЛЬ ВІРУСНИХ ЗБУДНИКІВ У ВИНИКНЕННІ ІНФЕКЦІЙНОГО ЗАГОСТРЕННЯ ХОЗЛ

ДУ "Національний інститут фізіотрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського Академії медичних наук України", м. Київ.

За результатами ряду досліджень щодо збудників інфекційного загострення (ІЗ) хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), основними бактеріальними патогенами залишаються 3 мікроорганізми — *H. influenzae* (у 22,0 — 59,0 % випадків), *S. pneumoniae* (у 8,0 — 22,0 %) і *M. catarrhalis* (у 13,0 — 19,0 %). Вважається, що у 30,0 — 40,0 % випадках ІЗ ХОЗЛ може бути зумовлене вірусно-бактеріальними або вірусними етіопатогенами. Однак значення вірусів як самостійних збудників загострень ХОЗЛ, а також їх здатність впливати на клінічний перебіг і прогноз захворювання залишаються до кінця не вивченими.

Мета дослідження. Вивчення ролі вірусних збудників в ІЗ ХОЗЛ.

Об'єкт та методи дослідження. Наукові дослідження проводились за кошти держбюджету. За результатами комплексного обстеження у 126 хворих на ХОЗЛ визначили наявність ІЗ I–II типу та у 25 хворих — загострення мало неінфекційний характер. Групу хворих, у яких було діагностовано інфекційне загострення ХОЗЛ (101 пацієнт), складала 90,5 % чоловіків та 9,5 % жінок у віці 42–87 років (середній вік — $67,9 \pm 7,8$ року). Сильний кашель відзначали 84,1 % хворих, а решта — помірний. У 78,6 % хворих мокротиння було гнійним, у решти — слизово-гнійним. Кількість мокротиння у 80,2 % пацієнтів становила 60–90 мл/добу, у решти — до 60 мл/добу. Задишку у стані спокою визначали 11,1 % хворих, при незначному фізичному навантаженні — 88,9 %. У 11,1 % пацієнтів температура тіла перевищувала 38 °С, у 52,4 % — була субфебрильною, у решти — нормальною. Лабораторну діагностику вірусної інфекції здійснювали по відношенню до вірусів грипу люди-

ни А і В, 4 типів вірусів парагрипу, коронавірусів 1 і 2 типу, 32 серотипів аденовірусів та РС-вірусу. Виділення та ідентифікацію ізолятів вірусів грипу А і В здійснювали у повній відповідності до наказу МОЗ України №30 від 09.02.1998 р.

Результати дослідження. При вірусологічному дослідженні змивів та мазків з носової порожнини 126 хворих методом флуоресціюючих антитіл виявили антигени вірусів у 40 осіб, що склало $31,8 \pm 4,1$ %. Частота виявлення вірусних збудників ІЗ ХОЗЛ залежала від терміну обстеження хворих від початку загострення. У перші три дні загострення було обстежено 57 хворих, серед яких у 31 пацієнта було виявлено вірусний збудник, що склало $77,5 \pm 6,6$ %; 42 хворих було обстежено на 4–7 добу загострення, при цьому вірусний збудник було виявлено у 9 хворих, що склало $22,5 \pm 6,6$ %; на 8 добу та пізніше було обстежено 27 хворих, в жодного з яких не було виявлено вірусного збудника.

Отримані дані свідчать, що достовірно ($p < 0,05$) більше виявляли вірусних збудників ІЗ ХОЗЛ у хворих, яким проводили вірусологічне обстеження в перші 3 дні загострення захворювання. Проведення пошуку вірусних збудників ІЗ ХОЗЛ після 7 діб від початку загострення захворювання було недоцільним (у жодного з 27 обстежених хворих їх не виявили). За допомогою МФА антигени респіраторних аденовірусів (1–39 типу) визначили у $30,0 \pm 7,2$ % хворих; вірусів грипу А (H1N1), (H3N2), В — у $37,5 \pm 7,7$ %; парагрипу I, II, III типу — у $25,0 \pm 6,8$ % та РС-вірусу — у $7,5 \pm 4,2$ %. Наведені дані свідчать, що в спектрі вірусних збудників ІЗ ХОЗЛ переважають віруси грипу А, В та респіраторні аденовіруси.

Дудка П. Ф., Добрянський Д. В., Бичкова Н. Г.
ГЕМОРЕОЛОГІЧНІ ПОРУШЕННЯ ТА ІМУННА ВІДПОВІДЬ У ХВОРИХ
НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНІВ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

В патогенезі хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) важливе значення відіграють порушення з боку так званих недихальних функцій легень, зокрема гемокоагуляційної та імунної. В умовах гіпоксії та надмірної активації вільнорадикальних процесів спостерігається дестабілізація тромбоцитарно-судинної і коагуляційної ланок гемостазу та порушення при цьому реологічної характеристики крові. В свою чергу, дисмікроциркуляція сприяє посиленню деструктивних процесів на рівні клітин, в тому числі імунокомпетентних, що завершується пригніченням їх функціональної активності та формуванням імунодефіциту. Процес гемореологічно-імунологічних порушень набуває стрімкопрогресуючого характеру, що негативно позначається на структурній організації та функціональній активності бронхіального дерева.

Метою нашої роботи було дослідити вплив гемореологічних порушень на показники клітинно-опосередкованої та гуморальної ланок імунітету у хворих на ХОЗЛ.

Матеріал і методи. Нами обстежено 55 хворих на ХОЗЛ I–II стадії віком від 40 до 60 років. Крім загальноклінічного обстеження в динаміці проводилось дослідження гемореологічної характеристики крові, а також показників клітинної та гуморальної ланок імунітету.

Результати та їх обговорення. Як засвідчили результати дослідження, у переважній більшості (74 %) обстежених на ХОЗЛ I–II стадії відзначено суттєве порушення з боку основних показників гемореології, підтвердженням чого є достовірне підвищення рівня гематокриту, ефективної в'язкості крові та

внутрішньої в'язкості еритроцитів, а також межі плинності крові та коефіцієнта агрегації еритроцитів. Майже у кожного третього пацієнта з гемореологічними порушеннями виявлено синдром гіперв'язкості крові, що є однією із причин посилення вільнорадикальних процесів та деструкції на рівні клітин. Підтвердженням цього є виявлений нами при електронній мікроскопії локальний лізис плазматичної мембрани еритроцитів, ендотеліоцитів та імунокомпетентних клітин.

У групі пацієнтів з синдромом високої в'язкості крові нами відзначені різні типи імунодефіциту, зокрема гіперергічний, хелперний або супресорний типи імунодефіциту. Так, при гіперергічному імунодефіциті спостерігалось суттєве зростання рівня субпопуляції Т-лімфоцитів, а також субпопуляції CD22+лімфоцитів. У пацієнтів з переважно хелперним чи супресорним типом імунодефіциту відзначалось зменшення або збільшення рівня CD4+лімфоцитів і відповідно підвищення чи зниження імунорегуляторного індексу.

Встановлені нами прямі кореляційні зв'язки між показниками гемореології та клітинно-гуморальної ланки імунітету є підтвердженням негативного впливу гемореологічних порушень на функціональну активність імунокомпетентних клітин.

Висновок. Гемореологічні порушення при ХОЗЛ сприяють посиленню вільнорадикальних та деструктивних процесів на рівні біомембран клітин, в тому числі імунокомпетентних, що негативно позначається на їх функціональній активності та формуванні імунної відповіді.

Дудка П. Ф., Добрянський Д. В., Бичкова Н. Г.
КЛІНІЧНИЙ АСПЕКТ ПОРУШЕННЯ В СИСТЕМІ ЦИТОКІНІНОВОЇ РЕГУЛЯЦІЇ
У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНІВ

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, м. Київ

Основними медіаторами, що ініціюють запальні реакції на рівні бронхіального дерева у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є інтерлейкіни 1, 6, 8, 12, 18 класів, фактор некрозу пухлин- α (ФНП- α) та інтерферон- γ (ІФН- γ). Останні ініціюють так звану ранню "судинну", а також пізню "клітинну" стадії запального процесу. Внаслідок підвищення функціональної активності клітин запалення та гіперсекреції протеолітичних ферментів спостерігається посилення альтерації епітелію слизової оболонки та підвищення реактивності бронхіального дерева.

Метою нашої роботи було дослідити рівень про- та антизапальних цитокінів у хворих на ХОЗЛ I–II стадії віком від 42 до 59 років. Крім загальноклінічного обстеження в периферичній крові визначався вміст інтерлейкіну-4 та фактору некрозу пухлин- α .

Результати та їх обговорення. Як показали результати дослідження, у 80 % обстежених спостерігалось, в порівнянні зі здоровими особами, збільшення середнього рівня ФНП- α в 1,7 рази ($p < 0,05$). Відомо, що ФНП- α проявляє вибірково цитотоксичність, активує синтез інших протизапальних цитокінів і є

одним із медіаторів деструктивного процесу. У разі значного зростання рівня ФНП- α запальні реакції набувають динамічного характеру, що негативно позначається на структурній організації та функціональній активності бронхіального дерева.

У 68 % обстежених рівень протизапального цитокіну — інтерлейкіну-4 (ІЛ-4) перевищував нормальну величину в 3,7 рази ($p < 0,05$). У решти пацієнтів (32 %) середня величина ІЛ-4 складала 359,2 нг/мл, що майже в 9 разів більше показника здорових осіб. На нашу думку, таке суттєве збільшення рівня ІЛ-4 з найбільшою ймовірністю зумовлене компенсаторним характером, спрямованим на стимулювання гуморальної ланки імунітету. Підтвердженням цього є зростання на 45 % рівня імунопродуктивних В-лімфоцитів. Відзначена закономірність з боку ІЛ-4 є несприятливою з прогностичної точки зору, оскільки різке зростання рівня ІЛ-4 може бути причиною стимуляції аутоімунних процесів.

Висновок. У хворих на ХОЗЛ відзначено нестабільність цитокінів з про- та антизапальними властивостями, що негативно позначається на імунній регуляції та характері перебігу патологічного процесу в бронхіальному дереві.

Дудник А. Б.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ КОМБІНОВАНОГО ІНГАЛЯЦІЙНОГО ПРЕПАРАТУ ІПРАТРОПІУ БРОМІДУ ТА ФЕНОТЕРОЛУ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ОРГАНІВ ДИХАННЯ З БРОНХООБСТРУКТИВНИМ СИНДРОМОМ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Вступ. Згідно даних МОЗ України, кожну годину в нашій країні з'являється чотири нових хворих на туберкульоз та один помирає. Бронхообструктивний синдром (БОС) характерний для більшості захворювань респіраторної системи, в тому числі й для туберкульозу легень (ТЛ). Частота його виявлення залежить від тривалості специфічного процесу та вираженості залишкових змін в легенях (Е. И. Шмелев, 2007).

Метою дослідження є вивчення особливостей перебігу, поширеності БОС у пацієнтів з вперше діагностованим туберкульозом органів дихання (ВДТБ) та підвищення ефективності діагностики та лікування даної патології.

Матеріали та методи. Дизайн дослідження: рандомізоване когортне контрольоване інтервенційне. Було обстежено 95 хворих з різними формами ВДТБ, віком від 19 до 74 років, що перебували на лікуванні у Вінницькому обласному протитуберкульозному диспансері. Серед пацієнтів чоловіків було 77 (81,1 %), жінок — 18 (18,9 %). Ознаками БОС вважалось значення показника $ОФВ_1 < 80\%$ від норми. Всіх обстежених шляхом простої рандомізації було розділено на 2 групи: у основну групу увійшли 16 пацієнтів (40 %), яким на фоні хіміотерапії в якості патогенетичного лікування призначався комбінований бронхолітик на основі іпратропію броміду та фенотеролу у дозі 30 мг тричі на добу протягом місяця; у контрольну групу — 24 пацієнти (60 %), які отримували лише стандартну хіміотерапію згідно наказу № 385 МОЗ України від 9.06.06 р.

Результати. Встановлено, що у хворих на ВДТБ БОС виникає в основному за рахунок поєднання впливу специфічних іритантів: інтоксикація, деформація дренажних бронхів з порушенням системи "місцевого" захисту і неспецифічних факторів. В основному вражаються дрібні бронхи — 64,51 %. Поширеність БОС серед хворих на ВДТБ становить 71,11 % ($p < 0,05$),

зокрема у хворих на дисемінований туберкульоз (ДТ) — 85,9 %, інфільтративний (ІТ) — 54,2 %, фіброзно-кавернозний (ФКТ) — 73,3 %. У таких пацієнтів спостерігається більш виражена респіраторна симптоматика, частіше (в 3,5 рази) зустрічається деструкція легеневої тканини, що супроводжується в 1,6 рази частішими побічними реакціями на антимікобактеріальні препарати (АМБП). За даними фібробронхоскопії у хворих на ВДТБ з БОС питома вага неспецифічного ендобронхіту становила серед хворих на ФКТ — 93,4 %, на ДТ — 82,7 % та ІТ — 56,2 %. Доведено, що інгаляційне застосування іпратропію броміду та фенотеролу в поєднанні зі стандартними режимами АМБП, дозволяє значно поліпшити бронхіальну прохідність (приріст $ОФВ_1$ на 12,69 %). Використання даної терапії дозволяє: прискорити позитивну динаміку респіраторних симптомів у хворих на ІТ в 7,45 рази, ДТ — в 5 разів та ФКТ — в понад 3 рази, рентгенологічну стабілізацію процесу на $(1,1 \pm 0,03)$ місяця порівняно з групою контролю, а також досягти більш швидкого зменшення інтенсивності бактеріовиділення на 15,4 % та покращити якість життя пацієнтів на 22,5 %, згідно респіраторного опитувальника Госпітала Св. Георгія.

Висновки. 1. Для пацієнтів з ВДТБ, характерним є порушення бронхіальної прохідності, що прямо пропорційно залежить від тривалості та розповсюдженості туберкульозного процесу.

2. У хворих з даною патологією частіше зустрічається деструкція легеневої тканини та побічні реакції на АМБП.

3. Застосування комбінованого бронхолітика іпратропію броміду та фенотеролу в поєднанні з АМБП дозволяє: значно поліпшити бронхіальну прохідність, прискорити позитивну динаміку респіраторних симптомів, досягти швидшого зменшення інтенсивності бактеріовиділення, прискорити рентгенологічну стабілізацію процесу та покращити якість життя пацієнтів.

Дужий І. Д., Солодовник О.В.

ДО МОЖЛИВОСТІ ЕКСТРАПЛЕВРАЛЬНОЇ ТОРАКОПЛАСТИКИ ПРИ ЛІКУВАННІ СУЧАСНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Сумський державний університет

За останні п'ятнадцять років захворюваність на сухоти населення України зросло у 2,6 рази, а смертність збільшилась у 2,7 рази. За цей же період у нашій Державі зареєстрована епідемія туберкульозу. Її особливостями є патоморфоз туберкульозної інфекції. До основних чинників останнього відноситься постійне зростання частоти резистентності мікобактерій туберкульозу до антибактеріальних препаратів. Якщо в кінці минулого століття стійкість мікобактерій у вперше виявлених хворих складала 5,0–8,0 %, то за даними останніх публікацій резистентність у вперше виявлених хворих сягає 18,9–33,0 %, що значно зменшує терапевтичні можливості консервативних методів. Звичайно лікування пацієнтів на першому етапі розпочинається стандартними препаратами, а результати на чутливість мікобактерій отримуються лише через 40–45 днів, що суттєво впливає на результати лікування і на подальший розвиток стійкості мікобактерій. Окрім того, впродовж лікування у значної частини хворих розвивається вторинна резистентність. Так, після п'яти-шестимісячної терапії вона констатується у 63,7–

72,5 % хворих. Останнє спричиняє гальмування розсмоктування інфільтративних змін, закриття деструктивних порожнин і призупинення абацилювання.

Наступною особливістю сучасного туберкульозу є виявлення поширених форм процесу, коли патологічні зміни виявляються у декількох сегментах однієї легені і супроводжуються вогнищами бронхогематогенних відсівів у протилежній легені. У значній частині випадків такі процеси виявляються на стадії хронізації процесу на тлі фіброзних змін та деформуючого бронхіту. За більшістю авторів подібні зміни преважують у 30,0–42,0 % хворих, що робить антибактеріальну терапію недостатньо ефективною.

Попри перераховане під впливом екологічних та економічних негараздів за даними імунологів туберкульозний процес у 60,0–75,0 % випадків перебігає на тлі пригніченої резистентності організму, що не сприяє регресії патологічних змін у легенях. Більше того, легеневий процес з огляду на перераховане супроводжується поєднанням із захворюваннями різних орга-

нів і систем, що вимагає обмежень у призначенні повноцінних курсів антибактеріальної терапії.

Разом з цим необхідно підкреслити, що епідемічний процес будь-якого генезу, у тому числі і туберкульозного, складається із трьох провідних чинників: наявності резервуара збудника туберкульозу, яким є хворий на деструктивний процес, шляхів передачі інфекції, що за сьогоденним законодавством в Україні не має обмежень, і наявності чутливого до інфекції організму. Усі ці чинники з огляду на перераховане вище існують у нашій державі і характеризують особливості епідемічної ситуації з туберкульозу, яка не сприяє стабілізації процесу і зміні положення у сприятливому напрямку.

До кінця 80 рр. минулого століття покращити епідемічну ситуацію з туберкульозу вдавалось за рахунок хірургічних методів лікування, золотим стандартом при яких вважалась резекція легень. Змінена ситуація з урахуванням патоморфозу туберкульозу за зрозумілими причинами обмежує застосування радикальних втручань і вимагає пошуків нових методик, які б змогли розширити показання до оперативних втручань та досягти бажаних результатів на тлі зменшення кількості післяопераційних ускладнень.

Сумісно з інститутом фізіатрії та пульмонології АМН України впродовж останніх років ми удосконалювали колап-

сохірургічні втручання. Існуючі методи у більшості випадків супроводжуються деформацією грудної клітки і ведуть до вторинних порушень з боку органів грудної клітки. Уникнути останнього можливо за допомогою запропонованих нами модифікацій. При деструктивних змінах в С-1 — С-2 справа та С-1 — С-1с зліва пропонується п'ятиреброва торакопластика, при якій третє ребро мобілізується паравертебрально та в середній аксиллярній зоні, а над ним зводяться вільні кінці резектованих другого і четвертого ребер, що сприяє значно більшому зануренню третього ребра у грудну порожнину і значно більшому його тиску на зону деструкції чи ділянку інфільтрації.

При деструктивних змінах у тих же сегментах та наявності порожнини в С-6 виконується семиреброва торакопластика з резекцією кута лопатки до 4—5 см. При цьому як і у попередньому випадку мобілізується сегмент третього та таким же чином шостого ребер з наступним зведенням над ними пари вільних кінців другого — четвертого і п'ятого — сьомого ребер. В обох випадках доопераційний і після операційний періоди супроводжуються пневмоперітонеумом.

Наведені модифікації дозволяють збільшити компресію м'язово-ребрового каркаса грудної стінки на патологічно зміненому легеню при меншому косметичному дефекті.

Д

Дужий І. Д., Гресько І. Я., Еластал Р. З., Чумак С. О. ДО КЛАСИФІКАЦІЇ ХРОНІЧНОГО ПЛЕВРИТА

Сумський державний університет

Незважаючи на зусилля держави та органів охорони здоров'я, тенденції до стабілізації захворюваності на туберкульоз в Україні поки що не спостерігається. Враховуючи те, що серед уперше виявлених хворих на туберкульоз зустрічається значний відсоток деструктивних та бацилярних форм туберкульозу легень зрозуміла напруга епідемічної ситуації. Серед вперше діагностованих форм туберкульозу дихальної системи враження плеври складає 6—12 %. У більшості випадків діагностика туберкульозного плевриту затягується від декількох тижнів до 12—15 місяців і більше. З огляду на це, серед вперше виявлених хворих процес на стадії хронічного плевриту діагностується у 12—15 %. У процесі лікування ще у 10—12 % процес набуває хронічного перебігу.

Внаслідок розростання сполучної тканини при хронічному плевриті легень перетворюється у циротичне тіло, розташоване у такому ж фіброзно переродженому плевральному мішку, а трансформовані бронхи — у хрящеві мембранозні трубки, що збільшує мертвий дихальний простір. Поступово формується гіпертонія малого кола кровообігу і легеневе серце. Приймаючи до уваги викладене та патогенез хронізації плевриту, можна передбачити шляхи попередження розвитку фінальної стадії патологічного процесу. Таким шляхом є своєчасне оперативне лікування — видалення запаленої плеври, що і попереджає подальшу фіброзну трансформацію грудної порожнини.

У перший період хронізації процесу іще можлива його консервативна терапія, але де її межі? Вважаємо, що орієнтиром для цього може бути сучасна класифікація хронічного плевриту, оскільки існуючі класифікації цю потребу не задовольняють з різних причин. Ми пропонуємо клініко-рентгенологічну класифікацію цього процесу і наводимо вузлові її положення.

При I-a стадії хронічного плевриту суб'активні відчуття (слабкість, неприємні відчуття у грудній порожнині та задишка) — мінімально виражені, а плевральна пункція дає змогу аспірувати увесь випіт. Хворий при цьому відчуває суттєве полегшення без неприємних відчуттів у грудній порожнині. У 70 % хворих патологічний процес вдається ліквідувати консервативними засобами. При відчутті хворим внаслідок аспірації випоту стиснення чи болю у грудній порожнині та зміні характеру випоту на геморрагічний чи типу "м'ясних помиїв" — констатується I-б стадія процесу. При ній показана плевректомія.

При II стадії процесу спостерігається зміщення межистиння у напрямку патологічно зміненого гемітораксу, підняття склепіння діафрагми і западіння грудної стінки. Показане оперативне втручання — плевректомія.

При III-a стадії продовжується подальше зменшення в об'ємі гемітораксу за рахунок подальшого зміщення зазначених органів та западіння грудної стінки і опущення плечового поясу. Шляхом ультразвукового дослідження визначається залишкова плевральна порожнина різного розміру. При достатніх функціональних резервах хворого показана плевректомія. При недостатніх функціональних резервах — селективна торакопластика із втручанням на залишкову плевральну порожнину.

При III-б стадії залишкова порожнина не визначається. Достатня функціональна збереженість хворого дозволяє виконати плевропневмонектомію. При недостатності функції зовнішнього дихання та серцево-судинної діяльності можлива лише консервативна терапія.

На відміну від існуючих класифікацій запропонована клініко-рентгенологічна модифікація дозволяє своєчасно виконати оперативне втручання, попередивши розвиток ускладнень та інвалідизацію хворого.

Єфімов В. В., Воєйкова Л. С., Талалай І. В.
ВПЛИВ ПРЕПАРАТУ ω -3-ПОЛІЕНАСИЧЕНИХ ЖИРНИХ КИСЛОТ НА ПОКАЗНИКИ
ФУНКЦІЇ ЕНДОТЕЛІУ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ

ДУ "Інститут терапії ім. Л. Т. Малої АМН України", м. Харків

З метою вивчення впливу препарату ω -3-ПНЖК Епадолу на показники функції ендотелію та активність ферментів деструкції ендотелію у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) було обстежено 30 пацієнтів в віці від 43 до 70 років (середній вік $59,4 \pm 9,1$ років) з ХОЗЛ II стадії у фазі загострення.

Всі хворі були розподілені на дві групи по 15 чоловік. Базисне лікування в обох групах було ідентичним та включало антибіотики, бронхорозширюючі препарати, мукорегулятори. Хворим другої групи додатково до базисного лікування призначали Епадол в дозі 1,0 г 4 рази на добу на протязі 3-х місяців.

Контрольну групу склали 16 практично здорових осіб з нормальним артеріальним тиском, які не мали судинних захворювань в анамнезі та не страждали алергичними захворюваннями.

При дослідженні протеїназ та їх інгібіторів в сироватці крові у хворих на ХОЗЛ визначено зниження концентрації катепсину G та активності ендотеліальної еластази, збільшення активності нетрипсіноподібних протеїназ (НТПП) та підвищення активності α -1інгібіторів протеїназ (ІП) у хворих обох груп, різниця між групами була невірогідною.

Зміни активності НТПП не корелюють із змінами концентрації катепсину G, тому передбачення, що у хворих на ХОЗЛ катепсин G відіграє роль, в основному, в деструктивних, але не в вазоконстрикторних процесах, представляється нам вельми вірогідним.

У всіх хворих на ХОЗЛ після лікування активність ендотеліальної еластази підвищувалась, добігаючи контрольних значень тільки у хворих, що отримували Епадол.

Концентрація катепсину G в крові також збільшувалась у хворих обох груп, але не добігаючи контрольних значень у жодної з них. Більш значне підвищення концентрації катепсину спостерігалось у хворих, що отримували Епадол.

Дані зміни можуть бути обумовлені зменшенням активності запалення та і деструктивних процесів в бронхолегеневої системі та, як слідство — виділенням з цих реакцій катепсину G та еластази та збільшенням їх концентрації та активності в крові. Підвищення активності ендотеліальної еластази також може бути пов'язано із зменшенням негативного впливу на ендотеліоцити нейтрофільних та бактеріальних цитокінів та нормалізацією експресії клітинами ендотелію різноманітних факторів, в тому числі й еластази.

Таким чином, аналізуючи отримані дані, ми дійшли до висновку, що ХОЗЛ характеризується значним зниженням активності ендотеліальної еластази та незначним підвищенням еластазоінгібіторної активності α -1 ІП. Додаткове призначення до базисного лікування Епадолу сприяє нормалізації активності ендотеліальної еластази та концентрації катепсину G, а також зниженню активності НТПП.

Єфімов В. В., Блажко В. І., Воєйкова Л. С.
ВПЛИВ ФЕНСПІРИДУ НА ПОКАЗНИКИ ФУНКЦІЇ ЕНДОТЕЛІУ ТА
ВНУТРІШНЬОСЕРЦЕВУ ГЕМОДИНАМІКУ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ

ДУ "Інститут терапії ім. Л. Т. Малої АМН України", м. Харків

Метою дослідження було вивчення впливу протизапального препарату фенспірид на показники функції ендотелію та внутрішньосерцеву гемодинаміку у хворих на ХОЗЛ II–III ступенів важкості. В дослідження було включено 20 хворих на ХОЗЛ, які знаходились на загальноприйнятій бронхолітичній терапії (I група). II групу склали 20 хворих на ХОЗЛ II–III ст., які крім загальноприйнятої бронхолітичної терапії отримували фенспірид в дозі 80 мг 2 рази на день.

До початку лікування у хворих як першої, так і другої групи визначалась дисфункція ендотелію, яка виражалася вірогідним зменшенням активності еластаз різного походження на фоні збільшення концентрації катепсину G і еластазоінгібіторної активності α -1-ІП. В групі порівняння через 6 місяців активність еластаз різного походження залишається без суттєвих змін в порівнянні з початком спостереження. Через 12 місяців відмічено незначне збільшення активності еластази та ендотеліальної еластази з $(0,286 \pm 0,062)$ од/мл до лікування та $(0,326 \pm 0,065)$ од/мл після лікування та з $(0,408 \pm 0,16)$ до $(0,421 \pm 0,13)$ ендотеліальної еластази. Відмінності статистично недостовірні ($p > 0,05$). Вміст катепсину G збільшився з $(67,32 \pm 9,17)$ мг/мл на початку спостереження до $(94,43 \pm 8,46)$ мг/мл після 6 місяців лікування і $(134,7 \pm 18,6)$ мг/мл після 12 місяців спосте-

реження. Відмічено також збільшення еластазоінгібіторної активності α -1-ІП з $(243,7 \pm 4,2)$ од/мл на початку спостереження до $(247,9 \pm 1,3)$ од/мл ($p < 0,05$). Таким чином, у пацієнтів з ХОЗЛ II–III ст., що знаходяться на традиційній бронхолітичній терапії спостерігається прогресування деструктивних змін в ендотелії малого кола, який виражається в збільшенні еластазоінгібіторної активності α -1-ІП і збільшенні концентрації катепсину G. В групі пацієнтів, які отримували фенспірид через 6 та 12 місяців спостереження активність еластаз різного походження достовірно не змінилася, концентрація катепсину G зменшилася з $(58,64 \pm 8,16)$ мг/мл до початку лікування до $(32,66 \pm 7,44)$ мг/мл після 12 місяців лікування фенспіридом ($p < 0,05$).

В динаміці доплерокардіографії ПШ у хворих групи порівняння спостерігається незначне зменшення швидкості раннього діастолічного наповнення (E, см/с), а також збільшення передсердного наповнення в результаті відношення E/A зменшилося з $1,24 \pm 0,08$ до $1,05 \pm 0,005$ ($p < 0,05$). Час уповільнення кровотоку в ранню діастолу (DT,мс) в контрольній групі мало тенденцію до збільшення, але статистично недостовірно. У хворих групи фенспіриду показники, які характеризують діастолічну функцію правого шлуночку достовірно не змінювались.

Ефимов В. В., Блажко В. И.
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КЛАРИТРОМИЦИНА
ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

ДУ "Институт терапії ім. Л. Т. Малої АМН України", м. Харків

В настоящее время пневмония остается важной медико-социальной проблемой. Это обусловлено, в первую очередь, её значительной распространенностью, довольно высокими показателями инвалидизации и смертности, а также значительными экономическими затратами в результате этого заболевания.

Диагноз внебольничной пневмонии — безусловное показание для применения антибиотиков, которые являются основой лечения у таких больных. Поскольку в настоящее время в реальных условиях лечебной практики не существует эффективных методов этиологической экспресс-диагностики внебольничной пневмонии, начальная этиотропная терапия практически всегда является эмпирической.

Нами проведено исследование, целью которого было изучение клинической эффективности кларитромицина у 30 пациентов в возрасте 18—60 лет с документированным диагнозом внебольничной пневмонии нетяжелого течения (легкое или среднетяжелое), не требующей госпитализации (сумма баллов по шкале PORT не превышала 70).

При наличии мокроты проводили её микроскопическое исследование в окрашенном препарате (окраска по Граму). В качестве клинически значимых подразумевали типичных возбудителей внебольничной пневмонии (*Streptococcus pneumoniae*,

Haemophilus influenzae, *Staphylococcus aureus*, *Enterobacteriaceae*), выделенных из мокроты в диагностически значимых титрах — 10 КОЕ/мл и выше. За положительный бактериологический эффект принимали случаи эрадикации, предполагаемой эрадикации, эрадикации с колонизацией.

Клиническую оценку эффективности лечения проводили на основании динамики основных симптомов заболевания: наличие и выраженность интоксикации, максимальная суточная температура тела, озноб, одышка, кашель, наличие, количество и характер мокроты, лейкоцитоз и количество палочкоядерных нейтрофилов, динамика рентгенологической картины в легких.

Кларитромицин назначали по 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7—10 дней. Длительность лечения зависела от клинической и рентгенологической динамики заболевания.

Проведенное исследование по изучению эффективности и переносимости препарата кларитромицин при лечении внебольничной пневмонии, не требующей госпитализации, показало, что в 92 % случаев наступило клиническое выздоровление. Препарат является хорошо переносимым, возникающие побочные явления (4 %) носили кратковременный характер, не являлись причиной для его отмены и не влияли на эффективность проводимого лечения.

Е

Ефимов В. В., Блажко В. И., Воейкова Л. С.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ И СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ
ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ХОЗЛ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ
И ХРОНИЧЕСКОЙ ПОСТЭМБОЛИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ГУ "Институт терапії ім. Л. Т. Малої АМН України", г. Харків

В последние годы наше представление о хроническом легочном сердце (ХЛС), как о гипертрофии и (или) дилатации правого желудочка (ПЖ) у больных ХОЗЛ существенно изменилось, что, по нашему мнению, требует пересмотра как самой терминологии, так и смысла, который мы вкладываем в этот термин.

В данной работе был проведен сравнительный анализ особенностей клинического течения заболевания и основных эхокардиографических параметров, отражающих систолическую и диастолическую функцию правых отделов сердца, у больных ХОЗЛ различной степени тяжести и хронической постэмболической легочной гипертензией (ХПЭЛГ). Обследовано 32 больных с посттромбоэмболической легочной гипертензией и 30 больных ХОЗЛ различной степени тяжести. Диастолическую функцию правого желудочка исследовали методом доплероэхокардиографии в импульсном режиме по показателям трикуспидального кровотока (Emax, Amax, E/A, DcT, IVRT), среднее давление в легочной артерии (ЛАср) рассчитывали по соотношению AcT/ET кровотока в ЛА.

Было показано, что значения скоростных параметров диастолического кровенаполнения ПЖ коррелировали со степенью выраженности бронхиальной обструкции ($r = 0,59$ $p < 0,05$) и достоверно отличались от нормы только у больных ХОЗЛ 4 стадии (ОФВ₁ < 30%). Так, средние значения основных показателей ДФПЖ в данной группе составили — E/Acр $0,890 \pm 0,06$, DcT ср 223 ± 25 мс, IVRT ср $95 \pm 11,5$ мс, что соответствует умеренно выраженной диастолической дисфункции правого желудочка (ДДФПЖ). У этих больных отмечено также умеренное повышение среднего давления в ЛА до $34,7 \pm 3,7$ мм рт ст., уве-

личение толщины свободной стенки ПЖ, КСО ПЖ и КДО ПЖ. У больных ХОЗЛ 3 ст. также отмечено незначительное удлинение временных диастолических интервалов, однако статистически недостоверное. Фракция выброса ПЖ у большинства больных ХОЗЛ находилась в пределах нормальных значений, снижаясь у больных только с резко выраженными нарушениями вентиляции легких.

В группе больных ХПЭЛГ обнаружены выраженные нарушения показателей, которые характеризуют ДФПЖ. У 18 больных из 32 обследованных (56,3 %) выявлен рестриктивный тип ТТК — E/Acр — $2,61 \pm 0,07$, DcTмс — 240 ± 34 мс, IVRTср — $90 \pm 9,5$ мс. Отмечена сильная корреляция между параметрами ДФПЖ и величиной ЛАср ($r = 0,68$, $p < 0,01$). Анализ морфофункциональных изменений со стороны ПЖ по показателям его систолической функции и толщины миокарда свободной стенки показал более выраженное ремоделированное у больных ХПЭЛГ. Средние значения КДО, КСО, толщины миокарда достоверно превышали аналогичные показатели в группе больных ХОЗЛ. Более ранним проявлением дисфункции правых отделов сердца при ХОЗЛ является дилатация и степень коллабирования нижней полой вены на вдохе (Δ % НПВ), что связано с повышением внутригрудного давления и нарушением присасывающей способности грудной клетки.

Таким образом, у больных постэмболической легочной гипертензией изменения в правых отделах сердца более полно соответствуют термину хроническое легочное сердце. У больных ХОЗЛ большее значение имеют экстракардиальные механизмы развития сердечной недостаточности.

Жадан В. Н., Коржов М. В.

АКТИВНОСТЬ ФЕРМЕНТОВ ОБМЕНА ГЛУТАТИОНА ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

ГУ "Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского АМН Украины"

Основная роль в контроле процесса накопления продуктов перекисного окисления липидов, а также защита организма от токсического действия химических веществ различной природы принадлежит глутатион-зависимой системе детоксикации. Данная ферментная система выявлена практически во всех органах и тканях. Принципиально важным является ее присутствие в эритроцитах. Система глутатиона служит буфером, который защищает эритроциты от деструктивного действия окислителей, влияет на кривую диссоциации оксигемоглобина. Надежным критерием состояния системы детоксикации может служить активность глутатион-зависимых ферментов и уровень глутатиона. При сниженной активности ферментной системы глутатиона усиливается образование реактивных форм кислорода.

Учитывая важное биологическое значение системы глутатиона, целью настоящей работы явилось изучение особенности динамики активности ферментов обмена глутатиона в эритроцитах — глутатион-трансферазы (ГТ); глутатион-редуктазы (ГР); глутатион-пероксидазы (ГП) в условиях экспериментальной инфекционной пневмонии и наличия сопутствующего заболевания, в частности, экспериментального гепатита или панкреатита.

Опыты проведены на беспородных белых крысах. Животные были разделены на 6 групп: 1-ю (контрольную) составили интактные животные; 2-ю (экспериментальную) — животные с инфекционной пневмонией; 3-ю группу — животные с экспериментальным гепатитом; 4-ю — животные с экспериментальным панкреатитом; 5-ю — животные с инфекционной пневмонией, которая была отягощена сопутствующим гепатитом; 6-ю группу — животные с инфекционной пневмонией с сопутствующим панкреатитом.

Инфекционную пневмонию у крыс моделировали путем интратрахеального введения суточной культуры *Enterococcus faecalis*; гепатит — путем подкожного введения животным 50 % масляного раствора тетрахлорметана; панкреатит — путем внутрибрюшинного введения клеток поджелудочной железы.

Результаты исследования показали, что инфекционная

пневмония не приводит к достоверным изменениям активности ферментов обмена глутатиона.

Изменения активности глутатион-зависимых ферментов в эритроцитах, которые возникали при экспериментальных гепатите и панкреатите, имели однонаправленный характер и выражались в достоверном повышении активности ГР — фермента, который переводит окисленную форму глутатиона в восстановленную. Активность ГР повысилась на 35 % относительно контроля. Усиление глутатион-редуктазной активности играет положительную роль в поддержании клеточного пула восстановленного глутатиона на высоком уровне. При этом активности ферментов ГТ и ГП достоверно не отличались от значений у интактных животных.

Исследование показателей функционального состояния глутатион-зависимых ферментов при инфекционной пневмонии с сопутствующим гепатитом выявили нарушения, которые характеризовались достоверным повышением активности фермента ГП — одного из ключевых антиоксидантных ферментов — на 67 %, активность ГР имела тенденцию к повышению, тогда как активность ГТ относительно интактных животных не изменилась.

Инфекционная пневмония с сопутствующим панкреатитом имела более существенные изменения состояния глутатионовой системы детоксикации. Данная патология сопровождалась достоверным повышением активности всех трех глутатион-зависимых ферментов: ГТ — на 63 %, ГР — на 29 % и ГП — на 52 %.

Таким образом, анализируя полученные данные, нами было отмечено, что инфекционная пневмония у белых крыс не влияет на активность ферментов обмена глутатиона в эритроцитах. Однако, инфекционная пневмония с сопутствующим заболеванием — гепатитом или панкреатитом, приводит к нарушению гомеостаза в глутатион-зависимой ферментной системе крови. Повышение активности изучаемых ферментов может свидетельствовать о напряжении компенсаторных механизмов антиоксидантной системы защиты организма.

Работа выполнена за средства госбюджета.

Жехонек А., Кошак С. Ф., Петришин О. С.

МЕТАСТАЗИ В ЛЕГЕНЯХ : МОЖЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Вроцлавська медична академія

Львівський регіональний фтизіопульмонологічний центр

Мета: аналіз результатів хірургічного лікування метастазів у легені.

Матеріали і методи. Спостерігали 53 хворих, яким виконано метастазектомію за 2000—2006 роки. Показами до операції були: радикальне лікування первинної пухлини, відсутність метастазів у інших органах, загальний стан хворого 0—1 за Zubrod, можливість видалення всіх виявлених метастазів.

Основні захворювання:

- Рак нирок — 44%;
- Новоутвори статевих органів — 16%;
- Рак легень — 12%;
- Рак шлунково-кишкового тракту — 8%.
- Рак молочної залози — 8%;
- Пухлини кісток, хрящів — 8%;
- Інші — 4%.

1—3 зміни (метастази) у легенях виявлено у 48 (64 %) випадків, більше 4 змін — у 27 (36 %) хворих.

Результати досліджень. Після операції вижили всі пацієнти. Не виявлено важких післяопераційних ускладнень, їх кількість не була вищою ніж при інших торакохірургічних операціях (3,5—5 %). Якість життя оцінено на 4 (за 5 бальною шкалою SF-36 (Short Form-36)). Середній час виживання для всіх типів первинних пухлин склав 29,6 місяців.

Висновки. Резекція метастазів у легенях є результативним методом лікування і продовження життя при правильному підборі хворих. Віддалені результати хірургічного лікування (резекції) метастазів у легенях залежать від клініки первинної пухлини. Двобічний характер метастатичних змін не є причиною відмови від операції.

Жехонек А., Петришин О. С., Кошак С. Ф.
МОДИФІКАЦІЯ ОПЕРАЦІЇ ЗА МЕТОДОМ NUSS-A
У ЛІКУВАННІ ЛІЙКОПОДІБНОЇ ГРУДНОЇ КЛІТКИ

*Вроцлавська медична академія
Львівський регіональний фтизіопульмонологічний центр*

Мета. Представлення модифікації операції Nuss-a для профілактики ускладнень та покращання косметичного ефекту.

Матеріали і методи. У групі 93 хворих з лійкоподібною деформацією грудної клітки, що оперовані у 2000-2008 роках, виявлено наступні нетипові ситуації: 3 випадки технічних труднощів із проведенням провідника у правильному та безпечному місці; 2 деформації у найнижчій частині груднини, що вимагало закладання імпланта на рівні мечеподібного паростка; 2 випадки, у яких використано техніку заповнення заглибини і один випадок пізнього ускладнення — міжреберної невралгії. Додатковою проблемою є деколи виникаючі труднощі при видаленні імпланта, що викликані оточенням його кістковою тканиною.

Виконані наступні модифікації:

1. Вкорочення імпланта до розмірів між передніми пахвинними лініями;

2. У випадку виникнення труднощів проведення провідника на протилежний бік — застосовано додатковий розріз у ділянці лівої білягрудинної лінії;

3. У випадках, коли утримується заглиблення над мечеподібним паростком, окрім корекції його середньої частини, застосовано техніку його заповнення у нижній частині груднини подушкою з фібринової губки у кишені підшкірної клітковини.

Результати досліджень. Вкорочення розмірів імпланта зменшує тиск його на бічні ділянки ребер і тим самим збільшення післяопераційного болю, а також полегшує виконання операції з його видалення. Рекомендовано пришивання пластини з обох боків. З моменту використання цієї техніки не виявлено випадків виникнення міжреберної невралгії. Додатковий розріз у ділянці лівої білягрудинної лінії є безпечним методом запобігання пошкодження міжреберних м'язів та серця.

Висновки. 1. Вкорочення розмірів імпланта з обов'язковим двобічним пришиванням до ребер дає добрий ефект і полегшує операцію з його видалення.

2. У випадках виникнення труднощів під час операції, використання додаткового розрізу підвищує її безпеку.



Зозуляк В. І.
ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНА АКТИВНІСТЬ НОВОГО ПРЕПАРАТУ З ГРУПИ
ТІОСЕМІКАРБАЗОНІВ ПОЛІГІДРОАКРИДИНІВ

Івано-Франківський державний медичний університет

Сучасна фтизіатрія зустрілась з неподоланною проблемою в лікуванні туберкульозу — хіміорезистентністю мікобактерії. З кожним роком кількість первинної та вторинної хіміорезистентності збудника туберкульозу зростає. (Фещенко Ю. І., Мельник В. М., 2006). Це призводить до зниження ефективності лікування туберкульозу, а в окремих випадках до повної її відсутності.

Тому пошук нових ефективних препаратів, що проявляють антимікобактеріальні властивості мають особливу актуальність під час епідемії туберкульозу в Україні.

Метою роботи було провести дослідження антимікобактеріальної активності нових препаратів синтезованих на кафедрі хімії ІФДМУ із сполук тіосемікарбазонів полігідроакридинів. Відомо, що речовини, які містять залишки тіосемікарбазиду мають високу антибактеріальну активність. Крім того, похідні акридину також відомі своєю протимікробною активністю і містять дві кетонні групи, з якими може взаємодіяти тіосемікарбозид. Тому було цікаво вивчити властивості речовин, які одночасно містять обидва активних фрагменти в одній молекулі, тим більше, що це нові невідомі раніше речовини.

В роботі проведено порівняння антимікобактеріальної дії тіосемікарбазону дегідроакридину та порівняно одержані дані з дією інших протитуберкульозних препаратів. Також встановлено можливість подальшого застосування досліджуваної речовини.

Оцінка результатів інтенсивності росту колоній в пробірках, контролю та бактеріальної популяції здійснювалась на се-

редовищах Левенштейна-Єнсена за загальноприйнятою методикою.

Визначення стійкості мікобактерії туберкульозу до досліджуваної речовини проводили шляхом додавання цієї речовини у живильне середовище у вигляді спиртового розчину з концентраціями 10^{-2} , 10^{-3} , 10^{-4} моль/л.

В баклабораторії зроблено 39 проб. Паралельно проводились дослідження із відомими протитуберкульозними препаратами стрептоміцином, ріфампіцином, етамбутолом, ізоніазидом.

Враховували виявлені пропорції між чутливими та стійкими особинами в популяції мікобактерій виділених від хворого на туберкульоз.

Результати дослідження показали, що речовина тіосемікарбазон дегідроакридин у 100 % пригнічує ріст усіх патогенних мікобактерій у всіх дослідних пробах.

Також, слід відмітити, що досліджувана речовина тіосемікарбазон дегідроакридин має високу антибактеріальну активність і до тих штамів мікобактерій, які були стійкими до стрептоміцину, ріфампіцину, етамбутолу, ізоніазиду.

Таким чином, речовина тіосемікарбазон дегідроакридин має виражену антимікобактеріальну дію. Встановлено також високу антимікобактеріальну активність цієї речовини на хіміорезистентні штами збудника туберкульозу, що дозволяє прогнозувати його подальше застосування для лікування хворих на хіміорезистентні форми туберкульозу.

Зозуляк В. І., Пилипенко І. І.
ПОЗААУДИТОРНА САМОСТІЙНА РОБОТА СТУДЕНТІВ ТА ЇЇ РОЛЬ І МІСЦЕ
В КРЕДИТНО-МОДУЛЬНІЙ СИСТЕМІ НАВЧАННЯ НА КАФЕДРІ ФТИЗІАТРІЇ В ПРОГРАМІ
УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ ОСВІТИ ЗА БОЛОНСЬКИМ ПРОЦЕСОМ

Івано-Франківський державний медичний університет

В умовах епідемії туберкульозу та реальної загрози її наслідків для України постають і нові вимоги до підготовки спеціалістів на кафедрах фтизіатрії медуніверситетів.

Наближення випускників медвузів до реальної роботи під час епідемії туберкульозу здійснюється шляхом забезпечення нової якості вищої освіти і викладання дисципліни в кредитно-модульній системі Болонського процесу. В Україні перехід викладання у ВУЗах на нову кредитно-модульну систему підготовки лікарів вимагає необхідності удосконалення форм і методик навчання та засобів контролю згідно рівня якості освітньо-професійних стандартів спеціаліста. Цей процес повинен здійснюватись за рахунок засвоєння практичних навичок і теоретичної підготовки згідно нових освітньо-професійних програм (ОПП).

Метою підготовки спеціаліста на основі кредитно-модульної системи є не тільки формування певного об'єму знань, практичних навичок і умінь, але і розвиток здатності до творчої наукової роботи майбутнього фахівця, що є особливо цінним для адекватної орієнтації у складних випадках. Зростання темпів накопичення знань і досягнень фтизіатрії відповідно призводить до збільшення об'єму і складності навчальних програм при умові сталого терміну (36годин) викладання фтизіатрії на 4 курсі медвузів. Фактичний тижневий бюджет часу студента, необхідний для успішної навчально-пізнавальної діяльності, становить 54—60 годин, а на практичні заняття можна відвести тільки 36 навчальних годин. Тому 40 годин необхідно для самостійної позааудиторної роботи. Вона організовується викладачем при вивченні дисципліни у процесі курації хворих, запов-

ненні медичної документації, розшифровці рентгенограм, інтерпретації лабораторних даних пацієнта. Надзвичайно важливою ланкою в самостійній роботі студентів є курація хворих і написання студентської історії хвороби та її захист із встановленням двох оцінок :за написання історії і за її захист.

Аудиторна і позааудиторна робота студентів повинна складати єдину систему засвоєння навичок і знань з дисципліни і оцінюватися викладачами за єдиним критеріями. Можливою формою підсумкового контролю самостійної роботи студентів може бути проміжна атестація практичної підготовки, де враховуються результати опанування необхідних вмінь і практичних навичок.

Самостійна робота дає можливість значно розширити професійні знання, довести до автоматизму практичні навички, і найголовніше постійно удосконалювати уміння вчитися. При цьому важливе місце відводиться тренінговим технологіям. Широке використання ситуаційних задач і тестів в процесі самопідготовки дозволить досягнути достатнього рівня використання набутих знань, умінь і навичок для вирішення майбутніми фахівцями поставлених перед ними завдань.

Для виконання поставлених завдань на кафедрі підготовлено і видано навчальний посібник з самостійної підготовки студентів, де подані конкретні рекомендації до засвоєння і виконання програмного матеріалу з дисципліни з тестовим контролем знань і практичних навичок.

Таким чином, при переході вивчення дисципліни за кредитно-модульною системою навчання на кафедрах фтизіатрії медичних університетів поряд з аудиторною важливе місце займає позааудиторна самостійна робота студентів.

Зубань А. Б.

МІКРОЕЛЕМЕНТНИЙ ДИСБАЛАНС ЯК ФАКТОР ПРОГРЕСУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНОГО ПРОЦЕСУ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ОБСТРУКТИВНОМУ ЗАХВОРЮВАННІ ЛЕГЕНЬ

Івано-Франківський державний медичний університет

Незважаючи на велику кількість наукових досліджень, що торкаються проблеми хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), сучасне розуміння етапів формування і прогресування цієї патології залишається недостатньо вивченим (Фещенко Ю. І., 2003; 2005). Існує вкрай мало глибоких досліджень щодо вмісту мікроелементів і їх ролі в патогенезі бронхіальної обструкції. Проте, дисбаланс у системі мікроелементного гомеостазу видозмінює перебіг біохімічних реакцій в організмі людини, що призводить до порушень процесів обміну речовин, стабілізації клітинних мембран, тканинного дихання, імунних реакцій, окисно-відновного потенціалу тканин, трофіки і мікроциркуляції, а отже впливає на клініку, перебіг і наслідок захворювання (Калетина Н. І., 2004).

Метою даного дослідження є вивчення динаміки обміну есенціальних мікроелементів Fe, Cu, Zn у сироватці крові хворих на ХОЗЛ I–IV стадій.

Вміст мікроелементів вивчали у 150 пацієнтів із ХОЗЛ. I-а група складалася з 40 хворих із ХОЗЛ I стадії; II-а група — 40 пацієнтів із ХОЗЛ II стадії; III-я група — 40 хворих із ХОЗЛ III стадії; IV-а група — 30 хворих із ХОЗЛ IV стадії. Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб (ПЗО). Визначення вмісту Fe, Cu, Zn проводили атомно-абсорбційним методом на атомно-абсорбційному спектрометрі "С-115 ПК".

Результати. Дослідження мікроелементного обміну в залежності від стадії ХОЗЛ засвідчило, що у всіх обстежених, незалежно від клінічного стану, відзначалася депресія у сироватці

крові Fe, Zn на фоні зростання Cu. Зокрема, у хворих на ХОЗЛ виявлено дефіцит вмісту в сироватці крові Fe, яке у хворих I, II, III та IV стадій прогресивно зменшувалося відповідно в 1,21 ($p > 0,05$), 1,35 ($p < 0,05$), 1,39 ($p < 0,05$) та 1,92 ($p < 0,001$) рази порівняно до аналогічного показника у групи ПЗО. Паралельно із зменшенням вмісту Fe нами ідентифіковано вірогідне зростання Cu у сироватці крові у хворих на ХОЗЛ II, III та IV стадій, що перевищувало відповідний показник у групи ПЗО в 2,04 ($p < 0,001$), 2,39 ($p < 0,001$) та 2,10 ($p < 0,001$) рази. Як бачимо, максимальне збільшення вмісту Cu у сироватці крові характерне для III стадії досліджуваної нами патології, а I стадія характеризується навпаки навіть деяким зменшенням ($p > 0,05$) рівня Cu в 1,07 рази порівняно із групою контролю. Особливого значення виявлені нами зміни набувають за умови детекції вірогідного дефіциту Zn, яке ми зафіксували у пацієнтів усіх стадій ХОЗЛ, даний показник був меншим від аналогічного у ПЗО відповідно до наростання стадії патології в 1,54 ($p < 0,05$), 1,59 ($p < 0,01$), 1,69 ($p < 0,01$) та 1,91 ($p < 0,001$) рази.

Висновки. Порушення обміну есенціальних мікроелементів (зменшення у сироватці крові Fe, Zn на фоні зростання Cu) супроводжує наростання тяжкості ХОЗЛ, збільшується в процесі прогресування недуги і може розглядатись як один із системних проявів патологічного процесу, що вимагає відповідної медикаментозної корекції.

3

Зубань А. Б.

МОНІТОРИНГ АКТИВНОСТІ МЕТАЛОФЕРМЕНТІВ СИРОВАТКИ КРОВІ ПРИ НАРОСТАННІ ТЯЖКОСТІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Івано-Франківський державний медичний університет

Невпинне прогресування перебігу хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) обумовлює подальші дослідження окремих патогенетичних механізмів, що супроводжують наростання активності запального процесу при ХОЗЛ. Посилення деструктивних явищ вільнорадикального окислення на тлі наростання ознак гіпоксемії та перебудови легеневої гемоциркуляції, зумовленої пневмосклеротичними процесами, призводить до зміни перебігу цілої низки біохімічних процесів і, як наслідок, до поглиблення оксидантного стресу та порушення локального захисного бар'єру (Фещенко Ю. І., 2001; 2005; Дзюблик О. Я., 2000).

Метою даного дослідження є вивчення динаміки активності вугільної ангідрокси, каталази та церулоплазміну сироватки крові при ХОЗЛ I–IV стадій.

Об'єкт та методи досліджень. Динаміку активності металоферментів вивчали у 150 пацієнтів із ХОЗЛ. I-а група складалася з 40 хворих із ХОЗЛ I стадії; II-а група — 40 пацієнтів із ХОЗЛ II стадії; III-я група — 40 хворих із ХОЗЛ III стадії; IV-а група — 30 хворих із ХОЗЛ IV стадії. Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб (ПЗО). Рівень активності вугільної ангідрокси крові визначали за методикою В.П. Вендта (1968), кількісне визначення каталази проводили за методом А.Н. Баха, С. Зубкової (1968), дослідження активності церулоплазміну сироватки крові проводили за допомогою методики Г.О. Бабенко (1968).

Результати. Отримані дані свідчать про зменшення у сироватці крові активності вугільної ангідрокси на фоні зростання активності каталази та церулоплазміну, причому вказані зміни прогресували паралельно до збільшення тяжкості досліджуваної нами патології. Дослідженням встановлено дефіцит активності вугільної ангідрокси крові, яка у хворих I, II, III та IV стадій прогресивно зменшувалася відповідно в 1,25 ($p < 0,01$), 1,37 ($p < 0,01$), 1,39 ($p < 0,01$) та 1,40 ($p < 0,01$) рази порівняно до аналогічного показника у групи ПЗО. Схожа динаміка зафіксована нами й зі сторони активності церулоплазміну та каталази сироватки крові, які зростали паралельно до збільшення стадії ХОЗЛ, набуваючи максимальних значень при IV стадії патології та вірогідно збільшившись порівняно із даними групи контролю на 43,6% ($p < 0,001$) і 30,5% ($p < 0,001$) — відповідно.

Висновки. Аналіз отриманих нами даних свідчить про порушення обміну металоферментів у сироватці крові при ХОЗЛ, які достовірно залежали від стадії патології. Це вказує на вираженість процесів оксидантного стресу та максимальну участь вказаних металоферментів в елімінації продуктів "респіраторного вибуху" при термінальних стадіях недуги. Підвищення активності каталази та церулоплазміну, які чітко корелюють із наростанням стадії ХОЗЛ, розцінене нами як компенсаторна ознака системи природного антиоксидантного захисту на тлі посилення деструктивних явищ вільнорадикального окислення, ознак гіпоксемії, наростання запального процесу та бронхіальної обструкції.

Іванкова О. В.

ВПЛИВ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОСТІ МБТ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Київська національна академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика

В умовах епідемії туберкульозу в Україні спостерігається зниження ефективності лікування хворих на туберкульоз та поширення хіміорезистентних форм захворювання.

Мета: проаналізувати частоту резистентності хворих на хронічний туберкульоз легень та вивчити вплив мультирезистентності мікобактерій туберкульозу на результати (ефективність) лікування.

Матеріали і методи: У ретроспективному рандомізованому проспективному контрольованому дослідженні, у якому приймали участь 227 пацієнтів із хронічним туберкульозом легень, котрі лікувались у терапевтичних клініках Інституту фтизіатрії і пульмонології з 1995 по 2005 рік, вивчали профіль медикаментозної резистентності МБТ та ефективність лікування на кінець основного курсу хіміотерапії.

Отримані результати. Аналіз профілю резистентності свідчить що 46 (20,3 %) пацієнтів виділяли чутливі МБТ; монорезистентні МБТ 25 (11,01 %); полірезистентні МБТ 31 (13,7 %); мультирезистентні МБТ 125 (55,0 %) пацієнтів. Серед пацієнтів, які виділяли мультирезистентні МБТ 9 (7,2 %) мали розширену резистентність МБТ до ПТП.

При аналізі результатів лікування з'ясувалось що, бактеріовиділення припинилось у 31 (67,4 %) хворих, які виділяли чутливі МБТ, та у 15 (60,0 %) хворих, які виділяли монорезистентні МБТ, у 11 (35,5 %) хворих, які виділяли полірезистентні МБТ, і у 46 (36,8 %) хворих, які виділяли мультирезистентні МБТ. Таким чином, мульти- та полірезистентність МБТ суттєво знизила ефективність лікування, тоді як монорезистентність негативно не вплинула на результати хіміотерапії. Показник загоснення каверн у хворих був приблизно на 10 % нижчим за показник припинення бактеріовиділення. Так загоснення каверн відбулось лише у 8 (25,8 %) пацієнтів, які виділяють полірезистентні МБТ, і у 16 (12,8 %), які виділяли мультирезистентні МБТ, проти 26 (56,5 %) пацієнтів з чутливими МБТ і 13 (52,0 %) пацієнтами з монорезистентними МБТ ($p < 0,05$).

Із 125 пацієнтів, які виділяли мультирезистентні МБТ, 9 (7,2 %) пацієнтів мали розширену резистентність до ПТП. На кінець основного курсу лікування 39 пацієнтів виліковування досягнуто в 4 (44,4 %) пацієнтів, невдача лікування у 5 (55,6 %) пацієнтів, хірургічне втручання проведене у 4 (4,44 %). Через 2 роки спостереження померли 6 (66,7 %) пацієнтів, 2 (22,2 %) продовжують лікування, 1 (11,1 %) вибув із спостереження.

Іванов Г. А., Мажак К. Д., Писаренко Е. І., Платонова І. Л., Гречуха Н. Р., Хопяк Н. О. ЕТІОПАТОГЕНЕТИЧНА КОМБІНОВАНА ТЕРАПІЯ ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ

Відділ епідеміології, клініки туберкульозу та НЗЛ ЛНДІЕ і Г МОЗ України
Львівський регіональний фтизіопульмонологічний центр

Мета роботи. Оцінити ефективність запропонованих методів лікування (озоно- та лазеротерапії) у схемі антимікобактеріальної терапії інтенсивної фази лікування вперше діагностованого (ВД) деструктивного туберкульозу легень. Надати рекомендації по застосуванню розроблених методів.

Матеріали та методи. ВД деструктивний туберкульоз легень можна класифікувати за такими ознаками: 1) обмежений — одна — дві малих або середнього розміру деструкції легеневої тканини, обмежена дисемінація та інфільтрація; 2) поширений — полікаверноз, двобічна дисемінація або інфільтрація великих розмірів. Таких хворих було відібрано 57 та 56 відповідно. У першій групі з огляду на відносну обмеженість процесу було застосовано внутрішньовенне введення озонованого фізіологічного розчину (ВВОФР) на фоні хіміотерапії. У другій групі де процес був поширений, застосовувалась комбінація — ВВОФР у поєднанні з внутрішньовенним лазерним опроміненням крові (ВЛОК) He-Ne лазером з частотними модуляціями (ЧМ) за розробленою схемою. Усі хворі обстежувались комплексно до початку терапії та після її закінчення. Третя група хворих референтна, де застосовувалась лише антимікобактеріальна терапія інтенсивної фази (60 хворих).

Результати та обговорення. Ефективність терапії деструктивного туберкульозу легень оцінюється першою чергою за такими показниками: припинення бактеріовиділення та закриття порожнин розпаду в легеневій тканині.

Припинення бактеріовиділення в першій групі хворих, де проводилась антимікобактеріальна хіміотерапія інтенсивної фази і ВВОФР, за 60 днів було отримано у $85,4 \pm 5,10$ % хворих, ($p < 0,05$), в контрольній групі за той же термін — у $53,3 \pm 9,11$ %, а за 90 днів в основній групі знебацелення наступило у $97,2 \pm 2,07$ % хворих, в контрольній групі відповідно у $88,9 \pm 2,07$ % осіб.

Частота та терміни закриття порожнин розпаду в першій групі за 60 днів складала $20,8 \pm 5,86$ % ($p < 0,05$), в групі контролю закриття порожнин розпаду не відбулося. За 90 днів лікування в основній групі частота закриття порожнин розпаду досягла $47,9 \pm 7,21$ % ($p < 0,05$), в контрольній групі лише у $10,0 \pm 5,48$ % хворих.

Застосування в інтенсивній фазі ХТ, ВВОФР та ВЛОК з ЧМ у хворих на поширені форми ВД деструктивного туберкульозу легень підвищує її ефективність, а саме: після 60 днів комбінованого лікування у $69,6 \pm 6,15$ % осіб дослідної групи досягнуто припинення бактеріовиділення проти $53,3 \pm 9,11$ % ($P < 0,05$) у хворих референтної. При продовженні інтенсивної фази ХТ до 3-х місяців процент знебацелення досяг $92,9 \pm 3,49$ % проти $88,9 \pm 5,73$ %, відповідно.

Після завершення двохмісячного курсу інтенсивної фази лікування закриття деструкцій легеневої тканини відзначено у $7,1 \pm 3,49$ % хворих дослідної групи. У референтній групі закриття деструкцій не досягнуто. По завершенні трьохмісячного курсу лікування закриття порожнин розпаду констатовано у $32,1 \pm 6,24$ % дослідної і лише у $10,0 \pm 5,48$ % осіб референтної групи ($P < 0,05$). Під час комбінованої терапії не було зафіксовано токсико-алергічних реакцій, ХТ переносилась добре.

Висновки. Використання ВВОФР та ВЛОК з ЧМ у комбінованому лікуванні хворих на ВД обмежений і поширений деструктивний туберкульоз легень під час інтенсивної фази антимікобактеріальної терапії сприяє максимально припиненню бактеріовиділення та закриттю порожнин розпаду у значно коротший термін, нормалізації імунологічної реактивності, відновленню низки метаболічних процесів в хворому організмі, попередженню токсико-алергічних реакцій на антимікобактеріальну терапію.

Ивах И. В.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ БРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ*Днепропетровская государственная медицинская академия*

Хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) протекает с рядом специфических изменений в структуре бронхиального дерева. Первым при столкновении с вредными факторами реагирует эпителий бронхов, который в свою очередь играет немаловажную роль в барьерно-защитной и секреторной функции. Основным фактором в развитии ХОЗЛ является воспаление. При воспалении в воздухоносных путях происходит метаплазия многоядного реснитчатого эпителия в многослойный плоский неороговевающий эпителий. Выявление морфологических изменений в эпителии бронхиального дерева не только облегчает постановку диагноза и выбор рациональной схемы лечения, но и позволяет более обосновано судить о природе патологического процесса.

Целью нашего исследования была оценка выраженности изменений слизистой оболочки бронхиального дерева у больных ХОЗЛ на разных стадиях патологического процесса.

Материалы и методы. Было проведено 30 бронхологических исследований больным ХОЗЛ (I стадия — 6 больных, II стадия — 10 больных, III стадия — 18 больных); средний возраст составил $62,4 \pm 4,2$ года; мужчин — 23 (76,6 %). Перед проведением фибробронхоскопии всем больным проводилось спирографическое исследование функции внешнего дыхания с проведением фармакологических проб на обратимость бронхообструкции для верификации клинического диагноза и стадии заболевания. Фибробронхоскопия проводилась под мест-

ной анестезией аппаратом фирмы "Olympus". Оценивалось состояние слизистой оболочки бронхиального дерева, степени атрофии эпителия, характер и количество слизи.

Результаты исследования. У всех больных ХОЗЛ были выявлены проявления атрофических изменений слизистой оболочки бронхиального дерева 1–2 степеней. При этом у больных ХОЗЛ I и II стадий была 1-я степень атрофии (без статистически достоверных отличий у пациентов с разными стадиями заболевания). У больных с III стадией ХОЗЛ были отмечены атрофические изменения слизистой оболочки бронхиального дерева 2 степени.

Также были отмечены изменения характера и количества слизи в бронхиальном дереве у больных с разными стадиями болезни. У больных с I и II стадией ХОЗЛ было умеренное количество прозрачной слизи без значимых отличий между стадиями патологического процесса. У пациентов с III стадией заболевания имелись значительные изменения характера, вязкости и количества слизи: слизь вязкая, плохо поддающаяся аспирации, мутная, гнойного и гнойно-слизистого характера.

Выводы:

1. Прогрессирование ХОЗЛ характеризуется возрастанием степени и выраженности атрофических проявлений в слизистой оболочке бронхиального дерева.

2. Структурные нарушения эпителия слизистой оболочки бронхиального дерева приводят к изменению характера и количества выделяемой слизи.

И

Ивах И. В.

ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ БРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА У КУРИЛЬЩИКОВ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ*Днепропетровская государственная медицинская академия*

Табакокурение является наиболее значимым и доказанным фактором риска хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ). В зависимости от степени воздействия табачного дыма, курящие мужчины умирают от ХОБЛ в 4–25 раз чаще, чем некурящие. В настоящее время ХОЗЛ занимает четвертое место в структуре причин смертности в мире, однако, в ближайшие десятилетия прогнозируется дальнейший рост как распространенности, так и смертности от ХОЗЛ. У курящих быстрее развиваются необратимые обструктивные изменения функции дыхания и все известные признаки ХОЗЛ. Длительное воздействие на дыхательные пути табачного дыма вызывает сужение бронхов, их воспаление, увеличивается выработка в них слизи. Первым, при столкновении с вредными факторами, реагирует эпителий бронхов, который в свою очередь играет немаловажную роль в барьерно — защитной и секреторной функции. Выявление морфологических изменений в эпителии бронхиального дерева не только облегчают постановку диагноза и выбор рациональной схемы лечения, но и позволяют более обосновано судить о природе патологического процесса.

Целью нашего исследования являлось изучение влияния вредных факторов при табакокурении на изменения слизистой оболочки бронхиального дерева у больных ХОЗЛ.

Материалы и методы: были проведены диагностические исследования у 30 больных ХОЗЛ (I стадия — 6 больных, II стадия — 10 больных, III стадия — 18 больных); средний возраст составил $62,4 \pm 4,2$ года; мужчин было 23 (76,6 %). Больным было проведено спирографическое исследование функции внешнего дыхания для верификации клинического диагноза и стадии заболевания, с последующим проведением фибробронхоскопии. После установки диагноза ХОЗЛ и стадии заболевания больные были разделены на две группы: 1 группа — курящие (19 (63,3 %)) и 2 группа — некурящие (4 (13,3 %)). Фибробронхоскопия проводилась под местной анестезией 2 % раствора лидокаина, аппаратом фирмы "Olympus". Оценивалось состояние и степень выраженности атрофических проявлений слизистой оболочки бронхиального дерева.

Результаты исследования: у всех обследованных пациентов были выявлены атрофические изменения со стороны слизистой оболочки бронхиального дерева 1–2 степеней. Однако, независимо от стадии болезни у больных 1 группы проявления атрофии были более выражены и обширны, чем у больных 2 группы.

Выводы:

Проявления атрофии слизистой оболочки бронхиального дерева у курящих с ХОЗЛ более выражены, чем у некурящих.

Ивахненко Е. Ф.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОБЫ С ФОРМОТЕРОЛОМ У БОЛЬНЫХ ХОЗЛ ПРИ МИНИМАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ СПИРОГРАММЫ

КЛПУ "Городская поликлиника № 1", г. Мариуполь

Цель исследования: оценка спирографических данных у пациентов с клиническими признаками ХОЗЛ при незначительных отклонениях ОФВ₁, ФЖЕЛ в проведении острой ингаляционной фармакологической пробы с формотеролом.

Материалы и методы: 32 протокола спирографии у пациентов с ХОЗЛ до и после проведения пробы с формотеролом. Возраст пациентов от 40 до 70 лет.

Исследование функции внешнего дыхания четко соотносится с системой должных величин. Когда же показатели ОФВ₁/ЖЕЛ, соответствуют или превышают 70 % величины, а объем форсированного выдоха за первую секунду превышает 80 % при клинических признаках ХОЗЛ (факторы риска, основные жалобы, рентгенологические признаки) требуется более детальное исследование. В условиях амбулаторного приема проведение пробы с формотеролом уточняет степень увеличения основных показателей, переносимость препарата, позволяет контролировать правильность выполнения ингаляции, то есть провести обучение пациента. Критериями отбора пациента в исследование являлись параметры объема форсированного выдоха за первую секунду, жизненная емкость легких, форсированная жизненная емкость легких, а также отношение объема форсированного выдоха за первую секунду к жизненной емкости легких, превышающие 85 % исходя из системы должных величин ЕССС (European Community Coal & Steel) до проведения пробы. После проведения пробы данные сравнивались в единой таблице. Для проведения проб использовался компьютерный диагностический комплекс "Спектр+" с обязательным проведением калибровки.

Результаты исследования. У части пациентов (28 человек) прирост показателей ОФВ₁ составил от 5 до 8 %, а прирост ФЖЕЛ более 10 %. Пациенты этой группы отметили субъективное улучшение дыхания, легкое головокружение, уменьшение кашля сразу после проведения пробы. В другой группе (4 человека) изменения ОФВ₁ в сторону увеличения составили от 2 до 4 %, увеличение ФЖЕЛ до 5 %. Субъективные ощущения были незначительные или неопределенные, не связанные с ухудшением состояния.

У всех пациентов отмечена особенность спирографической кривой — провисание экспираторной части во второй половине выдоха по отношению к системе должных величин. У большинства пациентов из этой группы эта особенность сопровождается появлением дистанционных хрипов до использования формотерола.

Выводы. Применение формотерола с использованием дозированного порошкового доставочного устройства в дозе 12 микрограмм при проведении острой ингаляционной фармакологической пробы не выявило побочных эффектов как во время пробы, так и в течении 24 часов после неё. Наличие неполной обратимости сужения дыхательных путей позволяет выставить диагноз хронического обструктивного заболевания легких и проводить лечение на уровне первой ступени у лиц с более развитой дыхательной системой для предотвращения развития нежелательных симптомов и улучшения качества жизни. Быстродействие формотерола (от 1 до 3 минут) позволяет быстро, качественно и безопасно провести пробу на обратимость бронхиальной обструкции, а также в дальнейшем использовать формотерол в лечении.

Игнатъева В. И., Журило А. А., Матвиенко Ю. А., Гуменюк Г. Л. ДИНАМИКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КЛАРИТРОМИЦИНОМ БОЛЬНЫХ С ИНФЕКЦИОННЫМ ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

ГУ "Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского АМН Украины"

Цель исследования — изучить динамику показателей системного и местного иммунитета при лечении кларитромицином больных с инфекционным обострением хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ).

Обследовано 30 пациентов (19 мужчин и 11 женщин в возрасте 18–60 лет) с инфекционным обострением ХОЗЛ (FEV₁ — (52,8 ± 3,6) %), которые получали кларитромицин перорально по 500 мг 2 раза в день на протяжении 10 дней.

Материалы и методы: состояние системного иммунитета исследовали с помощью тестов, включающих оценку Т-лимфоцитов и их субпопуляционный состав. Местный иммунитет исследовали путем определения клеток в осадке бронхоальвеолярного смыва (БАС), ресуспендированном в 1 мл среды 199, определения жизнеспособности клеток, подсчета относительного соотношения альвеолярных макрофагов (АМ), нейтрофильных гранулоцитов (НГ) и лимфоцитов на 200 клеток мазка, окрашенного по Романовскому — Гимзе. Оценивали адгезивные свойства альвеолярных макрофагов (АМ) и выраженность кислород-зависимого метаболизма (НСТ-тест). До и после лечения проводили бактериологическое исследование мокроты или промывных вод, полученных при ФБС.

Результаты исследования. До начала лечения все пациенты отмечали общую слабость, повышение температуры тела, усиление кашля, одышки при физической нагрузке, появление гнойной мокроты. При бактериологическом исследовании микрофлора была высеяна у 19 из 30 обследованных. Выделено 26 штаммов микроорганизмов: *S. pneumoniae* (у 8 больных), *S. agalactiae* (у 1), *S. pyogenes* (у 4), *S. aureus* (у 7), *S. epidermidis* (у 3), *H. influenzae* (у 3). У 12 (63,2 %) больных выявлено по одному виду микроорганизмов, у 7 (36,8 %) — по 2. Все выделенные микроорганизмы были чувствительны к кларитромицину. При исследовании Т-системы иммунитета выявлен клеточный иммунодефицит, о чем свидетельствовало снижение относительного количества Т-лимфоцитов — (26,9 ± 1,6) %, норма (41,3 ± 1,8) %, $p < 0,05$, а также нарушение их субпопуляционного состава. При исследовании местного иммунитета отмечено нарушение клеточного состава БАС и снижение функциональной активности АМ.

На фоне лечения кларитромицином максимальный клинический эффект отмечали на 8–10-й день лечения (нормализовалась температура тела, уменьшалась одышка, кашель и количество выделяемой мокроты). При бактериологическом исследовании — у всех больных отмечена эрадикация.

Через 3 недели от начала лечения при исследовании системного иммунитета отмечалось увеличение количества Т-лимфоцитов с $(26,9 \pm 1,6) \%$ до $(35,2 \pm 1,4) \%$, $p < 0,05$, Еа-РОК с $(24,9 \pm 1,4) \%$ до $(31,0 \pm 1,2) \%$, $p < 0,05$, снижение иммунорегуляторного индекса с $(3,0 \pm 0,1) \%$ до $(1,9 \pm 0,11) \%$, $p < 0,05$, уровня ЦИК с $(118,5 \pm 6,1) \%$ до $(89,9 \pm 7,4) \%$, $p < 0,05$, нормализация IgG, а также функциональной активности НГ периферической крови (восстановление кислородзависимого метаболизма и ФЧ). Выявлена нормализация клеточного состава

БАС и значительное повышение функциональной активности АМ.

Выводы: Кларитромицин в суточной дозе 500 мг 2 раза в день на протяжении 10 дней оказывал выраженный антибактериальный эффект при инфекционном обострении ХОЗЛ, что проявилось в нормализации клинических показателей и эрадикации при бактериологическом исследовании. Препарат положительно влиял на показатели системного и местного иммунитета, хорошо переносился пациентами.

Игнатъева В. И., Гуменюк Г. Л., Шпак О. И., Венгерова О. А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИСЕПТИКА ДЕКАСАН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ИНФЕКЦИОННЫМ ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

ГУ "Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского АМН Украины"

Цель исследования — изучить эффективность антисептика декасан в комплексном лечении больных с инфекционным обострением хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ).

Обследовано 30 пациентов (20 мужчин и 10 женщин в возрасте 20–65 лет) с инфекционным обострением ХОЗЛ (FEV1 — $(51,2 \pm 4,3) \%$). В I группу входили 15 больных (9 мужчин и 6 женщин), которым проводилась антибактериальная терапия согласно чувствительности микрофлоры, отхаркивающая и базисная бронхолитическая терапия. Пациентам II группы (11 мужчинам и 4 женщинам) дополнительно к проводимой терапии назначалась трехкратная санация трахеобронхиального дерева 0,02 % раствором антисептика декасан в дозе 20–40 мл на одну санацию во время лечебной фибробронхоскопии.

Материалы и методы: эффективность лечения оценивалась по динамике клинических симптомов ХОЗЛ, изменению показателей лабораторных, инструментальных и функциональных методов исследования. Значение показателей функции внешнего дыхания определяли на аппарате "Masterlab" фирмы "Erich Jaeger" (Германия). Фибробронхоскопию (ФБС) проводили под местной анестезией с помощью бронхоскопа фирмы "Olympus" (Япония). До и после лечения проводили бактериологическое исследование промывных вод, полученных при ФБС.

Результаты исследования. До начала лечения все пациенты отмечали общую слабость, повышение температуры тела, усиление кашля, одышки при физической нагрузке, выделение гнойной мокроты. При проведении ФБС у всех пациентов определялся диффузный гнойный эндобронхит II–III ст. воспаления. При бактериологическом исследовании микрофлора была выделена у 21 из 30 обследованных. Отмечалось превалирование

грамотрицательной микрофлоры, которая составляла 50,0 % от всех наблюдений. Грамположительная микрофлора составляла 20,0 %. Среди грамположительной микрофлоры преобладал *S. aureus* — 16,7 %, среди грамотрицательной — *E. Coli* — 13,3 %, *Proteus species* — 10,0 % наблюдений. Грибы рода *Candida* выделены у 20,0 % больных. Монокультура была выделена в 57,1 %, а микробные ассоциации в 42,9 % случаев бактериовыделения. Наибольшая чувствительность микроорганизмов отмечалась к цефалоспорином III–IV поколения, аминогликозидам III поколения и фторхинолонам III поколения. При определении чувствительности к антибактериальным препаратам микробных ассоциаций отмечалось, что большинство антибиотиков подавляя рост одних микроорганизмов, оказывалось малоэффективными по отношению к другим, что обуславливало необходимость дополнительной санации трахеобронхиального дерева антисептиком декасан.

На фоне проводимого лечения наиболее ранний клинический эффект и положительная динамика при ФБС отмечены у больных II группы — на 8–10-й день лечения, а у больных I группы — на 12–15 день. При бактериологическом исследовании у всех больных II группы отмечена полная эрадикация после окончания курса лечения, а у 5 больных I группы высевались ассоциации микроорганизмов, среди которых преобладали *S. aureus* и грибы рода *Candida*.

Выводы: применение в комплексном лечении 0,02 % раствора антисептика декасан в виде трехкратной санации трахеобронхиального дерева усиливало антибактериальный эффект терапии при инфекционном обострении ХОЗЛ, что проявилось в более ранней нормализации клинических показателей, данных ФБС и эрадикации при бактериологическом исследовании.

И

Ільницький І. Г., Рак Л. М., Витриховський О. Я., Рудницька Х. І. СИНДРОМ БРОНХІАЛЬНОЇ ОБСТРУКЦІЇ У ПРАКТИЦІ ФТИЗИАТРА, ПУЛЬМОНОЛОГА ТА СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

*Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького
Львівський регіональний фтизіопульмонологічний центр*

В сучасних умовах спостерігається тенденція до поєднання туберкульозу легень та неспецифічного запалення респіраторної системи, особливо хронічного бронхіту і хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ). Нерідко специфічний процес розвивається на фоні хронічного бронхіту, коли стверджують спільні вияви обох захворювань, що створює додаткові труднощі для своєчасної діагностики та терапії основного захворювання. При цьому сам туберкульоз легень часто сприяє розвитку неспецифічної патології бронхів, у зв'язку з токсично-алергічним впливом туберкульозної інтоксикації і зміною архітектоники та топографії бронхіального дерева, пов'язаної з метатуберкульозним пневмофіброзом, та схильністю до торпідного і рецидивного перебігу основного захворювання.

Синдром бронхіальної обструкції (СБО) — це стан, який виявляється обмеженням потоку повітря при диханні і відчувається пацієнтом як задишка. У більшості випадків вона носить експіраторний характер. Крім клінічних ознак СБО оцінюються і функціонально (доклінічно або клінічно-функціонально) за результатами спірометричних досліджень. Найінформативнішими показниками при СБО є зниження об'єму форсованого видиху за першу секунду (ОФВ₁) < 80 % у відношенні до належної величини та співвідношення ОФВ₁/ФЖЕЛ (форсованої життєвої ємності легень) < 70 %. Зменшення ОФВ₁/ФЖЕЛ < 70 % — це найбільш ранній вияв СБО навіть при високому ОФВ₁. Необхідно вказати, що в більшості випадків клінічно-функціональна, а рідше функціональна, верифікація є провідною при всіх бронхообструктивних захворюваннях органів дихання, серед яких провідною патологією є ХОЗЛ.

Умовно всі захворювання бронхолегеневої системи, які перебігають з СБО можна розділити на три великі групи:

1) захворювання, при яких СБО є обов'язковою і навіть провідною складовою клінічно-патогенетичного перебігу процесу;

2) захворювання, при яких СБО не завжди є обов'язковим і може бути присутнім як факультативна, тимчасова обструкція;

3) міст-патологія, при якій СБО є обґрунтованим супровідною ХОЗЛ як самостійної нозології, що поєднується з основним захворюванням легеневої та позалегеневої локалізації.

Залежно від зворотності (незворотності) СБО обструкцію поділяють на істинну (справжню, органічну або незворотну), несправжню (функціональну, зворотну, бронхоспастичну) та мішану (частково зворотну), які ґрунтуються на ступені вираженості морфологічно-функціональних змін у бронхіальному дереві та домінуванні окремих механізмів СБО.

Крім цього необхідно пам'ятати, що СБО може спричинитися як запальним (інфекційно-алергічним) компонентом, при якому констатуються дифузні зміни бронхів (дифузне запалення) з різним ступенем вираженості, так і локальним виявленням патологічного процесу (новоутвори, рубцевий стеноз, туберкульоз, бронхокам'яна хвороба, аденома бронху, стороннє тіло та ін.), яких верифікують ендоскопічно.

Отже, на основі аналітичних досліджень літературного матеріалу, наукові та клінічні напрацювання є безперечно перспективними як при нозологічних формах захворювання, де СБО виступає як обов'язковий клінічно-функціональний вияв ХОЗЛ або БА, так і при туберкульозі легень, коли СБО розглядаються як складовий компонент основного захворювання.

Ільницький Р. І.

ЕФЕКТИВНІСТЬ АЛЬТЕРНАТИВНОГО ЗАСТОСУВАННЯ АНТИГОМОТОКСИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Останніми десятиліттями відбувається невпинне зростання захворюваності і смертності від хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), яке обумовлене забрудненням довкілля, у тому числі — атмосферного повітря, широким розповсюдженням паління тютюну і старінням населення.

Метою дослідження було встановлення порушень жирнокислотного спектру мембран еритроцитів та імунологічної реактивності у хворих на ХОЗЛ, вивчення можливостей їх корекції комплексною антигомотоксичною терапією, підбраною в залежності від висхідних параметрів досліджуваних показників.

Матеріал та методи. Об'єктом дослідження були 39 хворих на ХОЗЛ чоловічої статі, які поступили в пульмонологічний стаціонар із нетяжким загостренням. Середній вік обстежених — $57,5 \pm 3,4$ років. У дослідження не включалися хворі з кровохарканням, гнійним ендобронхітом, лихоманкою, показником ОФВ₁ меншим 30 % від належної величини. Контрольну групу склали 64 здорових чоловіків віком 40–60 років. Лабораторне та функціональне обстеження хворих проводилося у перші 5 днів після госпіталізації, а також після проведеного 2-х тижневого курсу лікування. Воно включало комплексне імунологічне дослідження крові з визначенням показників клітинного і гумо-

рального імунітету, газохроматографічний аналіз спектру жирних кислот (ЖК) еритроцитів із застосуванням хроматографа серії "Цвет-500", дослідження легеневої вентиляції з реєстрацією кривої "потік-об'єм" форсованого видиху на апараті Master-Scor.

Усі пацієнти були поділені на 2 клінічні групи в залежності від типів виявлених імунних порушень. У першу групу увійшли 19 пацієнтів, які отримували 2 антигомотоксичних препарата (АГТП): Лімфоміозот та Мукоза композитум. У 6 пацієнтів цієї групи виявили гіперреактивність імунної системи, у 13 — переважно супресорний імунодефіцит з високим імунорегуляторним індексом. До другої групи увійшли 20 пацієнтів, які отримували 4 АГТП: Лімфоміозот, Траумель С, Ехінецея композитум С, Бронхаліс-Хеель. У 14 пацієнтів цієї групи виявили тотальний клітинний імунодефіцит, а у 6 — переважно хелперний імунодефіцит із низьким імунорегуляторним індексом.

Крім АГТП, пацієнти за необхідності продовжували базисну інгаляційну терапію. Антибіотики та глюкокортикостероїди пацієнти не отримували.

Результати дослідження і висновки. У хворих із загостренням ХОЗЛ спостерігалися порушення в імунному статусі та

жирнокислотному спектрі фосфоліпідів мембран еритроцитів, які стали підставою для проведення диференційованого протизапального лікування АГТП в залежності від висхідного стану імунної системи.

У всіх обстежених хворих після проведеного лікування спостерігалось покращення клінічної симптоматики та показників легеневої вентиляції. У хворих з гіперреактивністю імунної системи або проявами переважно супресорного імунодефіциту ефективною виявилась протизапальна терапія двома препаратами — Лімфоміозот і Мукоза композитум. У хворих з тотальним клітинним імунодефіцитом або переважно хелперним імунодефіцитом ефективною була комплексна протизапальна терапія чотирма АГТП: Лімфоміозот, Траумель С, Ехінацея композитум

С, Бронхаліс-Хеель. Проведене лікування супроводжувалось покращенням показників клітинного та гуморального імунітету, а також жирнокислотного спектру мембран еритроцитів у хворих обох клінічних груп. У обстежених хворих відмічалось вірогідне збільшення питомої ваги лінолевої (С18:2) ЖК та арахідонової (С20:4) ЖК. Покращилося також співвідношення між насиченими та ненасиченими ЖК в мембранах еритроцитів.

Вказані позитивні зміни свідчать, що комплексна антигуморальна терапія, призначена з урахуванням висхідних показників імунного статусу у хворих із загостренням ХОЗЛ, має мембранопротекторну та імунокоригувальну дію, а сама терапія може використовуватись як альтернативний спосіб лікування нетяжкого загострення ХОЗЛ.

Ільницький Р. І., Дудка П. Ф., Бондаренко Ю. М., Бодарецька О. І., Ільницька М. Р. ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ФЕНСПІРИДУ В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

И

Останніми роками значна увага у розвитку і прогресуванні хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) приділяється композиційній перебудові ліпідного бішару біологічних мембран, а також метаболізму ключової ненасиченої жирної кислоти — арахідонової, яка служить субстратом для синтезу прозапальних ейкозаноїдів — лейкотрієнів 4-ої серії та простагландинів 2-ої серії.

Метою дослідження було встановлення особливостей жирнокислотного складу біологічних мембран та реологічних властивостей крові у хворих на ХОЗЛ на тлі лікування фенспіридом та вироблення оптимальної схеми застосування препарату.

Матеріал та методи. Об'єктом дослідження були 31 хворий на ХОЗЛ чоловічої статі, які поступили в пульмонологічне відділення з нетяжким загостренням. Середній вік обстежених — $58,7 \pm 1,7$ років. У дослідження не включалися хворі з кровохарканням, гнійним ендобронхітом, лихоманкою. Контрольну групу склали 20 здорових осіб чоловічої статі віком від 40 до 65 років. Усім обстеженим пацієнтам був призначений фенспірид у дозі 80 мг двічі на добу протягом 14 діб. Пацієнти отримували також муколітики, за необхідності — продовжували базисну інгаляційну бронхолітичну терапію. Антибіотики, інгаляційні та системні глюкокортикостероїди не призначалися.

Лабораторне та інструментальне обстеження хворих проводилося перед та після проведеного лікування. Воно включало вимірювання в'язкості та інших реологічних показників крові на ротажній вискозиметрії, газохроматографічний аналіз спектру жирних кислот (ЖК) ліпідів мембран еритроцитів із застосуванням хроматографа серії "Цвет-500", дослідження легеневої вентиляції з реєстрацією кривої "потік-об'єм" форсованого видиху на апараті MasterScor (Німеччина).

Результати дослідження та висновки. Аналіз жирнокислотного спектру мембран еритроцитів у хворих на ХОЗЛ в динаміці лікування показав наявність двох векторів змін. Позитивні зміни у жирнокислотному спектрі на тлі лікування фенспіридом спостерігалися у 18 пацієнтів (58,1% від усіх обстежених па-

цієнтів). Висхідні параметри жирнокислотного спектру мембран еритроцитів цих хворих характеризувалися низьким вмістом арахідонової (С20:4) ЖК — $(7,1 \pm 1,0)\%$ та високим вмістом міристинової (С14:0) ЖК — $(20,2 \pm 3,8)\%$. Коефіцієнт співвідношення вміст міристинової ЖК/вміст арахідонової ЖК склав 2,8. Аналіз показників після проведеного лікування показав вірогідне зниження рівня міристинової (С14:0) ЖК та вірогідне підвищення питомої ваги арахідонової (С20:4) в мембранах еритроцитів.

У 13 пацієнтів підгрупи Б (41,9% від усіх обстежених хворих) висхідні параметри жирнокислотного спектру мембран еритроцитів характеризувалися таким вмістом арахідонової (С20:4) ЖК $(14,1 \pm 1,1)\%$, що наближався до вмісту цієї ЖК у здорових осіб, а також низьким вмістом міристинової (С14:0) ЖК — $(14,2 \pm 1,6)\%$. Коефіцієнт співвідношення вміст міристинової ЖК/вміст арахідонової ЖК склав 1,0. Аналіз показників після проведеного лікування показав вірогідне зниження вмісту ненасичених ЖК — лінолевої (С18:2) ЖК та арахідонової (С20:4) ЖК, погіршення співвідношення між насиченими та ненасиченими ЖК в мембранах еритроцитів.

Аналіз динаміки реологічних показників крові на тлі лікування фенспіридом показав одновекторність змін у всіх досліджуваних пацієнтів. Після проведеного лікування спостерігалось вірогідне покращення гемореологічних показників: зниження в'язкості крові при швидкості зсуву 1 с^{-1} , межі текучості крові та коефіцієнта агрегації еритроцитів. Краща динаміка показників легеневої вентиляції на тлі лікування фенспіридом спостерігалась у хворих з висхідним низьким вмістом арахідонової кислоти в мембранах еритроцитів.

Таким чином, хроматографічним критерієм показання до призначення фенспіриду у добовій дозі 160 мг є низький вміст арахідонової (С20:4) ЖК у мембранах еритроцитів на рівні 6–8%, а також коефіцієнт співвідношення вміст міристинової ЖК/вміст арахідонової ЖК, що перевищує 2. Фенспірид є ефективним коректором реологічних властивостей крові.

Ільюк І. А., Шеверда В. М.
**МАРКЕРИ ІНТОКСИКАЦІЙНОГО СИНДРОМУ ТА ЙОГО КОРЕКЦІЯ
ПРИ НЕГОСПІТАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЯХ**

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Доведено, що при пневмоніях, як і при багатьох інших захворюваннях органів дихання (обструктивні захворювання легень, гнійні процеси, туберкульоз) знижується метаболічна функція легень, відбувається накопичення біологічно-активних речовин, внаслідок чого розвивається ендогенна інтоксикація. В даних умовах організм потребує фармакологічної підтримки для нормалізації цих порушень, для чого лише стандартного лікування антибіотиками може бути недостатньо. У зв'язку з вище наведеним можна передбачити, що застосування в комплексі лікувальних заходів хворих на негоспітальну пневмонію (НП) тіотриазоліну, який проявляє регулюючий вплив на всі види обміну речовин в організмі, має антиоксидантні, мембраностабілізуючі, імуномодулюючі, дезінтоксикаційні властивості, дозволить оптимізувати результати лікування, а саме: зменшити рівень ендогенної інтоксикації, скоротити строки нормалізації клінічних проявів хвороби, зменшити час перебування хворого в стаціонарі. Тому метою дослідження було поліпшення результатів лікування хворих на НП з проявами ендогенної інтоксикації шляхом включення в комплекс лікувальних заходів тіотриазоліну.

Для вирішення поставлених завдань проведено обстеження 120 пацієнтів на НП третьої групи, які знаходились на стаціонарному лікуванні в терапевтичному відділенні МКЛ № 2 м. Вінниця. Чоловіків було 61 (50,83 %), жінок — 59 (49,17 %), віком від 18 до 68 років. Хворі були розподілені на дві групи, репрезентативні за віком, статтю, супутньою патологією та значенням показників, що досліджувались до лікування — основну, яка нарахувала 70 осіб і контрольну — 50 пацієнтів. Хворі контрольної групи отримували традиційну терапію, яка передбачала застосування антибактеріальних, муколітичних препаратів. Пацієнтам основної групи поряд з традиційними методами лікування додатково призначали 2,5 % розчин тіотриазоліну 4 мл на добу — три дні внутрішньовенно на фізіологічному розчині,

потім сім днів внутрішньом'язово. Оцінку ефективності терапії в основній і контрольній групах здійснювали з урахуванням маркерів ендогенної інтоксикації: лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ), рівня молекул середньої маси при довжині хвилі 280 нм (РМСМ₂₈₀), сорбційної здатності еритроцитів (СЗЕ). У хворих основної та контрольної груп до лікування було встановлено значний рівень ендогенної інтоксикації, про що свідчило вірогідне підвищення показників ЛІІ, РМСМ₂₈₀, СЗЕ ($P < 0,001$) порівняно з показниками здорових осіб. Під впливом комплексної терапії з включенням тіотриазоліну мало місце більш швидке зниження показників ендогенної інтоксикації в хворих основної групи вже на 3 добу лікування. При цьому суттєво зменшились, по відношенню до вихідного показника, ЛІІ на 40,4 % ($P < 0,001$), РМСМ₂₈₀ — на 38,0 % ($P < 0,001$), СЗЕ — на 44,9 % ($P < 0,001$). Диференційоване призначення тіотриазоліну за запропонованою нами схемою дозволяє достовірно зменшити рівень ендогенної інтоксикації. Важливо зазначити, що у хворих на НП основної групи на 10 добу лікування показники ЛІІ, РМСМ₂₈₀, СЗЕ вірогідно не відрізнялись і від відповідних показників у здорових осіб ($P > 0,05$).

Таким чином, під впливом комплексної терапії з включенням тіотриазоліну мало місце більш швидке зниження показників маркерів ендогенної інтоксикації в хворих на НП основної групи вже на 3 добу лікування. На нашу думку, це відбувається завдяки стабілізації клітинних мембран у вогнищі запальної інфільтрації в легенях, покращенню роботи органів природної детоксикації та екскреції під впливом тіотриазоліну. Диференційоване призначення даного препарату дозволяє достовірно зменшити рівень ендогенної інтоксикації, що позитивно впливає на перебіг запального процесу в легенях та сприяє скороченню строків стаціонарного лікування у середньому на 3,2 ($P < 0,001$) ліжко-днів.

Калабуха І.А.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ КОЛАПСОТЕРАПЕВТИЧНИХ ЗАХОДІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ДЕСТРУКТИВНИЙ ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ

ДУ "Національний інститут фізичної та пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України"

У комплексному лікуванні 28 хворих на деструктивний хіміорезистентний туберкульоз застосовувалися колапсотерапевтичні методи. Усі вони були працездатного віку (17–39 років), чоловіків — 23, жінок — 5, у всіх пацієнтів спостерігалася мультирезистентність до 4 і більше протитуберкульозних препаратів, переважно, І ряду, бактеріовиділення за даними мікроскопії і посіву харкотиння, клінічні ознаки активного туберкульозного процесу у вигляді субфебрильної лихоманки, кашлю з виділенням понад 20 мл харкотиння на добу, аускультативних та ендоскопічних ознак запального процесу в бронхах. Давність туберкульозного процесу у всіх хворих була понад один рік. Рецидив туберкульозу спостерігався у 12 пацієнтів, в тому числі, після раніше перенесеного хірургічного втручання — у п'яти.

За даними рентгенологічного обстеження у більшості хворих спостерігалася двобічне ураження легень. Деструкція легень поєднувалася з інфільтративними та вогнищевими змінами у всіх пацієнтів. У 14 з 18 хворих з двобічним ураженням легень деструкція була наявна в обох легенях, у 4 — у контрлатеральній легені спостерігалися інфільтративні зміни.

Штучний пневмоперитонеум був застосований у 17 (60,7%), штучний пневмоторакс — у 11 (39,3%) хворих, в тому числі з відеоторакоскопічним пневмолізом — у 5 (17,9%). Істотних відмінностей перебігу захворювання у хворих, яким накладався штучний пневмоторакс із застосуванням ВТС, не відзначено.

Поліпшення загального самопочуття спостерігалася у всіх хворих, у більшості з них покращання настало на протязі перших тижнів від початку лікування. Температура тіла набула нормальних значень, практично, у всіх пацієнтів, хоча у 4 хворих залишався незначний субфебрилітет у вечірні часи. У переважній більшості спочатку спостерігалася збільшення кількості харкотиння, потім вона поступово зменшувалася. Більш, ніж половина пацієнтів відзначили повне припинення кашлю і виділення харкотиння через 2–4 місяці від початку лікування. Кашель припинявся настільки, що у деяких хворих виникали труднощі із задачею харкотиння на бактеріологічні дослідження. Щодо бактеріовиділення, через 2 місяці від початку лікування у третині хворих мазок ставав негативним; через 4–6 міс. негативний результат мікроскопії харкотиння спостерігався більш, ніж у половини обстежених, однак у 2 пацієнтів, у термін понад 6 місяців, спостерігалася повторне бактеріовиділення після попередніх негативних результатів дослідження. Рентгенологічно у переважачої більшості хворих відзначалася позитивна динаміка у вигляді розсмоктування та ущільнення вогнищевих змін у легенях, в тому числі — в контрлатеральній легені, часткового або

повного розсмоктування інфільтрації навколо порожнин деструкції. Закриття порожнин розпаду шляхом рубцювання досягнуто у 7 хворих, у 4 на місці порожнин розпаду сформувалися туберкуломи. У 5 хворих спостерігався вихід туберкульозного процесу у цироз.

Ускладнення колапсотерапевтичного лікування спостерігалися у 8 (28,6%) хворих, однак додаткових заходів (дренування плевральної порожнини з постійною аспірацією) потребували тільки 2 пацієнти, у яких виник випітний плеврит зі значною плевральною ексудацією та один хворий, у якого виникла емпієма плеври. Ускладнення були успішно ліквідовані. У 5 хворих періодично набиралося до 50 мл серозного плеврального випоту, який видалявся в процесі планового поповнення штучного пневмотораксу.

У 3 хворих досягнуто вилікування за усіма критеріями (клінічні, мікробіологічні, рентгенологічні), у зв'язку з чим вони були виписані під диспансерний нагляд за місцем проживання. У 5 хворих клініко-лабораторних ознак активного туберкульозного процесу не спостерігалася, але залишалися значні рентгенологічні зміни в легенях. При цьому хворі відмовилися від запропонованого хірургічного втручання або ж не були оперовані у зв'язку з тим, що ризик операції перевищував її необхідність (наявність супутньої патології, низькі дихальні резерви внаслідок значних поширених фіброзно-рубцевих змін). У 4 пацієнтів, незважаючи на проведені лікування, не вдалося досягти іншого ефекту, окрім деякого клінічного покращання.

16 хворим, по закінченні курсу лікування були виконані хірургічні втручання. Найчастіше виконувалися пневмоектомія (5) та лобектомія або комбінована резекція легень (7). Заключена пневмоектомія виконана у 1 хворого з рецидивом туберкульозу на фоні цукрового діабету після лівобічної верхньої лобектомії, виконаної за 6 років до даної операції, а також у 1 пацієнта після правобічної верхньої лобектомії 14 місяців тому, що не отримував протирецидивної хіміотерапії в післяопераційному періоді. У двох хворих з двобічним ураженням легень була виконана первинна екстраплевральна торакопластика на стороні більшого ураження. Післяопераційних ускладнень не було, усі хворі виписані для подальшого протирецидивного лікування за місцем проживання.

Таким чином, застосування колапсотерапевтичних заходів у комплексному лікуванні хворих на деструктивний хіміорезистентний туберкульоз дозволило досягти задовільних результатів у 24 (85,7%) хворих. При цьому вилікування досягнуто у 19 (67,9%) пацієнтів, з числа яких у 3 (10,7%) застосування оперативного лікування не знадобилося.

К

Калабуха І.А., Радіонов Б.В., Хмель О.В., Маєтний Є.М., Волошин Я.М., Іващенко В.Є. ВИЗНАЧЕННЯ ПОТРЕБИ У ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ВИЯВЛЕНИЙ ДЕКТРУКТИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

ДУ "Національний інститут фізичної та пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України"

Протягом I–III кварталів 2006 р. всього було взято на облік 4906 хворих на вперше діагностований туберкульоз легень. Невдача лікування за результатами 12 міс. спостереження була встановлена в 538 випадках.

У більшості пацієнтів спостерігалися несприятливі фактори перебігу захворювання: резистентність до протитуберкульозних хіміопрепаратів, супутня патологія та соціальні негаразди.

З числа хворих з невдачею лікування було визнано не показаним або протипоказаним хірургічне втручання у 212 пацієнтів. Переважна більшість протипоказань, обумовлених супутньою соматичною патологією та виразністю запального процесу, були відносними, тобто частину хворих при відповідній передопераційній підготовці можна було б оперувати, але на даному етапі дослідження зазначені пацієнти не враховувалися.

Враховуючи те, що основною задачею хірургічного втручання було визначено лікування хворих з незворотними морфо-функціональними змінами, основна увага приділялася даним рентгенологічного дослідження у хворих після проведеного консервативного лікування. Сторона ураження, в цілому, не враховувалася для спрощення формалізації обліку; окремо відзначалося тільки поєднання ураження верхньої долі справа з ураженням інших відділів правої легені у зв'язку з анатомічними особливостями останньої.

У відповідності з розробленими показаннями до хірургічного лікування була розрахована потреба у хірургічному лікуванні хворих на вперше діагностований туберкульоз легень з невдачею лікування після 12 міс. протитуберкульозної терапії. Розрахункова потреба в хірургічному лікуванні у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень після 12 місяців протитуберкульозної терапії склала 6,6 %. При цьому слід відзначити, що при виконанні розрахунків до обліку не приймалися пацієнти з відносними протипоказаннями до проведення хірургічного втручання. Проведення корекції порушень, пов'язаних із специфічними та неспецифічними запальними явищами та загостренням супутньої патології на фоні туберкульозного процесу цілком імовірно могло б забезпечити розширення меж операбельності у зазначеного контингенту хворих.

Маючи у повному об'ємі дані когортного аналізу результатів спостереження та лікування хворих на вперше діагно-

ваний туберкульоз легень у КМЦПТД, нами було порівняно результати лікування зазначеного контингенту у терміни через 5 та 12 місяців від його початку. Було відзначено наступне. Успішне лікування через 5 міс. спостерігалось у приблизно половини хворих, так само, як і перегляд схеми лікування в зв'язку з її недостатньою ефективністю був необхідний у майже третини пацієнтів (слід зазначити, що до невдачі лікування було віднесено не тільки продовження бактеріовиділення, але й відсутність клініко-рентгенологічного вилікування). Майже п'ята частина хворих вибула з дослідження (3,5 % хворих померли, 12,7 % перервали лікування, 3,6 % були переведені поза межі диспансерної мережі). Через 12 міс. результати за показником невдачі лікування істотно поліпшились, знизившись майже втричі до 10,0 %. При цьому показник успішного лікування зріс лише з 51,0 % до 56,9 %. Відзначено істотне підвищення летальності (з 3,5 % до 8,8 %) та частота перерваного лікування (з 12,7 % до 19,5 %). Не враховуючи пацієнтів, що були переведені поза межі диспансерної мережі, показник хворих, які вибули з дослідження, зріс з 16,6 % до 28,9 %.

Отже, розрахунок потреби в хірургічному лікуванні у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, виходячи з показника невдачі лікування після 12 місяців від його початку, не повністю відтворює реальне значення цієї потреби. Відповідно, видається доцільним визначити потребу в хірургічному лікуванні за результатами саме 5–6 міс. протитуберкульозної терапії.

Калабуха В.А., Калабуха А.В., Скворцова О.Ф. ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ В УМОВАХ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ТЕРАПІЇ

Новозбур'ївська протитуберкульозна лікарня Херсонського обласного управління охорони здоров'я, с. Нова Збур'ївка

Було вивчено особливості ураження печінки у 112 хворих туберкульозом легень, які приймали протитуберкульозні препарати та мали ознаки порушення функції печінки.

Дослідження проводили шляхом порівняння клінічних і лабораторних показників з оцінкою залежності їх від хіміотерапії протягом всього періоду перебування хворих в лікарні. В обов'язковому комплексі обстеження стану печінки використовували визначення в крові активності аланінової амінотрансферази (АлАТ), вмісту білірубину та показника тимолової проби. З супутніх захворювань, відомих з анамнезу і діагностованих при поступленні хворих в лікарню, враховували тільки захворювання печінки і органів травлення, при яких порушувалася її функція. Клінічні та лабораторні ознаки неповноцінності печінки, виявлені при поступленні до початку хіміотерапії в лікарні, були розцінені як хронічні захворювання печінки.

17 зі 112 пацієнтів було виключено з дослідження, оскільки порушення функції печінки у них мали транзиторний характер. Інші хворі були розподілені на дві групи. У хворих 1-ї групи (44) порушення функціонального стану печінки були виключно медикаментозними. У хворих 2-ї групи (51) патологічні зміни печінки були обумовлені дією хіміопрепаратів і супутніх захворювань.

Для хворих 1-ї групи була характерна відсутність перенесених і супутніх захворювань печінки, поява клінічних і біохімічних порушень на фоні хіміотерапії і швидка ліквідація їх при відміні туберкулостатиків або призначенні десенсибілізуючих засобів, вітамінів і гепатопротекторів. Клінічні прояви, що супроводжували порушення функції печінки, відмічені у 35 із 44 хворих 1-ї групи. Найбільш часто підвищувалася активність АлАТ — у 33 з 44 хворих. У 15 хворих був підвищений рівень білірубину. Зсуви білкового обміну виявлялися у 14 хворих. У половини хворих виявлено відхилення від норми лише одного з

показників печінкових проб. У більшості хворих (39) клінічні симптоми були не різко вираженими і легко оборотними, а інколи — і відсутніми.

У хворих 2-ї групи медикаментозні ускладнення характеризувалися більш вираженою симптоматикою і більшою інтенсивністю біохімічних порушень. Клінічно у 35 з 51 хворих спостерігалися диспетичні розлади. У 13 ці симптоми супроводжувалися астенно-вегетативними порушеннями. У 23 з 51 хворого мали місце алергічні прояви. Активність АлАТ була збільшена у 41 хворого. Зсуви білкового обміну спостерігалися також частіше (у 24 з 51). Гіпербілірубінемія була виявлена у 25 хворих. Печінкові проби у хворих 2-ї групи значно частіше вказували на одночасні зсуви всіх 3 біохімічних показників (у 37 з 51); у 17 клінічні і, особливо, біохімічні дані свідчили про затяжну форму ураження печінки у вигляді паренхіматозного гепатиту.

Патогенетичне лікування включало дезінтоксикаційні, десенсибілізуючі засоби, гепатопротектори, вітаміни, імуномодулятори, корекцію порушень білкового обміну. На фоні патогенетичної терапії хворі задовільно переносили одночасний прийом 4–5 хіміопрепаратів.

В результаті, хворих першої та другої категорії, що раніше незадовільно переносили хіміотерапію, вдалося лікувати три місяці і довше. Знебацilenня визначалося у 80,3 % хворих, гоєння порожнин розпаду — у 50,1 %; серед хронічних хворих (кат. 4) — відповідно у 47,5 % та 6,4 % осіб.

Таким чином, у переважної більшості хворих спостерігалось ураження печінки або як виключно медикаментозне ускладнення (у 44), або як патологія змішаного генезу (у 51). Остання обумовлювалася наявністю в анамнезі попередніх і супутніх захворювань печінки. В зв'язку з цим, при лікуванні таких хворих видається доцільним своєчасно доповнювати хіміотерапію туберкульозу патогенетичними засобами.

Калениченко М. И.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КРИОВОЗДЕЙСТВИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НАГНОИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГРУДНОЙ СТЕНКИ

ДУ "Національний інститут фізіотрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України"

Криоподдержка хирургических вмешательств по поводу нагноительных процессов грудной стенки туберкулёзной и неспецифической этиологии с применением сверхнизкотемпературной установки нового поколения "Криозлектроника — 4" применена в нашем институте у 21 больного. У 11 пациентов была выполнена латеральная торакостомия как этапное хирургическое лечение эмпиемы плевры, у 7 — торакомиопластика как реконструктивно-пластическая операция после предыдущих этапных хирургических вмешательств, у 2 больных — при лечении послеоперационного остеомиелита ребер с торакальными свищами.

Методика криовоздействия состояла в следующем. После выполнения хирургического доступа удалялись патологически измененные ткани, раневая поверхность замораживалась в темпе охлаждения $-(10-15)^\circ\text{C}/\text{мин.}$ до температуры $-(190-195)^\circ\text{C}$ с применением криоапликатора диаметром 5 см. и ускоренным оттаиванием в темпе отогрева $+(50-70)^\circ\text{C}/\text{мин.}$ Окончание операции — стандартное.

Первым ощутимым различием, было существенное уменьшение болевого синдрома, которое выражалось в субъектив-

ных оценках пациентов и в количестве использованных анальгезирующих препаратов. Отмечено сокращение срока прекращения фебрильной лихорадки. Существенным образом отличалось течение местного процесса при выполнении торакостомии с криоподдержкой. Отмежевание зоны некроза наблюдалось уже на 3–5 сутки. В этот же срок заканчивалась фаза послеоперационного отека тканей с существенным уменьшением количества раневого отделяемого. Через 7–10 дней после операции в ране уже наблюдался активный грануляционный процесс. Характер течения местного процесса был одинаково положительным у всех больных, оперированных с криоподдержкой, без значительных индивидуальных отклонений. При традиционном лечении все указанные процессы превышали вышеприведенные в 2–2,5 раза. При этом у отдельных пациентов эффективное улучшение вообще не наступало, что побуждало к выполнению дополнительных хирургических вмешательств.

У больных, оперированных по поводу остеомиелита ребер с криоподдержкой, рецидивы не наблюдались.

К

Канарський О. А.

ЧАСТОТА ТА ХАРАКТЕР ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАГОСТРЕНЬ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ПРИ ТУБЕРКУЛЬОЗІ

Медичний інститут УАНМ, м. Київ

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) у поєднанні з туберкульозом залишається однією з найбільш актуальних проблем сучасної пульмонології та фізіотрії, тому що розповсюдженість цієї патології продовжує невпинно зростати та в останній час вражає пацієнтів все більш молодшого віку. Світові спеціалісти вважають, що 2/3 осіб, які страждають на ХОЗЛ, не здогадуються про наявність в них хвороби. А при наявності в діагнозі туберкульозу ХОЗЛ відходить на друге місце.

Загострення ХОЗЛ — це відносно тривале (не менше 24 годин) погіршення стану хворого, яке за своєю тяжкістю виходить за межі нормальної добової варіабельності симптомів, що характеризується гострим початком і вимагає зміни схеми звичайної терапії. Загострення поділяють на інфекційні (80 % — основний етіологічний фактор) та неінфекційні (20 % — паління, екологічна ситуація). Серед інфекційних причин основну роль відіграють бактерії: *H. influenzae*, *S. pneumoniae*, *M. catarrhalis* та віруси: грип, аденовірус, парагрип.

Для загострення ХОЗЛ у хворих на туберкульоз легень характерні посилення кашлю та задишки, зміни харкотиння: його кольору, об'єму та консистенції, наявність гарячки, погіршення загального стану здоров'я.

Мета роботи: вивчити частоту та характер інфекційних загострень ХОЗЛ у хворих на туберкульоз.

Об'єкт дослідження: загострення ХОЗЛ у хворих на туберкульоз (38 хворих).

Предмет дослідження: частота та характер інфекційних загострень ХОЗЛ у хворих на туберкульоз.

Матеріали та результати дослідження: проаналізовано 580 медичних карт стаціонарних хворих на туберкульоз легень,

з яких у 58 (10,0 %) виявлений ХОЗЛ I та II ступеня. З них чоловіків було 43, жінок — 15, віком від 34 до 65 років. Переважна кількість цих хворих 35 (60 %) мали інфільтративний туберкульоз, дисемінований — 11 (19 %), фіброзно-кавернозний — 9 (16 %), вогнищевий — 3 (5 %).

У 38 (65,5 %) хворих на ХОЗЛ виявлені загострення, серед них інфекційного генезу 31 (81,6 %) хворих, неінфекційного — 7 (18,4 %) хворих. Хворі на інфекційні загострення були розподілені на дві групи. В першій групі бактеріальні збудники мали 21 (67,7 %) хворий, серед яких з *H. influenzae* — 11 (52,4 %), *S. pneumoniae* — 6 (28,6 %), *M. catarrhalis* — 4 (19,0 %). До другої входили хворі з загостреннями ХОЗЛ небактеріальної природи — 10 (32,3 %) хворих.

Таким чином, серед хворих на туберкульоз легень з поєднаним ХОЗЛ переважали чоловіки з інфільтративним туберкульозом в віці після 34 років, у яких в кожного 10 мало місце загострення хронічного обструктивного захворювання легень.

Висновки:

1. ХОЗЛ є розповсюдженим захворюванням, що поєднується з туберкульозом легень.
2. Загострення ХОЗЛ при туберкульозі в умовах туберкульозного стаціонару становить 65,5 %.
3. Бактеріальними чинниками загострення ХОЗЛ є домінуючою і складає 67,7 %.
4. Етіопатогеном загострення бактеріальної природи найчастіше виступає *H. influenzae* (52,4 %), *S. pneumoniae* (28,6 %), *M. catarrhalis* (19,0 %).

**Кельманская С. И., Гуренко Е. Г., Берест Е. Л., Мирошниченко Д. С.,
Лавренюк А. С., Литвин Д. О.**

ТОРАКОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького

В последние годы, помимо количественного увеличения больных, возрастает число деструктивных форм туберкулеза. Основным методом лечения туберкулеза является антибактериальная химиотерапия. Появление микобактерий с множественной лекарственной устойчивостью к противотуберкулезным препаратам привело к росту неизлечимых и смертельных случаев заболевания. Хирургические методы лечения больных с полирезистентным туберкулезом могут предотвратить прогрессирование заболевания и уменьшить эпидемическую угрозу, исходящую от бактериовыделителя. Предложенная в конце XIX столетия торакопластика и в наше время остается в арсенале хирургических методов лечения деструктивного туберкулеза легких. Особенно актуальна торакопластика в период эпидемии, когда необходимо прервать эпидемическую цепочку.

В работе поставлена цель — изучить эффективность торакопластики у больных, которым антибактериальная химиотерапия не дала положительных результатов.

Проанализированы результаты торакопластики у 54 больных (женщин — 3, мужчин — 51) в возрасте от 21 до 59 лет, которые находились на лечении в хирургическом отделении областной клинической туберкулезной больницы (ОКТБ) г. Донецка. Возраст более 40 % больных был до 45 лет. Превалирующее число больных (63 %), несмотря на молодой возраст, имели инвалидность. Длительность заболевания туберкулезом у большинства больных (74 %) была от 2 до 4 лет. Деструктивный туберкулез был у всех обследованных. Бактериовыделение отмечалось у 66,9 % пациентов. Преобладающими формами заболевания были фиброзно-кавернозный (59,3 %) и инфильтративный туберкулез легких — у 40,7 % больных.

Помимо клинико-рентгенологического обследования всем больным перед операцией проводилась диагностическая бронхоскопия. Специфический эндобронхит выявлен у 37 % больных. В комплексе обследования больных перед операцией проводилось исследование функционального состояния легких. Все пациенты страдали от дыхательной недостаточности различной степени. У 52 % больных выявлена вентиляционная недостаточность I степени, у 48 % — II–III степени смешанного типа с преобладанием бронхиальной обструкции. Изучение электрокардиограмм показало, что у 77 % больных наблюдались дистрофические изменения. Достоверные признаки хронического легочного сердца выявлены в 7,1 % случаев. Большинству больных (51,8 %) проведена паравертебральная задне-верхняя 6-реберная торакопластика, 7-реберная — 29,6 %, 5-реберная — 7,4 %, 8-реберная и 4-реберная — по 3,7 % больных. По итогам лечения, прекращение бактериовыделения наступило у 36,7 % больных, закрытие каверны у 22,2 %, уменьшение каверны отмечено в 51,8 % случаев. Положительных изменений в ближайшем послеоперационном периоде не отмечено у 18,5 % больных.

Таким образом, результаты анализа проведенных операций торакопластики дают основание заключить, что при неблагоприятных исходах консервативной антибактериальной терапии применение торакопластики позволяет повысить эффективность лечения больных деструктивным туберкулезом легких.

Применение торакопластики в период эпидемии туберкулеза имеет также и социальное значение, так как превалирующее число больных — лица молодого работоспособного возраста.

**Киреева Т. В., Тищенко И. В., Черкасова О. Г., Конопкина Л. И.,
Мариноха Г. Д., Гусакова О. А.**

СЛУЧАЙ ФИБРОЗИРУЮЩЕГО АЛЬВЕОЛИТА НА ФОНЕ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

*Днепропетровская государственная медицинская академия
Городская больница № 9, г. Днепропетровск*

Женщина 18 лет, страдающая тяжелой формой сахарного диабета 1 типа (СД 1) в течение 12 лет, переведена из районной больницы в отделение интенсивной терапии (ОИТ) горбольницы № 9 с диагнозом: внегоспитальная двусторонняя пневмония, СД 1, тяжелый диабетический кетоацидоз. В райбольницу поступила 3 дня назад с жалобами на повышение температуры тела (t) до 38 °С, боль в горле, одышку, сухость во рту, жажду, общую слабость. В связи с выраженностью интоксикации, нарастанием одышки на фоне комплексной терапии переведена в ОИТ. При поступлении: состояние тяжелое, сопор, выраженная сухость кожи и слизистых, число дыханий (ЧД) 28–32 в 1 мин, дыхание Куссмауля, над легкими перкуторно-укорочение звука в нижних отделах, аускультативно над нижними отделами дыхание ослабленное, влажные мелкопузырчатые хрипы, тахикардия до 120 ударов в 1 мин, артериальное давление 120/65 мм рт. ст., t — 37,2 °С. Сатурация кислорода (СаО₂) — 90 %. В общем анализе крови (ОАК): лейкоцитоз до 26,6·10⁹/л с выраженным сдвигом влево, нейтрофилы с токсической зернистостью, лимфоцитопения, СОЭ до 40 мм/час, гематокрит — 51 %. Гликемия — 15,0 ммоль/л, креатинин крови — 0,275 ммоль/л, осмолярность — 315,5 мосмоль/л, фибриноген — 7,0 г/л. В

моче: протеин-, глюкоз-, цилиндр-, эритроцитурия, ацетонурия более 14,7 ммоль/л. Продолжена комплексная терапия со смесью антибиотиков. Через сутки снизился уровень гликемии, в течение 8–10 суток нормализовались показатели анализов мочи, биохимического исследования крови. Сохранялся повышенный уровень фибриногена. В ОАК: повышенная СОЭ, нейтрофилез, лимфопения. В субъективном и объективном состоянии больной в течение 4–5 дней отмечалась медленная положительная динамика. Больная в сознании. Жалобы на редкий сухой кашель, иногда со скудной мокротой, умеренную одышку при небольшой физической нагрузке, слабость. Физикально: ЧД в покое — 18–20 в 1 мин, тахикардия до 100 уд. в 1 мин, t на субфебрильных цифрах, СаО₂ — 93–94 %. Со стороны органов дыхания — без изменений. При контрольном рентгенологическом исследовании органов дыхания на 3-и сутки — отрицательная динамика с увеличением числа пораженных сегментов легких, на 5-е сутки — уменьшение интенсивности инфильтрации в верхних отделах. На 5-е сутки в легких на всем протяжении жесткое дыхание, появились сухие хрипы. В течение последующих 3-х суток состояние ухудшилось: повысилась t до 38,8 °С, одышка до 24 в 1 мин в покое, появились цианоз

губ, одутловатость лица, мозаичные изменения перкуторного звука над легкими с обеих сторон, крепитация в заднебоковых отделах, большое количество сухих и влажных хрипов на всем протяжении, акцент 2 тона над легочной артерией. САТ O₂ — 85 %. В крови выросли лейкоцитоз, СОЭ, сдвиг формулы влево, вновь появились нейтрофилы с токсической зернистостью. Биохимические показатели крови не менялись, гликемия повысилась незначительно. Мокрота получена однократно — слизисто-гнойная, посев роста не дал. Рентгенологически — распространение инфильтрации по всем легочным полям, больше слева. При этом пациентка оценивала свое самочувствие как удовлетворительное. Учитывая скудные жалобы, динамику аускультативных и рентгенологических данных, нарастание легочной недостаточности, был заподозрен фиброзирующий альвеолит (ФА). Осмотрена фтизиатром, областным пульмонологом. Была проведена коррекция антибактериальной (АТ) и инсулиновой терапии, назначена кортикостероидная (КС) терапия, проводилась кислородотерапия. Данные спиральной компьютерной томографии: феномен "матового стекла", утолщение внутри- и междолевого интерстиция, ретикулярная исчерченность. В иммунологическом исследовании крови — повышение циркули-

рующих иммунных комплексов в 1,5 раза. Была отменена АТ, повышена доза КС. Состояние больной улучшилось: уменьшилась одышка, нормализовалась t, уменьшилось количество хрипов в легких, САТ O₂ — 92–93 %. Дальнейшее лечение — в пульмонологическом отделении. Несмотря на проводимую терапию, нарастала легочная недостаточность и пациентка умерла через 42 дня от начала заболевания. Патологоанатомический диагноз ФА был подтвержден. Данный случай представляет интерес, так как ФА развился на фоне СД 1 типа, для патогенеза которого также характерны нарушения в иммунной системе. Клинические особенности: острая манифестация ФА в форме внегоспитальной пневмонии, быстрое развитие тяжелой декомпенсации СД с развитием нарушения дыхания, неадекватная оценка самочувствия, скудность жалоб при выраженных изменениях в органах дыхания, неэффективность АТ при кратковременном улучшении от терапии КС, быстрое прогрессирование процесса с плохим исходом. Диагноз ФА был установлен быстро, хотя это и не повлияло на прогноз. Наблюдая пациентов с СД, следует иметь в виду возможность сочетания СД и ФА с целью более ранней диагностики и улучшения прогноза у данных больных.

Киреева Т. В., Богацкая Е. Е., Назаренко А. П. НЕБУЛАЙЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ

Днепропетровская государственная медицинская академия

Бронхиальная астма (БА) является наиболее частым поводом для вызова скорой медицинской помощи в Украине. Её частота составляет примерно 3–4 % от всех вызовов СМП и половину от вызовов, обусловленных бронхолегочными заболеваниями и синдромами, требующих экстренной медицинской помощи. Больные хроническим обструктивным заболеванием легких при обострении имеют выраженный бронхообструктивный синдром, требующий неотложной терапии.

Традиционно сложилось, что в нашей стране неотложная терапия при обострении БА и ХОЗЛ нередко проводится утратившими свою клиническую значимость лекарственными средствами. Так, при проведении анкетирования 86 врачей скорой помощи и терапевтов нашего региона выявлено: среди средств, которые они используют для лечения обострения БА и ХОЗЛ, называли эуфиллин (90 %), преднизолон (73 %), адреналин (3 %), супрастин (28 %), димедрол (19 %), сердечные гликозиды (16 %), но-шпа (14 %), папаверин и фуросемид (по 12 %), анальгин и глюконат кальция (по 9 %).

Использование данных препаратов не только малоэффективно, но и сопровождается высокой частотой побочных действий, способствует росту повторных вызовов и госпитализаций, а также в значительной степени повышает расходы на лечение. Особенно это бывает трагичным при применении этих лекарственных средств у детей, у пожилых больных и на фоне сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний. Использование этих препаратов врачами СМП в ургентных состояниях, способствует появлению у пациентов веры именно в эти препараты, которые они в дальнейшем приобретают и самостоятельно без пользы применяют при обострении заболевания.

Согласно требованиям приказа МОЗ Украины № 128, купирование приступа затрудненного дыхания любой степени тяжести начинается с применения β_2 -агонистов короткого действия. Препаратом выбора из β_2 -агонистов считается салбутамол (вентолин). Из всех доставочных устройств в экстренной ситуации эффективнее всего — небулайзер. При применении рекомендована следующая схема лечения: в первый час проводят три ингаляции салбутамола (вентолина) по 2,5–5 мг каждые

20 минут. Затем каждый час до значимого улучшения состояния, после чего возможно назначение препарата каждые 4–5 ч. При отсутствии небулайзера возможно использование дозированного аэрозольного ингалятора (ДАИ) через спейсер. При использовании спейсера в него вводится 25 доз по 100 мг салбутамола из ДАИ, кратность введения соответствует таковой при применении небулайзера.

В условиях стационара применим относительно новый метод ингаляционной терапии при астматическом состоянии — постоянная небулизация. В основе метода лежит длительная, в течение нескольких часов, ингаляция раствора β_2 -агонистов через маску небулайзера, в камеру которого с постоянной скоростью подается препарат, в качестве "рабочего газа" используется кислород. Постоянная небулизация имеет преимущество перед традиционным интермиттирующим режимом: более простое исполнение ингаляции пациентом, меньший контроль со стороны медицинского персонала, меньшее число побочных эффектов.

При недостаточном эффекте β_2 -агонистов в течение первого часа показано их применение в комбинации с антихолинэргическими препаратами (ипратропиума бромидом). Наибольшие преимущества такой комбинации выявлены у больных бронхиальной обструкцией (БА, ХОЗЛ) с ОФВ₁ < 30% от индивидуального лучшего показателя или должной величины и продолжительностью обострения более 24 часов, у пациентов пожилого возраста, а также при тяжелом обострении БА, вызванном приемом β -адреноблокаторов.

Таким образом, анализируя состояние оказания неотложной помощи в регионе необходимо отметить следующее:

- пациенты с обострением БА и ХОЗЛ, ориентированные на лечение по СМП имеют среднетяжелое и тяжелое обострение и сопутствующую сердечно-сосудистую патологию, длительный стаж заболевания, неадекватную амбулаторную терапию.
- традиционная терапия обострения БА и ХОЗЛ характеризуется высокой эффективностью только при легкой степени обострения, при средней и тяжелой степени обострения эта те-

рапия, включающая три и более препаратов, вводимых парентерально, сопровождается побочными эффектами, малоэффективна, требует частой госпитализации и экономически невыгодна.

- новые технологии лечения с использованием неинвазивной небулайзерной терапии, являются высокоэффективными, безопасными и экономически оправданными способами неотложной помощи больным БА и ХОЗЛ.

Киреева Т. В., Макаренко В. Д., Саусь Е. К.
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ
В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Днепропетровская государственная медицинская академия

На основании положений GINA-2006 и GOLD-2006 в приказе МОЗ Украины № 128 от марта 2007 года системные глюкокортикостероиды (ГКС) рассматриваются в качестве препаратов первой линии терапии тяжелых обострения бронхиальной астмы (БА) и хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ). Они способствуют более быстрому разрешению бронхиальной обструкции, значительному снижению числа обострения и широко применяются амбулаторно, в стационаре. Однако их применение даже короткими, но частыми курсами сопровождается высоким риском развития побочных эффектов. Системные ГКС действуют относительно медленно — их эффект наступает не ранее, чем через 6–24 часов после начала терапии.

В то же время получены результаты клинических исследований о более быстром действии ГКС при ингаляционном назначении (в течение 3 часов). Это может быть связано с "прямым" сосудосуживающим действием ГКС на слизистую бронхов с последующим уменьшением экссудации плазмы и продукции мокроты в дыхательных путях, а также с восстановлением чувствительности β_2 -адренорецепторов к симпатомиметикам.

Анализируя работу городской поликлиники № 4, г. Днепропетровска, где широко внедрен метод небулайзерной терапии при лечении обострений БА и ХОЗЛ, можно отметить следующее. Поликлиническое отделение обслуживает 51,1 тыс. населения. В поликлинике 1 ставка пульмонолога. Работает пульмонолог высшей категории. С 2007 года в работе поликлиники используется небулайзерная терапия. В поликлинике работают 2 небулайзера.

Под диспансерным наблюдением в поликлинике находятся 430 больных ХОЗЛ и 380 больных БА. В 2004–2006 годах ежегодно госпитализировали в среднем 56 больных с обострением ХОЗЛ и 34 пациента с обострением БА, а в 2005 году 2 пациента в БА госпитализированы в ОРИТ. В 2006 году умерло 8 пациентов с ХОЗЛ III–IV ст. на фоне тяжелого обострения. С 2007 года в поликлинике внедрена небулайзерная терапия пациентов с обострением БА и ХОЗЛ, что привело к значительному снижению количества госпитализаций по поводу обострения заболеваний. Так в 2007 году госпитализировано 12 пациентов с обострением ХОЗЛ (в 4,5 раза меньше, чем в предыду-

щих годах) и 4 пациента с тяжелым обострением БА (практически в 9 раз меньше по сравнению с 2004–2006 годами). Отмечается снижение смертности больных ХОЗЛ на фоне обострения, так в 2007 умерло 3 пациента с ХОЗЛ.

С помощью небулайзера быстро купируются приступы удушья в условиях поликлиники. Препаратом выбора из β_2 -агонистов считается сальбутамол. При его применении через небулайзер рекомендована следующая схема лечения. В первый час проводят три ингаляции по 2,5–5 мг каждые 20 мин. Затем каждый час до значимого улучшения состояния, после чего возможно назначение препарата каждые 4–5 часа в виде ингаляций дозированным персональным ингалятором.

Для терапии обострений БА и ХОЗЛ применяется небулайзерное введение ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС). Первая доза может вводиться с сальбутамолом одновременно. Используется раствор флутиказона пропионата в дозе 2000 мкг 1–2 раза в день или раствор будесонида в дозе 1000 мкг 2–3 раза в день. Более тяжелые обострения получают небулайзерную терапию в условиях дневного стационара поликлиники до 3 раз в день. Эффективность терапии контролируется спирографически.

Основной причиной утяжеления течения БА, увеличения числа госпитализаций в отделения интенсивной терапии и имеющих случаев летальных исходов является неадекватное лечение заболевания и, прежде всего, его обострения. Изучение летальных исходов у больных БА показывает, что почти 50 % смертей можно было бы предотвратить, так как они связаны с неадекватным лечением или неправильным оказанием экстренной медицинской помощи.

Таким образом, опыт работы городской поликлиники доказывает, что применение небулайзерной терапии в период обострения БА и ХОЗЛ позволяет:

- быстро справиться с симптомами воспаления и реже использовать ГКС;
 - значительно снизить число госпитализаций пациентов с обострением БА и ХОЗЛ;
 - на 50 % снизить смертность от ХОЗЛ в период обострения;
- повышает значимость внедрения новых технологий в повседневную врачебную практику.

Коваленченко В. Ф., Волошин Я. М., Ковалева А. М., Морозов В. Н., Яроцинский В. Б., Клименко С. К., Подгаевский С. Г., Давыда Р. С., Хутуашвили И. А., Войцеховская А. С., Мартынчук А. С., Мазепа С.В.
ЛФК В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЭКССУДАТИВНЫМ ПЛЕВРИТОМ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

*Национальный университет физического воспитания и спорта Украины
 ГУ "Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского АМН Украины"
 Национальная медицинская академия последипломного образования
 Национальный педагогический университет имени М. П. Драгоманова*

Введение. Лечение туберкулеза предусматривает мероприятия, направленные на общее укрепление организма, повышение его устойчивости против инфекции, нормализацию функций физиологических систем. Широко применяются мощные противотуберкулезные препараты, которые задерживают рост и прекращают размножение бактерий. Вместе с тем, в комплексном лечении большое значение имеет физическая реабилитация. Одним из основных средств ее является ЛФК. В кабинете ЛФК проводятся занятия с больными туберкулезом разных форм, среди которых отдельно выделяются больные экссудативным плевритом туберкулезной этиологии.

Материалы и методы исследования. За последний год в кабинете ЛФК были проведены занятия с 128 больными по специальному, нами разработанному комплексу лечебной физкультуры. Все больные получали полноценную этиотропную терапию. Процедуры ЛФК назначались после прекращения накопления экссудата в плевральной полости, что определялось физикальными методами обследования, рентгенограммами, ультразвуковым исследованием. В зависимости от функционального состояния кардиореспираторной системы, степени выраженности туберкулезной интоксикации и возрас-

та, больных делили на 3 группы: слабая, средняя, сильная. Больные выполняли комплекс упражнений ежедневно в течение 1–1,5 месяца.

Результаты исследования. В результате проведенной ЛФК отмечено исчезновение симптомов интоксикации, положительная динамика по данным рентгенологического и ультразвукового исследований, улучшение общего самочувствия у 116 больных (91 %), остальные без ухудшения. Увеличилось ЖЕЛ у 107 больных (83 %). Практически у всех больных произошло формирование правильного ритмичного дыхания.

Предложенная методика ЛФК показала свою высокую эффективность, что дает основание рекомендовать ее в практическое здравоохранение.

Выводы. 1. В пульмонологии и фтизиатрии важным фактором при комплексном лечении экссудативных плевритов, профилактике развития спаек и шварт является ЛФК.

2. ЛФК достоверно улучшает функциональные показатели кардиореспираторной системы, также отмечается исчезновение симптомов интоксикации, улучшение общего самочувствия, что позволяет сократить сроки лечения, избежать возможных осложнений.



Коваленченко В. Ф., Мухин В. Н., Мурза В.П., Волошин Я. М., Морозов В. Н., Яроцинский В. Б., Мерзликина О. А., Приймак М. С., Соснов А. Г., Приймак М. М., Дыба Т. Г.
ЛФК И МАССАЖ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА И ДРУГИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

*Национальный университет физического воспитания и спорта Украины
 ГУ "Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского АМН Украины"
 Национальная медицинская академия последипломного образования
 Национальный педагогический университет имени М. П. Драгоманова*

Введение. Оперативное лечение широко и успешно применяется при самых различных заболеваниях легких. Показанием к операции является безуспешное консервативное медикаментозное лечение и прогрессирование заболевания. В послеоперационный период возникают глубокие изменения, особенно в системах дыхания и кровообращения. В связи с этим важную роль в грудной хирургии играют ЛФК и массаж. Последний назначается в виде растирания и поколачивания нижних конечностей, легкого массажа грудной клетки. В случае же полного удаления легкого (пульмонэктомия) с первых же часов и в последующие дни необходимо с помощью пассивных упражнений и массажа активизировать вентиляцию оставшегося легкого за счет сжатия грудной клетки на стороне здорового легкого во время выдоха и выполнением дыхательных упражнений в исходном положении на оперированной стороне. Физические упражнения оказывают непосредственное воздействие как на нервные, так и на гуморальные механизмы, улучшая состояние нервной системы, дыхательного аппарата и кровообращения.

Материалы и методы исследования. Все больные были разделены на 2 группы. Первая — экспериментальная — занималась по разработанной нами методике ЛФК и массажа. Вторая — контрольная — занималась по обычной методике. Исследование показателей гемодинамики, внешнего дыхания, газового состава крови, клинико-лабораторных показателей крови проводились по общепринятой методике.

Результаты исследования. В раннем послеоперационном периоде у больных обеих групп наблюдалось достоверное ухудшение параметров кардиореспираторной системы: отмечалось учащение пульса, дыхания, артериальная гипертензия, снизилось насыщение крови кислородом, резко упали показатели ЖЕЛ; со стороны крови отмечались явления анемии (основная причина — кровопотеря во время операции) — уменьшение количества эритроцитов и гемоглобина.

Обсуждение. Сравнивая результаты исследований до — и после операции с применением оригинальной методики ЛФК и массажа у больных экспериментальной группы наблюдается достоверное улучшение показателей функционального состоя-

ния кардиореспираторной системы, со стороны крови — увеличение количества гемоглобина. У больных же контрольной группы за тот же период следует отметить снижение показателей ЖЕЛ, гемоглобина и количества эритроцитов.

Выводы. 1. В грудной хирургии важным фактором борьбы с последствиями операционной раны, нормализации деятельности кардиореспираторной системы и профилактики осложнений являются ЛФК и массаж.

2. Разработанная методика ЛФК, применяемая в экспериментальной группе больных раннего послеоперационного периода улучшает функциональные показатели кардиореспираторной системы и клинико-лабораторные показатели крови, что позволяет сократить сроки реабилитации, избежать возможных осложнений, способствует более быстрому возвращению человека к труду.

**Кононова Е.В., Паршин В.Д., Бирюков Ю.В.,
Пурецкий М.В., Базаров Д.В.
ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ЛЕГКИХ**

ГУ Российский научный центр хирургии им. академика Б.В.Петровского РАМН, Москва, Россия

Артерио-венозные мальформации (АВМ) легких редкая врожденная патология. Частота ее по данным разных авторов варьирует от 1 на 2350 до 1 на 39000 человек населения.

Целью работы было изучить результаты лечения артерио-венозных мальформаций легких.

Материалы и методы: находились на обследовании и лечении с АВМ 45 больных в возрасте от 6 до 49 лет. Средний возраст 25 лет. Мужчин было 28 и 17 женщин.

У 35 больных заболевание клинические проявления начались в детском и юношеском возрасте как классическая триада: одышка, акроцианоз, эритроцитоз. 19 больных были с единичными и 26 — с множественными АВМ. Двустороннее поражение отмечено у 17 больных, а у 28 больных патология выявлена только с одной стороны. Чаще АВМ локализовались в нижних долях легких.

Основным методом диагностики до 1983 года была ангиопульмонография (АПГ). В настоящее время она может быть заменена на компьютерную томографию с в/в введением контрастного вещества с 3D реконструкцией изображения. У некоторых больных интраоперационно применяли метод электромагнитной флоуметрии. Сброс крови через мальформации варьировал от 480 до 650 мл/мин.

Единственным методом лечения до 1980 г. у наших больных был хирургический и включал 29 — лобэктомий, 1 — пневмонэктомию, 1 — эксплоративную торакотомию.

С 1980 года рентгенэндоваскулярная эмболизация (РЭА) стала методом выбора лечения больных с АВМ. У 10 больных выполнено 17 РЭА. Использовались спиртотетфлоновые обтураторы, спирали Gianturca, Flipper и окклюдер Amplatzer Vascular Plug. Их количество варьировало в пределах от 1 до 7 спиралей и до 10 обтураторов у одного больного.

Результаты: После хирургического лечения было 4 летальных исхода (12%), осложнения отмечены у 8 больных (27%). После РЭА летальности не было. Осложнения отмечены у 3 больных (10%).

У всех больных результаты варьировали от уменьшения одышки до полного ее исчезновения, исчезновения акроцианоза, снижение числа эритроцитов. В ближайшее время после оперативного вмешательства улучшились показатели газообмена крови: возросли PO₂ и SatO₂.

Заключение. В настоящее время методом выбора в лечении больных с АВМ является РЭА, которая клинически эффективна и безопасна. При множественных распространенных АВМ, с поражением более двух долей РЭА следует рассматривать как единственный метод лечения. Основным методом диагностики является АПГ, который в настоящее время может быть заменен КТ с контрастированием и 3D реконструкцией изображения.

Конопкіна Л. І.

ДІАГНОСТИЧНА ЗНАЧИМІСТЬ МАРКЕРІВ СИСТЕМОГО ЗАПАЛЕННЯ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ОБСТРУКТИВНОМУ ЗАХВОРЮВАННІ ЛЕГЕНЬ

Дніпропетровська державна медична академія

На сьогоднішній день загальновізнано, що формування та прогресування хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) тісно пов'язане із системним хронічним запаленням, що проявляється підвищенням рівня деяких системних маркерів запалення у сироватці крові хворих. Зокрема, до таких маркерів належать туморнекротичний фактор- α (tumor-necrosis factor- α — TNF- α), розчинна молекула міжклітинної адгезії (soluble intercellular adhesion molecule — sICAM) та гранулоцитарно-макрофагальний колоніестимулюючий фактор (granulocyte macrophage colony-stimulating factor — GM-CSF).

Метою нашого дослідження було визначити роль вищезазначених маркерів у формуванні та прогресуванні ХОЗЛ у чоловіків та жінок.

Матеріали і методи. Нами було обстежено 83 хворих на ХОЗЛ (середній вік — 62,6 \pm 3,4 роки) у стабільну фазу захворювання.

Згідно із статтю хворі були розподілені на дві групи: до 1-ої увійшло 58 чоловіків (69,9 %), до 2-ої — 25 жінок (30,1 %). Згідно із стадією захворювання пацієнти додатково були розподілені на підгрупи.

Дослідження функції зовнішнього дихання проводили за допомогою комп'ютерного спірографа "Master Screen Lab" (Jager, Німеччина). Рівні TNF- α та sICAM визначалися кількісними методами у сироватці крові обстежених за допомогою ELISA-наборів (Dialcove, Франція), а рівень GM-CSF — за допомогою імуоферментного набору (Biosource, США).

Контрольну групу склали 24 практично здорові особи (середній вік — 55,6 \pm 4,8 років), із них чоловіків — 13 (54,2 %), жінок — 11 (45,8 %).

Отримані нами **результати** наведені у таблиці.

Таблиця

Рівні системних маркерів запалення у сироватці крові хворих на ХОЗЛ

Групи обстежених	TNF- α (пг/мл)	sICAM (нг/мл)	GM-CSF (пг/мл)
1 група (чоловіки): • ХОЗЛ I ст. • ХОЗЛ II ст. • ХОЗЛ III ст. • ХОЗЛ IV ст.	6,84 \pm 1,32 ¹ 10,85 \pm 2,54 ^{2,4} 5,36 \pm 0,94 ^{2,10} 7,80 \pm 1,36 ⁸ 5,34 \pm 1,39 ^{4,10}	528,8 \pm 69,6 714,0 \pm 90,9 ^{2,4,6,10} 448,6 \pm 53,6 ² 594,5 \pm 80,1 ⁸ 460,0 \pm 75,1 ⁴	3,12 \pm 0,33 ¹ 3,43 \pm 0,34 ^{4,6} 3,07 \pm 0,21 ⁷ 3,29 \pm 0,31 2,70 \pm 0,24 ^{4,10}
2 група (жінки): • ХОЗЛ I ст. • ХОЗЛ II ст. • ХОЗЛ III ст.	10,38 \pm 1,92 ¹ 11,74 \pm 3,25 ¹¹ 7,23 \pm 0,92 ⁵ 18,48 \pm 3,60 ^{5,8,11}	644,0 \pm 110,8 ¹¹ 392,0 \pm 92,6 ^{3,6} 567,3 \pm 108,7 ⁵ 1126,0 \pm 135,0 ^{3,5,8,11}	3,78 \pm 0,27 ^{1,6,11} 4,78 \pm 0,47 ^{2,3,6,11} 3,51 \pm 0,18 ^{2,7,11} 3,60 \pm 0,34 ^{3,11}
Контрольна група: • чоловіки • жінки	8,93 \pm 0,82 ^{9,10} 6,12 \pm 0,73 ^{9,11}	389,2 \pm 63,8 ¹⁰ 498,0 \pm 74,0 ¹¹	3,28 \pm 0,18 ^{9,10} 2,84 \pm 0,17 ^{9,11}

Примітка: ¹ — $p < 0,05$ між групами 1 (чоловіки) та 2 (жінки); ² — $p < 0,05$ між підгрупами ХОЗЛ I ст. та ХОЗЛ II ст.; ³ — $p < 0,05$ між підгрупами ХОЗЛ I ст. та ХОЗЛ III ст.; ⁴ — $p < 0,05$ між підгрупами ХОЗЛ I ст. та ХОЗЛ IV ст.; ⁵ — $p < 0,05$ між підгрупами ХОЗЛ II ст. та ХОЗЛ III ст.; ⁶ — $p < 0,05$ між підгрупами ХОЗЛ I ст. (чоловіки) та ХОЗЛ I ст. (жінки); ⁷ — $p < 0,05$ між підгрупами ХОЗЛ II ст. (чоловіки) та ХОЗЛ II ст. (жінки); ⁸ — $p < 0,05$ між підгрупами ХОЗЛ III ст. (чоловіки) та ХОЗЛ III ст. (жінки); ⁹ — $p < 0,05$ між підгрупами контрольної групи (чоловіками та жінками); ¹⁰ — $p < 0,05$ між підгрупою групи 1 та чоловіками контрольної групи; ¹¹ — $p < 0,05$ між групою 2 або її підгрупами та жінками контрольної групи.

Висновки:

1. Рівні вивчених нами маркерів системного запалення у сироватці крові здорових осіб залежать від статі.

2. З погляду на механізми формування системного хронічного запалення при ХОЗЛ існують щонайменше два клінічні фенотипи захворювання, в основі яких — статеві особливості.

3. Жіноча стать може розглядатися фактором ризику формування більш значущих системних ефектів при прогресуванні ХОЗЛ.

4. При розробці індивідуальних програм клінічної реабілітації хворих ХОЗЛ слід враховувати статеві особливості формування та прогресування системного хронічного запалення.

К

Конопльова Л. Ф., Кричинська І. В.**ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ЛЕГЕНЕВОГО СЕРЦЯ**

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, м. Київ

На сьогоднішній день за етіологією, патогенезом та клінікою розрізняють дві форми хронічного легеневого серця (ХЛС) — васкулярного та бронхолегеневого генеза. Лікування їх має бути диференційованим, оскільки при васкулярних формах ХЛС — ідіопатичній легеневій гіпертензії (ІЛГ) та посттромбоемболічній легеневій гіпертензії (ПТЕЛГ), як правило, має місце високий ступінь легеневої гіпертензії, що визначає клініку та прогноз. У хворих з ХОЗЛ, в яких поряд з підвищенням тиску в легеневій артерії (що, однак, не досягає високих значень), провідними симптомами є ознаки основного захворювання і правошлуночкова серцева недостатність.

Під нашим спостереженням знаходились 25 хворих з ІЛГ та 18 хворих з ХЛС бронхо-легеневого генеза. Серед методів обстеження, окрім клінічних, застосовувались ЕКГ в 12 відведеннях, ЕхоКС, рентгенографія органів грудної клітки, визначення функції зовнішнього дихання (ФЗД) та тест з 6-хвилинною ходьбою.

В першій групі пацієнтів в якості базисної терапії застосовувались антикоагулянти та вазодилататори. Хворі були розділені на 2 групи — 15 та 10 чоловік, що, відповідно, отримували силденафіл та амлодипін.

Після 3-місячної терапії у хворих, що отримували силденафіл, спостерігалось достовірне зниження тиску в легеневій артерії (з 97,5 \pm 7,5 мм рт. ст. до 83,4 \pm 6,7 мм рт. ст.) та збіль-

шення дистанції 6-хвилинної ходьби (з 370 \pm 45,5 м до 456 \pm 36,5 м).

Збільшення дистанції 6-хвилинної ходьби (з 380,5 \pm 39,0 м до 440 \pm 35,5 м) в групі хворих, що отримували амлодипін, спостерігалось лише у 20% пацієнтів. У інших хворих спостерігалось підвищення тиску в легеневій артерії, збільшення розмірів порожнини правого передсердя (ПП) та правого шлуночка (ПШ).

Хворі з ХОЗЛ (18 чоловік) отримували серцеві глікозиди, інгаляції зволоженого кисню, сечогінні препарати. Троє хворих отримували також силденафіл в дозі 25 мг 3 рази на добу. У цих хворих за 3 місяці спостереження відмічалось зменшення застійних явищ у великому колі кровообігу, збільшення дистанції 6-хвилинної ходьби на 60 \pm 18,5 м, зниження систолічного тиску в легеневій артерії на 20 \pm 5,5 мм рт. ст. Розміри ПП та ПШ достовірно не змінилися. У решти хворих відмічалось зростання дистанції 6-хвилинної ходьби, достовірного зниження тиску в легеневій артерії не відбулося.

У хворих з ХОЗЛ з підвищенням систолічного тиску в ЛА понад 60 мм рт. ст. слід виключати супутню патологію (кіфосколіоз, ПТЕЛГ, вади серця).

Лікування силденафілом в дозі 76 \pm 14 мг/добу призводить до суттєвого покращення показників у тяжкій категорії пацієнтів з ХЛС васкулярного генезу.

Корж Г. З., Кулинич-Міський М. О., Островський М. М., Конюська М. Й. ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ РІВНІВ С-РЕАКТИВНОГО БІЛКА ЯК БІОМАРКЕРА ЗАГОСТЕННЯ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

Івано-Франківський державний медичний університет

Серед багатьох факторів, які обмежують життєдіяльність людини, захворювання органів дихання займають одне із провідних місць. Погіршення епідеміологічної ситуації, вплив соціальних факторів, урбанізація, паління та інше — привели до того, що нині захворювання органів дихання, і, зокрема, хронічне обструктивне захворювання легень та його ускладнення, становлять найважливішу проблему сучасної пульмонології (Ю. И. Фещенко, Л. А. Яшина, 2003).

Мета дослідження: оцінити С-реактивний білок як біомаркер активності запалення під час загострення хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) у пацієнтів похилого та старечого віку з хронічною серцевою недостатністю.

Матеріали і методи: рівні С-реактивного білка плазми крові вивчали у 30 пацієнтів віком старше 65 років (середній вік $68,3 \pm 1,3$ років) з ХОЗЛ. I група — 20 пацієнтів з ХОЗЛ II—III ст. тяжкості в стадії загострення, II-а група — 10 пацієнтів з ознаками хронічної серцевої недостатності III і IV ФК (NYHA) та з ХОЗЛ в анамнезі. Матеріалом дослідження була плазма крові. Визначення рівня С-реактивного білка плазми — DiaSys (Germany) проводили в 1-ий день (до лікування) та на 14-ий день лікування. Використовували статистичні методи: критерій Фішера, χ^2 ($P_f < 0,05$; $P_c < 0,05$), критерій Спірмена.

Результати: рівень С-реактивного білка в I групі на момент поступлення в стаціонар склав $6,5 \pm 3,7$ мг/дл, на 15 день — $0,92 \pm 1,04$ мг/дл ($J0,05$) і корелював з показниками ОФВ₁ ($0,656$). У 68,9% пацієнтів цієї групи виявлені потенційно патогенні мікроорганізми. В II групі основним клінічним симптомом у всіх пацієнтів була задишка (97,5%), але лише в 24,6% пацієнтів було діагностоване загострення ХОЗЛ загальноприйнятими методами. Патогенні мікроорганізми виявлені в 13,4% пацієнтів цієї групи. Рівень С-реактивного білка був підвищений у 71,1% пацієнтів і склав $5,6 \pm 3,4$ мг/дл в день поступлення в стаціонар, а на момент завершення лікування, яке в тому числі включало використання антибактеріальних препаратів, склав $0,4 \pm 1,04$ мг/дл ($J0,05$). Коефіцієнт кореляції з ОФВ₁ — 0,875.

Висновки.

Визначення рівня С-реактивного білка у пацієнтів похилого віку з хронічною серцевою недостатністю і хронічним обструктивним захворюванням легень є діагностичним критерієм загострення хвороби, критерієм ефективності проведеної терапії та може бути включено в клінічні рекомендації щодо схем лікування пацієнтів похилого та старечого віку.

Корж О. В., Светличная С. Г., Тлустова Т. В. СОСТОЯНИЕ ПИЩЕВОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

*Донецкий национальный университет им. М. Горького
Донецкая областная клиническая туберкулезная больница*

На сегодняшний день не вызывает сомнения, что некачественное питание способствует развитию туберкулеза и снижает эффективность его лечения. Нами было проанализировано фактическое питание 87 больных с впервые выявленным инфильтративным туберкулезом легких. Большинство заболевших (54 %) не работали или имели случайный заработок, больные рабочих профессий составляли 33 % и служащие — 6 %. Потребности в основных нутриентах и энергии определялись согласно рекомендациям В.Д. Ваныханен, 2002.

Установлено, что до того, как заболеть туберкулезом, большинство больных употребляли пищевые рационы, калорийность которых удовлетворяла суточные потребности организма в энергии, составляя 2020—4105 ккал/сутки, в среднем ($3021 \pm 12,5$) ккал/сутки при рекомендованных нормах (2950—3100) ккал/сутки. Вместе с тем, наблюдался существенный дисбаланс поступления с пищей основных нутриентов. Так, содержание белка в рационах составляло ($86,2 \pm 1,5$) при рекомендованном (88—96) г., жиров — ($78,5 \pm 1,4$) при норме (108—117) и углеводов — ($508,0 \pm 19,5$) при норме (406 — 440) г в сутки. Особенно существенным был дефицит животных белков — ($29,4 \pm 1,6$) г и растительных жиров — ($7,1 \pm 0,1$) при необходимом суточном количестве соответственно (48—53) и (15,9—20,7) г. в сутки. В среднем квота белков в обеспечении калорийности рационов питания составляла 11,5 %, жиров — 23,4 % и углеводов — 65,5 %, при должном соотношении белки: жиры: углеводы 12:30:58. У 92 % больных при клиническом обследовании выявлялись признаки мультивитаминной недостаточности с выраженным дефицитом витаминов А, С, В₂, РР.

Среди показателей лабораторного обследования крови обращало на себя внимание пониженное содержание белка ($62 \pm$

± 3) г·л⁻¹ при норме (60—80) г·л⁻¹ и увеличение концентрации мочевой кислоты и креатинина: ($4,6 \pm 0,1$) ммоль·л⁻¹ и (180+11) мкмоль·л⁻¹ при норме (0,118—0,413) ммоль·л⁻¹ и (90—170) мкмоль·л⁻¹ соответственно, что могло указывать на процессы распада эндогенного белка.

Анализ рентгенологической характеристики процесса показал, что у 75 человек (86 %) течение туберкулеза сопровождалось развитием деструкции легочной ткани, двусторонний процесс (инфильтраты в обоих легких или засевы в соседнее легкое) выявлялся у 78 больных (90 %).

Таким образом, по совокупности изучаемых показателей у 92 % больных регистрировались признаки недостаточности питания с дефицитом животных белков, растительных жиров и витаминов, что наблюдалось на фоне превалирования катаболических процессов и развития деструктивных явлений в ткани легких.

Известно, что неполноценное питание снижает резистентность к инфекции не только за счет угнетения иммунитета, но в результате нарушения целостности тканей. В легких при этом происходит повреждение мерцательного эпителия дыхательного тракта, снижение фибропластической реакции, нарушение нормальных регенеративных и репаративных процессов. Развитие туберкулеза является интенсивным стрессовым фактором для всего организма, что закономерно сопровождается возникновением катаболической фазы стресса и распадом тканей, степень которого зависит как вирулентности возбудителя, так и от исходного состояния организма человека, усиливаясь на фоне белково-энергетической недостаточности питания. С учетом этого нарушение пищевого статуса организма может быть важным патогенетическим фактором, отягощающим течение туберкулеза и обуславливающим развитие деструкции в легких.

Корж О. В., Светличная С. Г., Трушина Н. А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАЦИОНАРНОГО ЭТАПА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВИЧ/СПИД-АССОЦИИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

*Донецкий национальный университет им. М. Горького
Донецкая областная клиническая туберкулезная больница*

В последние годы проблема ВИЧ/СПИД-ассоциированного туберкулеза приобретает все большую актуальность в связи с прогрессивным ростом количества больных, мало изученными особенностями течения тубпроцесса на фоне ВИЧ-СПИДА, недостаточным опытом применения сочетанной противотуберкулезной и антиретровирусной терапии (АРТ).

Нами проанализирована эффективность лечения 24 больных ВИЧ/СПИД-ассоциированным инфильтративным деструктивным туберкулезом легких, находящихся на лечении в стационарных отделениях Областной клинической туберкулезной больницы. Все обследованные получали лечение по 1 категории без назначения АРТ, интенсивная фаза (ИФ) лечения продолжалась до 90 доз. Больные находились в стационаре от 1,5 до 11 месяцев, в среднем 4,9 мес. бактериовыделение определялось у 18 чел. (таблица).

К окончанию ИФ лечения конверсия мазка наблюдалась только у 6 из 18 бациллярных больных, у остальных бактериовыделение продолжалось вплоть до выписки из отделения, а у 2 больных появилось в процессе лечения. Из обследованных лиц 6 человек (27 %) самостоятельно прервали лечение и ушли из стационара до окончания ИФ. Закрытие полости распада на фоне негативации мазка наступило у 4 больных, у остальных наблюдалась положительная рентгенологическая динамика при сохранении деструкции, а у 9 пациентов специфический процесс в легких прогрессировал, что проявлялось увеличением количества и размеров полостей распада, появлением свежих очагов бронхогенного отсева.

Таким образом, на современном этапе развития эпидемии туберкулеза одной из ведущих причин неэффективности лечения является наличие ВИЧ-инфекции (СПИДа), в связи с чем методы лечения такого контингента больных нуждаются в дальнейшем совершенствовании. В этой связи перспективным научным направлением является дальнейшее изучение особенностей течения туберкулеза у такого контингента пациентов, оценка эффективности противотуберкулезной терапии на фоне одновременного применения АРТ-терапии, выбор оптимальных режимов и разработка новых методов патогенетического лечения.

Таблица

Эффективность лечения больных ВИЧ/СПИД-ассоциированным туберкулезом легких

Показатели	Количество больных, %
Всего бактериовыделителей: из них	18–75 %
Негативация мазка к окончанию ИФ	6–33 %
Продолжение бактериовыделения	12–67 %
Закрытие полостей распада к окончанию ИФ	4–17 %
Сохранение полостей к моменту выписки:	11–46 %
Отрицательная динамика с увеличением размеров и количества полостей распада	9–37 %

К

Коржов В. И., Вальтер В. А., Жадан В. Н., Буденная М. П. СОСТОЯНИЕ ОКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ ПНЕВМОНИИ С СОПУТСТВУЮЩИМ ПАНКРЕАТИТОМ

ГУ "Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского АМН Украины", Киев

Перекисное окисление играет важную роль в модификации физико-химических свойств биомембран, регуляции функционирования различных ферментных белков и компонентов ион-транспортующих структур. Уровень же активности этой системы окисления регулируется с помощью антиоксидантной системы.

Учитывая важную роль этих систем в поддержании клеточного и внеклеточного гомеостаза представляло интерес изучить их состояние при экспериментальной инфекционной пневмонии с сопутствующим панкреатитом.

Полученные данные свидетельствуют, что при инфекционной пневмонии содержание малонового диальдегида в крови возрастает на 30 %, при панкреатите — на 25 %, при инфекционной пневмонии с сопутствующим панкреатитом — на 23 %. При этом отмечается существенное снижение активности каталазы при пневмонии, панкреатите и пневмонии с сопутствующим панкреатитом на 28 %, 20 % и 25 % соответственно.

Что касается церулоплазмينا, то при инфекционной пневмонии его содержание возрастает на 55 %, при панкреатите — на 30 %, при инфекционной пневмонии с сопутствующим панкреатитом — на 40 %.

Таким образом, нашими исследованиями показано, что инфекционная пневмония, панкреатит и инфекционная пневмония с сопутствующим панкреатитом приводят к существенной активации процессов перекисного окисления. В механизме развития заболевания, вероятно, играет и снижение активности каталазы, разлагающей образующуюся перекись водорода на воду и кислород. Однако, на этом фоне увеличение содержания церулоплазмينا, медьсодержащей ферроксидазы, свидетельствует о компенсаторной реакции, связанной с активацией переноса меди в крови, которая является кофактором цитохромоксидазы электротранспортной цепи митохондрий.

Работа выполнена за средства госбюджета.

Коржов В. И., Алферов А. Н., Вальтер В. А., Лоза Т. В., Миронченко С. В. ДЫХАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ МИКРОСОМ ПЕЧЕНИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ ПНЕВМОНИИ, ГЕПАТИТЕ, ПАНКРЕАТИТЕ

ГУ "Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского АМН Украины", Киев

Цель работы — изучение функционального состояния микросом печени при экспериментальной инфекционной пневмонии, гепатите, панкреатите, пневмонии с гепатитом, пневмонии с панкреатитом и воздействию омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (омега-3 ПНЖК)

Материал и методы. Использованы 140 половозрелых беспородных белых крыс. Животные были разделены на две группы. Первая группа — контрольная, содержала подгруппы животных с пневмонией, гепатитом, панкреатитом, пневмонией с гепатитом, пневмонией с панкреатитом. Вторая группа — опытная, содержала такие же подгруппы животных как и в первой группе но леченные омега-3 ПНЖК.

Инфекционную пневмонию у крыс моделировали интратрахеальным введением суточной культуры энтерококка (*Enterococcus faecalis*, 1 млрд клеток в 0,5 мл физраствора); гепатит — подкожным введением животным 50 % масляного раствора CCl_4 трижды (через день) из расчета 0,25 мл на 100 г массы тела крыс; панкреатит — внутрибрюшинным введением животным клеток поджелудочной железы, взятых от забитых здоровых крыс.

Дыхательную активность микросом изучали полярографическим методом по скорости поглощения кислорода в присутствии экзогенных доноров электронов (НАДН и НАДФН) и без них (свободное окисление). Омега-3 ПНЖК в дозе 0,1 мл /кг массы тела вводили животным *per-os* ежедневно на протяжении одного месяца.

Результаты. Введение интактным животным омега-3 ПНЖК не приводит к достоверным изменениям в скорости поглощения кислорода микросомами как при свободном окислении, так и при НАДН- и НАДФН-зависимом дыхании.

Инфекционная пневмония у животных сопровождается нарушением скорости потребления кислорода микросомами при окислении экзогенного и эндогенного НАДН и НАДФН более чем в два раза. Использование омега-3 ПНЖК с лечебной целью у крыс с пневмонией не приводит к нормализации вышеуказанных показателей, однако способствует их увеличению по отношению к нелеченым животным.

У крыс с гепатитом снижается скорость дыхания микросом при окислении экзогенных и эндогенных доноров электронов. Лечебное применение омега-3 ПНЖК не приводит к нормализации изученных показателей.

При панкреатите снижается скорость окисления только экзогенных НАДН и НАДФН, которые достоверно нормализуются при применении омега-3 ПНЖК.

Пневмония с сопутствующим гепатитом и сопутствующим панкреатитом сопровождается достоверным снижением скорости поглощения кислорода микросомами при свободном окислении и при использовании экзогенных доноров электронов. Применение омега-3 ПНЖК в данной группе животных с лечебной целью не способствует нормализации дыхательной активности микросом.

Выводы. Таким образом, экспериментальная инфекционная пневмония, гепатит, панкреатит а также пневмония с гепатитом и пневмония с панкреатитом приводят к снижению дыхательной активности микросом, что указывает на нарушение системы детоксикации печени. Омега-3 ПНЖК способствует частичной реактивации скорости потребления кислорода микросомами при данных патологических состояниях.

Работа выполнена за средства госбюджета.

Коркушко О. В., Асанов Э. О., Писарук А. В., Чеботарев Н. Д. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОКСИТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ

Институт геронтологии АМН Украины, Киев

Возрастная динамика функциональных возможностей организма детерминирована морфофункциональными изменениями. Это приводит к закономерному снижению резервов адаптации организма, возникновению кислородной недостаточности, что создает предпосылки для развития хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ) и усугубления его течения у лиц пожилого и старческого возраста.

С другой стороны, развитие патологических изменений при ХОЗЛ, в свою очередь, усугубляет состояние гипоксии у людей пожилого и старческого возраста.

Однако применение лекарственных препаратов в пожилом возрасте ограничено частым развитием осложнений, снижением функции печени и почек, а также противопоказаниями в связи с сопутствующими заболеваниями. Поэтому продолжается поиск и разработка эффективных немедикаментозных средств терапии больных ХОЗЛ пожилого возраста. В этой связи представляет интерес гипокситерапия, применение которой показало свою эффективность при различных патологических состояниях.

Материал и методы. Влияние курса гипокситерапии изучено у 25 больных ХОЗЛ (дыхательная недостаточность I–II ст.) пожилого возраста. Гипокситерапия проводилась на аппаратном комплексе "Гипотрон" (Украина). Курс состоял из 10 ежедневных сеансов, каждый из которых включал в себя 3 цикла 5

минутного дыхания гипоксической смесью и 5 минутного дыхания атмосферным воздухом. Тренирующий уровень гипоксии определяли индивидуально, с помощью пробы с непрерывно нарастающей гипоксией на аппарате "Гипотрон". До и после курса гипокситерапии определяли: вентиляционную функцию и газообмен в легких (диффузионную способность легких, сатурацию и напряжение кислорода в артериальной крови).

Результаты и их обсуждение. Как показали проведенные исследования, при использовании гипокситерапии у больных ХОЗЛ пожилого возраста достоверно увеличились жизненная емкость легких и резервный объем выдоха. Наряду с этим, после курса гипокситерапии у больных ХОЗЛ пожилого возраста отмечался рост максимальной вентиляции легких, что отражает повышение резервов системы внешнего дыхания.

Применение гипокситерапии также приводило к улучшению бронхиальной проходимости у больных ХОЗЛ пожилого возраста, преимущественно на уровне средних и крупных бронхов. Улучшение бронхиальной проходимости под влиянием курса гипокситерапии приводило к повышению эффективной поверхности газообмена, о чем свидетельствует незначительное, но достоверное увеличение диффузионной способности легких у больных ХОЗЛ пожилого возраста. Вследствие этого у обследованных больных после курса гипокситерапии происхо-

діло збільшення сатурації крові і напруження кислорода в артеріальній крові. Це свідчить про покращення газообміну в легенях і зменшення тяжкості артеріальної гіпоксемії у хворих ХОПН пожилого віку після гіпокситерапії.

Таким чином, отримані дані дозволяють зробити наступні висновки.

1. У хворих ХОПН пожилого віку застосування гіпок-

ситерапії покращує вентиляційну функцію легких і бронхіальну прохідність.

2. Застосування гіпокситерапії у хворих ХОПН пожилого віку призводить до покращення газообміну в легенях і зменшення ступеня артеріальної гіпоксемії.

3. Гіпокситерапія може бути рекомендована для застосування в комплексній терапії хворих ХОПН пожилого віку.

Корнага С. І., Буртова Н. В., Майовецька Н. С., Градова О. І., Медвідь Л. І. СЕРЦЕВО-СУДИННА ПАТОЛОГІЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

*Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського
Тернопільський облмуздрагсер*

Гострою і актуальною медико-соціальною проблемою в Україні і в світі є сьогодні туберкульоз. Важливим завданням фізіотерапії є лікування найбільш загрозливих в епідемічному відношенні хворих на хронічний, деструктивний туберкульоз легень. Низька ефективність терапії цих хворих зумовлена незворотними морфологічними змінами в легеневій тканині, медикаментозною резистентністю, непереносимістю протитуберкульозних препаратів, специфічними і неспецифічними ускладненнями, супровідною патологією. Серед ускладнень хронічного туберкульозу легень особливе місце займають легеневі кровохаркання і кровотечі, а також серцево-судинні ураження. У хворих туберкульоз легень часто поєднується з ішемічною хворобою серця, гіпертонічною хворобою, що є причиною низької ефективності лікування, зумовленою, в тому числі, і поганою переносимістю хіміопрепаратів. Проблема хронічного туберкульозу легень в поєднанні з кардіоваскулярною патологією є доволі актуальною і потребує подальшого достеменного вивчення. Метою нашої роботи було вивчення частоти і характеру серцево-судинної патології у хворих на хронічні форми легеневого туберкульозу, ускладненого легеневими геморагіями.

Проведено аналіз 401 історії хворих на хронічний туберкульоз легень, які лікувалися в Тернопільському обласному протитуберкульозному диспансері за останні 10 років. Вік хворих коливався в межах 24-76 роки, осіб чоловічої статі було 310 (77,3 %), жіночої — 91 (22,7 %). Мікобактерії туберкульозу виділяли 322 пацієнтів (80,3 %), порожнини розпаду констатовані у 286 (71,3 %) хворих. Найчастіше легеневі геморагії спостерігалися при фіброзно-кавернозній (26,2 %) і циротичній (16,5 %) формах туберкульозу легень.

Аналіз стаціонарних історій хворих дозволив констатувати, що протягом останніх років легеневі геморагії спостерігалися від 9,8 % до 21,9 % хворих на хронічні форми туберкульозу легень. У хворих жіночої статі ускладнення спостерігалися

рідше (12,1 %), ніж у чоловіків (17,3 %), ($P < 0,05$). У пацієнтів віком понад 40 років значно більша частота легеневої недостатності та хронічного легеневого серця ($P < 0,05$). Доволі рідко спостерігалися випадки підгострого легеневого серця (0,26 %) і токсичного міокардиту (0,97 %).

Частими супровідними захворюваннями хворих на хронічні форми туберкульозу легень ускладнені легеневими геморагіями були ішемічна (37,82 %) та гіпертонічна (25,64 %) хвороби серця, захворювання печінки (22,15), хронічні неспецифічні захворювання легень (15,62 %), хронічний алкоголізм (7,52 %), виразкова хвороба (7,52 %), цукровий діабет (4,74 %).

Лікування хворих на хронічні форми туберкульозу легень, ускладненого легеневими кровохарканнями і кровотечами, проводилося строго індивідуально з урахування загального стану, вікових змін хворих, форми туберкульозу, ускладнень, супровідної патології, чутливості мікобактерій туберкульозу до антимікобактерійних препаратів та їх переносимості, характеру геморагій, як це передбачено рекомендаціями ВООЗ щодо лікування хворих на хронічні форми туберкульозу легень.

Ефективність лікування хворих на хронічні форми туберкульозу легень, ускладненого легеневими геморагіями значно нижча, ніж у хворих без ускладнень. Значне покращення (абактеріальність і загоєння порожнин розпаду) констатоване лише у 7,76 %, а у пацієнтів без легневих кровохаркань та кровотеч — відповідно у 29,50 % ($P < 0,001$).

Висновки: Найчастіше хронічні форми туберкульозу легень ускладнювалися хронічним легенево-серцевим і міокардіодистрофією, частота яких за останні роки поступово зростає.

Почастішання серцево-судинної патології у хворих на хронічний туберкульоз легень, ускладнений легеневими геморагіями, вимагає подальшого всебічного вивчення з метою запобігання ускладненням і підвищення ефективності лікування.

К

Костик О. П., Витриховський О. Я. ІМУНОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМУ ПРИ АЛЕРГІЧНИХ ТА ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

Національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

Захворювання органів дихання запального та алергічного генезу, які перебігають з розвитком бронхообструктивного синдрому (БОС), складають одну із важливих проблем сучасної медицини. Бронхообструктивні порушення являються наслідками біологічних дефектів на різних морфологічних рівнях, які є більшою чи меншою мірою генетично детерміновані. Ці

дефекти лежать в основі бронхоспазму, гіперсекреції слизу, дискринії і набряку слизової оболонки бронхів та ін.

Механізми обструкції включають запалення та гіперреактивність малих повітряних шляхів, бронхообструкцію і анатомічні зміни альвеолярної стінки з персистуючим збільшенням повітряного просвіту безпосередньо поруч з термінальними брон-

хіолами. Під синдромом бронхіальної обструкції, на сучасному етапі, розуміють клінічний симптомокомплекс, основною ознакою якого є експіраторна задишка внаслідок обмеженого потоку повітря в бронхіальному дереві, що зумовлений бронхоспазмом, набряком слизової і дискринією.

Метою нашої роботи була діагностика імунологічних аспектів розвитку БОС у хворих з бронхіальною астмою (БА) та неспецифічними запальними захворюваннями легень (НЗЗЛ) — ХОЗЛ, пневмонією.

Вивчення показників імунологічної реактивності організму включало в себе визначення функціональної активності Т-лімфоцитів в реакції бластної трансформації лімфоцитів з фітогемаглютиніном (РБТЛ з ФГА), рівнів імуноглобулінів (Ig) класів А, М, G, Е, циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) та мікробних антитіл до найпоширеніших мікробних антигенів (стафілококу, стрептококу, пневмококу). Встановлено, що функціональна активність Т-лімфоцитів у пацієнтів хворих на пневмонію з БОС була зниженою у порівнянні з нормою ($32,5 \pm 2,1\%$) і становила $21,8 \pm 2,2\%$, а у хворих на БА — $25,8 \pm 1,5\%$. Рівень IgA визначався у пацієнтів з НЗЗЛ та БА на одному рівні ($259,5 \pm 45,5$ Од. і $261,5 \pm 38,8$ Од.), рівень IgM був значно вищий у

хворих з БА ($357,4 \pm 40,3$ Од. проти $263,3 \pm 23,3$ Од.), а рівень IgG був вищий у хворих з запальним генезом органів дихання ($1249,0 \pm 259,0$ Од. проти $1056,7 \pm 126,3$ Од.). Вищі показники IgE констатовано у хворих з алергічним генезом захворювання органів дихання ($320,3 \pm 35,5$ Од. проти $192,5 \pm 17,5$ Од.).

Рівень рецепторів для головного комплексу гістосумісності Т-лімфоцитів (CD_4) і головного комплексу гістосумісності (CD_8) переважали в сироватці крові хворих на БА, проте співвідношення CD_4/CD_8 (імунорегуляторний індекс) у пацієнтів з БА ($1,35 \pm 0,8$) виявився нижче норми ($1,4-2,0$), що свідчить про дисбаланс між CD_4 та CD_8 лімфоцитами. Рівень ЦІК переважав у хворих з запальним генезом ($6,6 \pm 0,2$ г/л.) на відміну від показників у хворих з алергічним генезом захворювання ($5,7 \pm 0,3$ г/л.).

У хворих з алергічним генезом захворювання титр антитіл до мікробних антигенів визначався на верхній границі норми ($7,5 \pm 0,5$ од.опт. щільн.), а у хворих із запальним генезом захворювання їх рівень перевищував показники норми у 2,5 раза ($16,0 \pm 3,8$ од.опт.щільн.).

Результати проведених досліджень підтверджують особливості імунологічних аспектів розвитку БОС при алергічних і запальних захворюваннях органів дихання.

Костюк І. Ф., Капустник В. А., Калмыков А. А.

ИЗМЕНЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ МАРКЕРОВ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ПЛАЗМЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ БРОНХОЛЕГочНОЙ СИСТЕМЫ

Харьковский национальный медицинский университет

Заболевания бронхолегочной системы занимают ведущее место в структуре профессиональных болезней. Среди них наиболее распространенными являются профессиональный бронхит и пневмокозиозы. В развитии и прогрессировании указанных заболеваний основное значение принадлежит иммунному воспалению. В последние годы интенсивно изучаются маркеры воспалительного процесса — так называемые сигнальные молекулы, универсальные регуляторы межклеточных взаимодействий. К ним относятся прежде всего группа цитокинов. Наряду с цитокинами, в тесном взаимодействии с ними, в развитии иммунного воспаления участвует ряд эндотелиальных факторов.

Цель. Определить особенности цитокинового профиля и показателей эндотелиальной функции у больных силикозом и пылевым бронхитом.

Материал и методы. Обследовано 40 больных силикозом (С) I-II стадии и 117 больных пылевым бронхитом (ПБ) I-III стадии. Средний возраст обследованных — $52,2 \pm 5,12$ года, продолжительность силикоза — $12,3 \pm 1,11$ года, ПБ — $9,3 \pm 0,82$ года. Стаж работы до установления диагноза в обеих группах был более 10 лет. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц, которые были сопоставимы по возрастностажевой характеристике с пациентами обследованных групп.

Наряду со стандартным клинико-лабораторным обследованием, определялось в сыворотке крови иммуноферментным методом содержание фактора некроза опухоли- α (ФНО- α), интерлейкина-1 β (ИЛ-1 β), интерлейкина-4 (ИЛ-4), эндотелина-1 (ЭТ-1). Содержание нитрита в плазме венозной крови определяли фотометрическим методом, содержание суммы метаболитов оксида азота — по реакции Грисса после восстановления

нитрата в нитрит. Структурно-функциональное состояние сердца оценивали с помощью доплер-эхокардиографии.

Результаты. При обследовании у больных С было установлено повышение, в сравнении с контролем, уровня цитокинов ФНО- α , ИЛ-1 β . У больных ПБ, наряду с повышением ФНО- α , ИЛ-1 β ?, определялось также повышение ИЛ-4, особенно при бронхиальной обструкции. Учитывая, что основными продуцентами ИЛ-4 являются Т-хелперы 2 типа, стимулирующие гуморальное звено иммунитета, можно предположить, что выявленные изменения связаны с интенсивностью воспалительного процесса и повышением реактивности гладкой мускулатуры бронхов. Содержание стабильного метаболита оксида азота нитрита в плазме крови больных С и ПБ оказалось достоверно ниже, чем в контроле, тогда как значения показателей в обеих группах между собой не отличались. Концентрация ЭТ-1, наоборот, повышалась. При этом установлена обратная корреляционная зависимость между ЭТ-1 и NO ($p < 0,01$). Наиболее существенными были нарушения эндотелиальной функции у больных с бронхообструктивным синдромом, при наличии легочного сердца, особенно декомпенсированного. Очевидно, дисфункция эндотелия способствует нарушению легочной и миокардиальной микроциркуляции у обследованных лиц и прогрессированию заболевания.

Заключение. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что показатели цитокинов и функции эндотелия отражают выраженность патологического процесса. Это может быть использовано для оценки тяжести и прогнозирования профессиональных бронхолегочных заболеваний, а также адекватного лечения с учетом выявленных сдвигов.

Кошак Ю. Ф., Кошак С. Ф.
ЕПІДЕМІЧНІ ПАРАЛЕЛІ З ТУБЕРКУЛЬОЗОМ

Тернопільський обласний комунальний протитуберкульозний диспансер
Асоціація торакальних хірургів Львівщини

За останнє десятиріччя епідемічна ситуація з туберкульозом погіршується в цілому світі, а в Україні зокрема. Щороку в світі виявляють більше 10 млн. чоловік вперше захворілих на туберкульоз, із них 1,4–2,8 млн. щорічно помирає. Загальна кількість хворих на туберкульоз становить 50–60 млн, із них 75 % становлять особи продуктивного віку (18–55 років). Так, в Україні, з 1992 р. до 2008 р. захворюваність збільшилася в 2,5 рази (32,0 до 79,8 на 100 тис. населення), а смертність зросла в 2,6 рази (з 8,1 до 21,6 на 100 тис. населення). Щогодини на туберкульоз захворює 5 людей, з яких один хворий помирає. У майбутньому ситуація з епідемією туберкульозу залежить від рівня української економіки, роботи Кабінету міністрів та покращання добробуту населення. Лікарі усіх спеціальностей допускаються помилки діагностики туберкульозу в 54,2–72,1 % випадків на рівні центральних районних лікарень, та 42,2–52,7 % міських та обласних лікарень.

Збудником туберкульозу у 96% випадків є *Mycobacterium tuberculosis*. Існує до 250 типів мікобактерій, які викликають не туберкульозне захворювання, а мікобактеріозі. Джерелом туберкульозної інфекції є хвора на туберкульоз людина, 55 видів сільськогосподарських тварин, птахів, риб. Також, можуть бути джерелом зараженні продукти тваринного і рослинного походження, органічні й неорганічні речовини. Кожен бацилярний хворий щорічно заражає 20–25 чоловік. Інфекція найчастіше поширюється повітряно-крапельним (при кашлі, розмові, чханні) та пиловим (засохлі крапельки харкотиння).

Захворювання на туберкульоз можливо також при зараженні первинно стійкими МБТ, що досить часто поширене у місцях позбавлення волі. Така форма туберкульозу не відрізняється від форм при зараженні чутливими МБТ, але вона є досить агресивною в прогресуванні і практично не піддається антибактеріальному лікуванню. За даними ВООЗ по захворюваності туберкульозом Європа поділена на три категорії:

- *Країни з низьким рівнем захворюваності* — нижче за 10 випадків на 100 тис. населення (Австрія, Німеччина, Греція, Словенія, Данія, Норвегія, Франція, Швеція, Швейцарія);
- *Країни з середнім рівнем захворюваності* — від 10 до 30 випадків на 100 тис. населення (Болгарія, Польща, Туреччина, Іспанія, Португалія, Угорщина);
- *Країни з найвищим рівнем захворюваності*, де показник вищий за 30 випадків на 100 тис. населення (Росія, Латвія, Литва, Румунія, Україна).

Протягом останнього десятиріччя в Україні постійно зростає захворюваність, особливо важких та прогресуючих форм

туберкульозу. Як правило, туберкульоз починають діагностувати по ускладненнях — плеврити, нагноєння, легеневі кровотечі, інтоксикації. З'явилися проблеми мультирезистентного туберкульозу та комбінації туберкульозу/раку та ВІЛ/СНІДу. За даними 2007 року в Україні виявлено 37 095 хворих на туберкульоз. Найвищі показники захворюваності у південно-східних регіонах України: Херсонська область — 151,4 на 100 тис. нас., Миколаївська — 104,2; Харківська — 78,6; Запорізька — 91,3; Луганська — 103,5; Кіровоградська — 101,9; Одеська — 87,1; Донецька — 94,7 на 100 тис. населення. Рівень захворюваності в цих областях збільшився за 10 років в 2,2 — 3,1 рази. В західному регіоні України показники захворюваності туберкульозом значно нижчі: Львівська — 76,0; Тернопільська — 65,5; Ів-Франківська — 71,0. В цілому по Україні захворюваність серед соціально не захищених верств населення становить понад 80 %.

Смертність від туберкульозу протягом останніх двох років відзначається стабілізацією показника і його зниженням до рівня 21,6 на 100 тис. населення. Найвищі показники смертності від туберкульозу у 2007 році були зареєстровані в областях із високим рівнем захворюваності: в Херсонській області 23,1 на 100 тис. нас., Донецькій — 29,8; Одеській — 22,9; Закарпатській — 26,3; та Луганській — 27,6. Смертність у західному регіоні у 2003 році зменшується і становить відповідно: Львівська — 20,4 на 100 тис. нас.; Тернопільська — 13,4; Ів-Франківська — 17,4. У 2002 році до 33,6 % хворих з активним туберкульозом померли вдома, а діагноз посмертного туберкульозу щороку зростає і становить 8,7 % від усіх померлих. Після спаду пандемії на туберкульоз основну роль відіграє не екзогенна, а ендогенна інфекція. Про це свідчить зростання захворюваності людей похилого віку в економічно розвинутих країнах США — 11 %, Франції — 28 %, Швейцарії — 33 %.

Актуальність боротьби з туберкульозом посилюється через швидку урбанізацію, зростаючу бідність, поширеність ВІЛ-інфекції та неефективністю державних програм боротьби з туберкульозом, що призводить до розширення джерела інфекції, інвалідацію населення, поява хіміорезистентних форм туберкульозу, поява комбінацій туберкульозу і раку легень. Якщо система боротьби з туберкульозом не буде покращена, то за прогнозами фахівців до 2020 року у світі буде зафіксовано 2 млрд. інфікованих, 200 млн. людей захворіють на туберкульоз, а близько 50 млн. помере в країнах третього світу від цього захворювання.

Кошак Ю. Ф., Кошак С. Ф.
ОСОБЛИВОСТІ ТОРАКОСКОПІЇ ПРИ ПЛЕВРИТАХ

Тернопільський обласний комунальний протитуберкульозний диспансер
Асоціація торакальних хірургів Львівщини

Вступ. Із збільшенням питомої ваги хворих з туберкульозними плевритами, етіологія випоту з плевральної порожнини завжди є складною задачею в пульмонології. Особливо ранньої діагностики вимагають плевральні випоти, які мають відсутню клініко-рентгенологічну динаміку лікування захворювання із стійким хронічним накопиченням ексудату. Першою в діагностиці ексудативного плеврити є плевральна пункція в проекції накопичення рідини з обов'язковим забором на морфологічне, цитологічне та бактеріологічне дослідження матеріалу. Технічне виконання плевральної пункції не є складною

маніпуляцією, і не потребує високої кваліфікації пульмонолога, фтизіатра чи хірурга. Але практика показує, що більшість лікарів-терапевтів, хірургів загального профілю не володіють технікою її проведення, а це збільшує ризик виникнення ятрогенного пневмотораксу. Відсутність належної кваліфікації цитолога району за дослідженнями плевральної рідини унеможливує ранню діагностику. У випадках частих повторних пункцій виникає ризик інфікування плевральної порожнини із різноманітними ускладненнями (піопневмоторакс, емпієма плеври, торакальні нориці).

Мета. Підвищити ефективність ранньої діагностики етіології плевральних випотів на основі загальних клінічних методів обстеження в комплексі з інструментальними: пункційною біопсією, торакоскопією з плевробіопсією для цитологічної та гістологічної верифікацією.

Матеріали і методи. В клініці за 2000–2007 роки лікувалося 564 пацієнтів з плевритами невідомої етіології у віці від 16 до 79 років. Чоловіків було 408, жінок — 156 (4:1). У зв'язку з неінформативністю плевральних пункцій, відсутністю рентгенологічних і бронхологічних змін у 348 (61,7 %) пацієнтів виконана торакоскопія з плевробіопсією у 335 (96,4 %) випадків.

Результати досліджень. Туберкульозний плеврит було діагностовано у 204 (58,8 %) хворих, неспецифічне запалення плеври — у 16 (4,5 %), онкологічні захворювання — у 108 (36,7 %) пацієнтів (мезотеліома плеври — у 10 дослідженнях). Загальна результативність гістологічного дослідження склала 92,3 %. Торакоскопію необхідно виконувати у спеціалізованих торакальних відділеннях, і не завжди вона можлива у важких декомпенсованих хворих, а також при злуках в плевральній порожнині. У випадку неможливості проведення торакоскопії застосовували пункційні біопсії плеври, плевральні пункції із загаль-

ноклінічними обстеженнями, включаючи імунологічні (28 хворих). У 10 пацієнтів виконували діагностичні торакотомії (туберкульоз діагностовано у 7, канцероматоз плеври — в 3 дослідженнях).

Висновки. Торакоскопія з плевробіопсією є методом ранньої ефективної діагностики плевральних випотів невідомої походження. Торакоскопічну діагностику плевральних випотів необхідно широко використовувати у спеціалізованих відділеннях. При відсутності позитивної гістологічної верифікації після торакоскопічної плевробіопсії показана діагностична торакотомія. Залежно від морфологічного діагнозу, лікування може бути продовжене як у спеціалізованому закладі, так і стаціонарах лікувальної мережі.

Резюме. В клініці Тернопільського обласного протитуберкульозного диспансеру за 2000–2007 роки лікувалося 564 хворих з плевритами невідомої етіології у віці від 16 до 79 років. У 348 (61,7 %) пацієнтів виконана торакоскопія, з плевробіопсією у 335 (96,4 %) випадків. Туберкульозний плеврит діагностовано у 204 (58,8 %), неспецифічне запалення плеври — у 16 (4,5 %), онкопатологія — у 108 (36,7 %) пацієнтів. Загальна результативність гістологічного обстеження склала 92,3 %.

Кошак Ю. Ф., Кошак С. Ф. КОМБІНОВАНИЙ РАК І ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ: ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ

*Тернопільський обласний комунальний протитуберкульозний диспансер
Львівський регіональний фтизіопульмонологічний центр*

Вступ. В Україні рак легень (РЛ) вийшов на перше місце в структурі онкологічної захворюваності чоловічого населення. Своєчасність ефективної диференціальної діагностики цієї поєднаної патології обумовлює пошук критеріїв розпізнавання вогнищево-інфільтративного ураження легень від об'ємного ракового процесу на ранніх стадіях розвитку.

Матеріали і методи досліджень. За останні 15 років проведено клініко-рентгенологічні паралелі комбінації раку і туберкульозу та лабораторні дослідження, удосконалено методи стимуляції бронхосекреції для цитологічної верифікації.

Результати та їх обговорення. На стаціонарному лікуванні перебувало 356 хворих на РЛ, поєднання його з туберкульозом — у 178 пацієнтів у віці від 18 до 77 років. Переважали чоловіки — 143 (80,2 %). У 99 (55,6 %) пацієнтів рак поєднувався з активним туберкульозом легень: у 32 відмічена інфільтративна форма, у 28 — вогнищева, у 20 — дисемінована, у 6 — фіброзно-кавернозна, у 2 — туберкулома, у 1 — циротичний туберкульоз. Мікобактерії туберкульозу (МБТ) виділяли 71

(71,7 %) хворий. При неактивному туберкульозі рак легень діагностовано у 79 (44,4 %) хворих. Центральна форма РЛ виявлена у 140 (78,5 %), периферична — у 30 (16,5 %), канцероматоз легень — у 8 (5 %). Прямі ознаки пухлини при фібробронхоскопії виявлені у 45 % обстежених, непрямі — у 31 %. Цитологічно у харкотинні у 41,3 % пацієнтів виявлено ракові клітини, в 67,1 % — мікрокровохаркання, у 48,8 % — метастазію епітелію бронхів. Браш-біопсія з бронхів в 88% доказала злякисний процес. Найбільш результативним стало дослідження харкотиння під час та після фібробронхоскопії.

Висновки. У діагностиці поєднаних уражень туберкульозу і раку легень сучасні рентгенологічні обстеження (комп'ютерна томографія), фібробронхоскопія з цито-, гістологією мають першочергове значення для своєчасної діагностики. За нашими даними, РЛ у хворих туберкульозом спостерігається значно частіше ніж серед населення взагалі: з активним туберкульозом у 4 рази, а у осіб з неактивними залишковими туберкульозними змінами у 10 разів частіше.

Кравченко Н. С., Кицай Л. Г., Похиляк С. М. ЧАСТОТА ПЕРВИННОЇ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ РЕЗИСТЕНТОСТІ У ХВОРИХ І КАТЕГОРІЇ ЗА 2004–2007 РОКИ

*Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського
Тернопільський обласний протитуберкульозний диспансер*

Хіміорезистентний туберкульоз — одна із глобальних проблем фтизіатрії у всьому світі. Для подолання епідемії туберкульозу важливим є своєчасне виявлення медикаментозної резистентності, успішне лікування полі- і мультирезистентного туберкульозу. Останніми роками збільшується частота первин-

ної медикаментозної резистентності, яка є показником неякісного лікування туберкульозу в минулому.

Проаналізовано характер і динаміку первинної медикаментозної резистентності у хворих, які лікувались у відділенні для вперше діагностованого туберкульозу (I категорія) Тернопіль-

ського обласного протитуберкульозного диспансеру у 2004–2007 роках. За цей період у відділення госпіталізовано 693 хворих, з них 556 із бактеріовиділенням (80,2 %). Первинна резистентність МБТ до протитуберкульозних препаратів встановлена у 228 хворих (41,0 %), серед яких інфільтративний туберкульоз був у 55,7 % хворих, дисемінований — 38,2 %, фіброзно-кавернозний — 3,9 %, вогнищевий — 1,8 %, туберкульоз бронха — 0,4 %. Деструкції визначались у 166 хворих (72,8 %). Серед пацієнтів із первинною резистентністю 88 чоловік (38,6 %) належали до групи ризику (алкоголізм — 26 хворих, тубконтакт — 13, звільнення з місць позбавлення волі — 13 хворих та інш.). Стійкість до одного препарату I ряду встановлена у 125 хворих (22,5 %), полірезистентність — у 69 (12,4 %), мультирезистентність у 34 (6,1 %). Серед резистентних штамів МБТ найчастіше була стійкість до стрептоміцину, рифампіцину та ізоніазиду (23,6 %, 17,8 %, 16,4 % відповідно), менше до піразинаміду (5,4 %) і етамбутолу (4,3 %). У 39 хворих (7,0 %) виявлено одночасно стійкість і до препаратів II ряду, переважно протіонаміду та амікацину.

Аналіз частоти первинної медикаментозної резистентності МБТ в динаміці показав, що найнижчий її рівень спостерігався у 2004 році (30 хворих із 131 бактеріовиділювача, 22,9 %). У 2005–2006 роках відмічено її значне зростання, а у 2007 році тенденція до зниження. У 2005 році стійкість виявлена у 55 хворих із 134 бактеріовиділювачів (41,0 %), у 2006 році — 86 із 146 (58,9 %) і

у 2007 році — у 57 із 145 хворих (39,3 %). Полірезистентні штамів МБТ у 2004–2007 роках виявлені відповідно у 7,6 %, 14,2 %, 17,1 % і 10,3 % хворих. Значне збільшення випадків мультирезистентного туберкульозу в порівнянні з 2004 роком відмічено у 2005 році (1,5 % і 8,9 % відповідно) і зберігалось на такому ж рівні в 2006 році (8,2 %). У 2007 році частота мультирезистентного туберкульозу зменшилась більш ніж у 2 рази і становила 3,4 %, хоча не досягнула рівня 2004 року (1,5 %). Стійкість МБТ одночасно до 4–5 препаратів I ряду у 2004 році була всього у 1 хворого (0,8 %), у 2006 році виявлено 6 таких випадків (4,1 %).

Лікування хворих I категорії проводили згідно стандартних режимів із застосуванням 4–5 препаратів в інтенсивну фазу. Після отримання результатів чутливості МБТ корегували комбінацію антибактеріальних препаратів. Частота припинення бактеріовиділення у хворих при хіміорезистентному туберкульозі була нижче, ніж в загальному по відділенню, особливо у 2006 році (80,2 % і 90,0 %) , що обумовлено почастішанням поліхіміорезистентних випадків у 2006 році і особливо мультирезистентних (в 4 рази).

Ретроспективні дослідження за 2004–2007 роки показали, що найбільша частота первинної резистентності, особливо полі- і мультирезистентності, була у 2006 році. У 2007 році намітилась тенденція до зниження цих показників, що може свідчити про поліпшення різних аспектів роботи з профілактики резистентності МБТ.

К

Кривенко В. І., Федорова О. П., Пахомова С. П., Непрядкіна І. В., Єремєєв В. Г. ВПЛИВ ІНГІБІТОРІВ АТ1 РЕЦЕПТОРІВ НА РЕМОДЕЛЮВАННЯ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ

Запорізький державний медичний університет

Мета роботи: визначити ефективність застосування інгібітора АТ1 рецепторів телмісартана (40 мг) на морфофункціональний стан серця у хворих на ХОЗЛ на тлі базисної терапії.

Об'єкт та методи досліджень. Протягом 6 місяців проводилось динамічне спостереження 23 хворих на ХОЗЛ II стадії, середній вік — $49,3 \pm 1,42$, середня тривалість захворювання — $12,2 \pm 1,46$ рік, 89,2 % обстежених становили чоловіки, середній тиск у легеневій артерії склав (СТЛА) $38,5 \pm 1,12$ мм рт. ст.

Для визначення основних морфофункціональних параметрів міокарду використовували ЕХОКС (ЕКС-01) із доплерівською приставкою "SIM 5000 plus" (Італія). Тиск у легеневій артерії визначали методом МРТ ("Magnaview", Фінляндія) за оцінкою інтенсивності потоку крові у стовбурі легеневої артерії за методом О. П. Мягкова та співав. (1997). СТЛА визначали при доплерографії за методом М. Isobe (1986), а середньодинамічний тиск у легеневій артерії — за формулою А. Kitabatake (1983). Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програми "Statistica 5.0 for Widows".

Аналіз результатів дослідження показав, що на тлі базисної терапії мікардіс спричиняв істотні зміни у функціональному стані серця вже через 1 місяць від початку прийому препарату. СТЛА знизився на 15,2 % ($p < 0,05$), імовірно знизилась післянавантаження на серце, а також поліпшилась насосна функція міокарда, що підтвердилось достовірним зменшенням внутріш-

нього міокардіального резерву правого та лівого шлуночків. Також було встановлено вірогідне зменшення товщини міжшлуночкової перетинки (ТМШП) та маси міокарду правого шлуночка.

Вірогідна варіабельність більшості структурно-геометричних показників лівих відділів серця сформувалася через 3 місяці, що підтвердилось імовірним зменшенням кінцевого діастолічного розміру лівого шлуночка (КДРЛШ), ТМШП, задньої стінки лівого шлуночка та індексу відносної товщини міокарду.

Одержані дані свідчать про позитивну дію телмісартану на реверсію патологічного ремоделювання серця у хворих на ХОЗЛ. Однак, його коригуючі дія мала різноплановий характер. Так, незважаючи на імовірне зниження СТЛА, істотних коливань у величині КДРПШ, правого передсердя виявлено не було. У той же час величина КДРЛШ вірогідно зменшилась уже після 12 тижнів прийому препарату.

Ми повторно обстежили даних хворих через 8 тижнів після припинення прийому препарату. Було виявлено, що досліджувані величини характеризувалися поверненням до вихідних значень.

Висновок. Телмісартан є ефективним препаратом для корекції дисфункції та ремоделювання міокарду лівого шлуночка у хворих на ХОЗЛ, а його ефективність підвищується при довгостроковому застосуванні для обмеження та реверсії патологічного ремоделювання серця у даної категорії пацієнтів.

Кривошеева Ж. И., Морозкина Н. С., Кривонос П. С. ПРОБЛЕМЫ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ БЦЖ-ВАКЦИНАЦИИ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

С самого начала применения вакцины БЦЖ и до настоящего времени проводится серьезное изучение клинических и иммунобиологических реакций в организме, происходящих под влиянием вакцинации, ее эффективности и безопасности. Имеются доказательства способности вакцины как стимулировать антителообразование, фагоцитоз и цитотоксические реакции клеточного иммунитета, так и вызывать развитие иммуносупрессии (Чернушенко Е. Ф., 1991; Бажора Ю. И с соавт., 2005).

Увеличение числа поствакцинальных осложнений в странах СНГ может быть связано с ростом иммунодефицитных состояний и сопутствующих заболеваний у новорожденных, грудных детей и более напряженным графиком иммунизации на первом году жизни. Такая же тенденция отмечается и в Беларуси, где ежегодно регистрируется более 30 случаев осложнений прививки БЦЖ, причем каждый второй ребенок подвергается оперативному вмешательству.

Проанализирована медицинская документация 128 детей раннего возраста с БЦЖ-осложнениями за период с 1996 по 2007 гг. Отмечено увеличение числа детей, лечившихся по поводу данных осложнений от 1–4 в 1996–97 гг. до 5–13 — в 1998–2004 гг. и 20–33 случаев в 2005–2007 гг. Среди заболевших детей преобладали мальчики (73,6 %), жители городов составили 76,0–80,0 %, поствакцинальный рубчик был у всех пациентов. В возрасте до 1 года заболело 25,8 % детей, от 1 года до 2-х лет — 57,1 %, от 2-х до 3-х лет — 17,1 % детей. Основным видом поствакцинальных осложнений были левосторонние лимфадениты (подмышечные, над- и подключичные), которые диагностированы у 60 детей, и поражения костно-суставной системы (оститы и артриты — у 63 чел.). Клиническим проявлением лимфаденита у детей было увеличение лимфатического узла (77,8 %), которое практически не сопровождалось болевым синдромом и выявлялось в большинстве случаев родителями уже в фазе абсцедирования. У 9,3 % детей левосторонний подмышечный лимфаденит в фазе обызвествления был выявлен случайно при рентгенологическом исследовании по поводу других причин. Диагностика процесса в фазе абсцедирования, обызвествления, а также через 4–6 и более месяцев от начала заболевания свидетельствует о несвоевременном выявлении патологии педиатрами по месту жительства.

У 17 детей (из 63-х с туберкулезным поражением костей и суставов) был установлен диагноз осложненного течения вакцинации БЦЖ, а у 46 — этот диагноз был предположен после

ретроспективного анализа историй болезни по совокупности характерных признаков симптомокомплекса БЦЖ-остита. С 2006 г. в республике налажена более точная регистрация БЦЖ-оститов, в связи с чем их число увеличилось от 5 случаев в 2006 г. до 12 в 2007 г. За 6 месяцев 2008 г. в республике установлено 8 случаев БЦЖ-оститов и 12 случаев других видов БЦЖ-осложнений. Возраст заболевших детей — от 2 месяцев до полутора лет.

В последние несколько лет меняется течение поствакцинальных осложнений, для которых стало характерным бактериовыделение и наличие казеозного некроза. В 2007–2008 гг. у 11 детей раннего возраста с БЦЖ-итами получен рост *M. bovis* из отделяемого свищей и удаленных лимфоузлов. При бактериоскопии гноя из удаленного лимфоузла у 1 грудного ребенка обнаружены кислотоустойчивые микобактерии. Кроме того, в условиях широкого распространения лекарственно-устойчивых штаммов МБТ эффективность вакцинации БЦЖ снижается. Об этом может свидетельствовать следующий факт: среди 4 детей, заболевших туберкулезным менингоэнцефалитом или генерализованной формой туберкулеза в 2007 г., трое были вакцинированы в роддоме.

Заключение

Проблема осложнений вакцинации БЦЖ является актуальной и требует анализа причин их возникновения. Повысить эффективность и снизить риск развития осложнений вакцинации БЦЖ, по нашему мнению, могут следующие мероприятия:

- более тщательный отбор детей для вакцинации БЦЖ. В случаях, когда невозможно исключить первичный иммунодефицит, отложить вакцинацию до исполнения ребенку 1 месяца или уточнения диагноза. Желательно в таких ситуациях исследование состояния иммунной системы ребенка до проведения вакцинации против туберкулеза;
- проведение 2-кратной вакцинации новорожденных против гепатита только в группах риска по развитию гепатита;
- проведение других прививок возможно только после окончания местной реакции на вакцинацию БЦЖ, т.е. после отпадения корочки. Если корочка сохраняется в 3 месяца, проведение следующих профилактических прививок должно быть отсрочено;
- постоянное повышение квалификации медперсонала, осуществляющего вакцинацию БЦЖ (30–35 % поствакцинальных реакций обусловлены нарушением техники внутрикожного введения вакцины).

Крижановський Д. Г., Кожушко М. Ю., Авдоніна О. В., Воронцова О. В. ЗАХОДИ ПРОТИДІЇ ЩОДО ПОШИРЕННЯ КО-ІНФЕКЦІЇ ТБ/ВІЛ У ДНІПРОПЕТРОВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

*Дніпропетровська державна медична академія
ДОККЛПО "Фтизіатрія", м. Дніпропетровськ*

На сучасному етапі Україна віднесена до групи країн з високим рівнем захворюваності на туберкульоз і посідає 2-ге рангове місце в Європі (після Росії) за тягарем туберкульозу. У 2006 та 2007 роках Дніпропетровська область посіла 6 місце серед інших регіонів України щодо захворюваності на туберкульоз. За даними обласного Дніпропетровського центру СНІД, на 1.03.2008 року в Дніпропетровській області зареєстровано 14339 осіб, хворих на ВІЛ/СНІД. Більш ніж 70 % з них мають супутнє захворювання — туберкульоз. В абсолютних числах це

більше 10037 осіб. Серед СНІД-індикаторних захворювань туберкульоз складає 71,3%, в том числі легеневий — 69,9 %, позалегеновий — 1,4 %. Поєднання ВІЛ-інфекції і туберкульозу — одна з найважливіших проблем сучасності, оскільки туберкульоз є однією з основних причин смерті людей, що живуть з ВІЛ.

Метою даного дослідження було визначення особливостей епідемічної ситуації з ко-інфекції ТБ/ВІЛ у Дніпропетровській області за період з 1999–2007 роки та визначення заходів протидії щодо її поширення.

Визначено, що на епідемічну ситуацію з ко-інфекції ТБ/ВІЛ значною мірою впливає те, що область займає одне з перших місць серед областей України з наркоманії та захворюваності на ВІЛ/СНІД. Негативно впливають на ці показники й заклади пенітенціарної системи, які розгорнуті на території Дніпропетровської області. Наприклад, у спеціалізованій лікарні № 89, в якій на лікуванні щорічно знаходяться від 800 до 1000 засуджених, серед яких переважна кількість хворих на "хіміорезистентний" туберкульоз.

Слід зазначити, що у 1999 році в області зареєстровано 2 випадки захворюваності на ВІЛ-асоційований туберкульоз, або 0,05 на 100 тис. всього населення. Починаючи з 2004 року цей показник щорічно збільшується майже удвічі. Так протягом 2007 року в області зареєстровано 222 випадки ТБ/ВІЛ ко-інфекції, а показник захворюваності становить 6,4 на 100 тис. всього населення. При розрахунку очікуваних показників за методикою ВООЗ захворюваність на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ по Дніпропетровській області до 2009 року складе 19 на 100 000 населення, тобто в порівнянні з 2006 роком зростає втричі. Смертність від ко-інфекції ТБ/ВІЛ також неухильно зростає. Цей показник на протязі останніх трьох років удвічі вище по Дніпропетровській області, ніж в середньому по Україні. Так, у 2006 році смертність від ко-інфекції ТБ/ВІЛ в Дніпропетровській області склала 7,7 на 100 тисяч населення, а по Україні — 3,4 на 100 тисяч населення.

Таким чином, ситуація щодо ВІЛ-асоційованого туберкульозу викликає занепокоєння та потребує негайного зміцнення усіляких зусиль щодо стримування двох найнебезпечніших інфекцій.

В умовах подолання епідемії туберкульозу та СНІДу в Дніпропетровській області найприоритетнішими є такі заходи:

1. Подальше вдосконалення законодавчої бази з туберкульозу щодо коінфекції ТБ/ВІЛ та лікування туберкульозу у осіб з асоціальним характером поведінки, які ухиляються від лікування в протитуберкульозних стаціонарах та грубо порушують лікарняний режим.

2. Створення єдиного інформаційного простору щодо хворих на ВІЛ-інфекцію та туберкульоз, із забезпеченням конфіденційності інформації щодо діагнозу пацієнта.

3. Забезпечення тестування на туберкульоз для всіх пацієнтів з ВІЛ-інфекцією, запровадження консультування та забезпечення можливості тестування на наявність ВІЛ-інфекції для всіх хворих на туберкульоз.

4. Сприяння організації та належному фінансуванню наукових, медичних та освітніх програм щодо коінфекції ТБ/ВІЛ на Україні.

5. Продовження практики спільної підготовки фахівців центрів профілактики та боротьби зі СНІДом і протитуберкульозних служб щодо питань поєднаної патології ТБ/ВІЛ.

К

Крижановський Д. Г., Кожушко М. Ю., Авдоніна О. В., Котельникова А. О. АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЩОДО ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ

*Дніпропетровська державна медична академія
ДОККЛПО "Фтизіатрія", м. Дніпропетровськ*

Хіміорезистентний туберкульоз останніми роками являється однією з головних причин погіршення ефективності лікування хворих на туберкульоз та є "наріжним каменем" сучасної програми боротьби з туберкульозом на Україні. Особливістю епідемічної ситуації сьогодення є зріст частоти не тільки вторинної, обумовленої неправильним або неконтрольованим лікуванням, але й первинної резистентності. У Дніпропетровській області на епідемію впливає значна питома вага хіміорезистентного туберкульозу серед бактеріовиділювачів. Так, серед вперше виявлених хворих у 2006 році частка хворих на туберкульоз з бактеріовиділенням склала 33 %, з них 22,3 % — хіміорезистентний туберкульоз.

Мета даного дослідження: визначення актуальних питань діагностики та лікування хіміорезистентного туберкульозу в Дніпропетровській області.

Слід зазначити, що всього за 2004 рік по Дніпропетровській області зареєстровано 410 випадків мультирезистентного туберкульозу, з яких первинну резистентність у хворих першої категорії діагностовано у 52 осіб, вторинну резистентність — у 37 осіб, у хворих другої категорії вторична резистентність виявлена у 93 осіб, хронічний туберкульоз було діагностовано у 228 осіб. У 2005 році відбувся зріст випадків мультирезистентного туберкульозу до 543, з яких первинну резистентність у хворих першої категорії діагностовано у 100 осіб, що майже вдвічі більше в порівнянні з 2004 роком; вторинну резистентність — у 59 хворих, що в 1,5 рази перевищує відповідні показники 2004 року; у хворих другої категорії вторична резистентність виявлена у 116 осіб, хронічний туберкульоз було діагностовано у 268 осіб. За даними Дніпропетровського обласного комунального клінічного лікувально-профілактичного об'єднання (ДОККЛПО) "Фтизіатрія" у першому півріччі 2007 року було обстежено 401 хворого з вперше діагностованим туберкульозом з метою дослідження стійкості мікобактерій туберкульозу до антимікобактеріальних

препаратів, що перевищило показники обстежених у першому півріччі 2006 року в 1,4 рази. В I півріччі 2007 року мультирезистентність було виявлено у 149 хворих (37 %), що на 19 % більше в порівнянні з I півріччям 2007 року. Показники стійкості у повторно лікованих та у хворих з рецидивом туберкульозної інфекції в I півріччі 2007 року за даними по ДОККЛПО "Фтизіатрія" були позитивні у 289 хворих. Мультирезистентність виявлено у першому півріччі 2007 року у 137 раніше лікованих хворих, що склало 47 % та перевищило в 2 рази відповідні показники I півріччя 2006 року. У Дніпропетровській області хворі з наявністю хіміорезистентного туберкульозу отримують індивідуальний режим лікування, в який включають доступні препарати II ряду, на основі результатів тесту на чутливість до протитуберкульозних препаратів. Звертає увагу покращення показників ефективності лікування даної категорії хворих: відсоток загоспіння порожнин розпаду у 2006 році становив 74,8 %, що на 4,8 % більш ніж у 2005 році; також відбулося збільшення питомої ваги хворих з припиненням бактеріовиділення до 83,6 %, що на 4,2 % більше, ніж у 2005 році. Відсоток конверсії культури /мокротиння у хворих у 2006 року склав 59,5 %. Тобто, серед причин неефективності лікування туберкульозу в 2006 році слід відзначити: наявність занедбаних форм при виявленні — 19 %, відмову від хірургічного лікування — 18 %, наявність супутньої патології (включаючи алкоголізм і наркоманію) — 77 %, попереднє перебування у закладах пенітенціарної системи — 84 %, наявність тубконтакту — 92 %. Таким чином, найприоритетнішими заходами, спрямованими на стабілізацію епідемічної ситуації з туберкульозу та покращення ефективності лікування у Дніпропетровській області є забезпечення безпосереднього медичного контролю за прийомом препаратів на усіх етапах лікування хворих на туберкульоз, а також створення відділень для хворих на поліхіміорезистентні форми туберкульозу на базі існуючих протитуберкульозних закладів.

Кужко М. М., Процик Л. М., Гульчук Н. М., Подгаєвський С. Г., Кужко З. Ф. ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ БРОНХОЛІТИКІВ ТРИВАЛОЇ ТА КОРОТКОЇ ДІЇ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ІЗ СУПУТНІМ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

ДУ "Національний інститут фізіотерії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України", м. Київ

З метою вивчення ефективності застосування бронхолітиків короткої та тривалої дії 82 хворих на туберкульоз легень (ТЛ) із супутнім хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) були розподілені на дві групи: пацієнти I групи — 60 (73,1 %) обстежених на фоні протитуберкульозної терапії отримували бронхолітик тривалої дії — іпратропійум бромід+фенотерол (ІБ+Ф), II групи — 22 (26,9 %) обстежених отримували бронхолітик короткої дії — сальбутамол. Окрім того, хворі I групи були також розподілені на дві підгрупи: IA — 26 (31,7 %) пацієнтів, яким поряд із зазначеним лікуванням, призначали муколітик ердостейн 300 мг двічі на добу, IB — 34 (41,5 %) хворих, які додатково отримували амброксол 30 мг тричі на добу. Хворим II групи у якості муколітика також призначали амброксол у вказаній дозі. Хворі у всіх групах були подібні за статтю, віком, формою туберкульозу, наявністю резистентності МБТ, стадією ХОЗЛ. Робота виконана за кошти державного бюджету.

У пацієнтів обох груп до та після проведеного лікування оцінювали такі клінічні симптоми, як наявність та виразність кашлю, задишки, виділення та характер харкотиння, клініко-рентгенологічні, лабораторні дані, показники ФЗД, оцінка стану бронхіального дерева методом фібробронхоскопії. Порівнювальний аналіз проводився у динаміці: при шпиталізації, в процесі лікування — через кожний місяць та після третього місяця лікування. Також була проведена оцінка ефективності лікування туберкульозу легень.

Приєднання бронхолітиків тривалої дії до специфічної терапії покращувало перебіг як ХОЗЛ так і ТЛ, але найбільш виражений клінічний ефект спостерігався при приєднанні до протитуберкульозної терапії ІБ+Ф та муколітика ердостейну, що проявлялося у частоті та термінах зникнення симптомів інтоксикації: вже за перші 2-а тижні наявність симптомів інтоксикації було відмічено тільки у 16 (61,5 ± 9,5) % хворих IA, у 24 (70,6 ± 7,8) % —

IB і у — 16 (72,7 ± 9,5) % пацієнтів II групи ($p > 0,05$); достовірно зменшенні кашлю вже наприкінці 1-го місяця лікування — (1,6 ± 0,7) та задишки (2,6 ± 1,3) балів, у порівнянні із групою пацієнтів, які отримували сальбутамол — (2,2 ± 0,8) і (3,6 ± 1,3) балів відповідно; збільшенні ОФВ₁ через 1 місяць лікування — до (82,2 ± 2,8) % у порівнянні із показниками які були перед початком терапії — (66,3 ± 2,9) % ($p < 0,05$) — у IA групі у порівнянні із (69,8 ± 2,5) % і (74,6 ± 2,6) % — у IB та (66,0 ± 2,9) % і (68,0 ± 2,9) % — у II групі пацієнтів; зменшилася кількість катарального та гнійного ендобронхіту в I групі після 1-го місяця лікування, чого не спостерігалось у II групі.

Комбіноване застосування бронхолітика тривалої дії ІБ+Ф та муколітика ердостейну в комплексному лікуванні ТЛ із супутнім ХОЗЛ сприяло зменшенню термінів припинення мікобактеріовиділення на (1,2 ± 0,3) міс. у порівнянні із сальбутамолом. Відповідна тенденція спостерігалася і при аналізі термінів загосення порожнин розпаду — найменшими вони були коли у лікуванні застосували бронхолітики тривалої дії — (4,3 ± 0,4) міс. і (4,6 ± 0,4) міс, у порівнянні із бронхолітичними препаратами короткої дії (5,1 ± 0,3) міс. Все це сприяло поліпшенню загальної клінічної картини обох захворювань, і як наслідок скороченню строків перебування хворих в стаціонарі на (1,0 ± 0,1) міс. у порівнянні із групою пацієнтів, які отримували бронхолітики короткої дії.

Таким чином, застосування ІБ+Ф із ердостейном на тлі стандартної протитуберкульозної терапії сприяє більш швидкому зникненню симптомів інтоксикації, зменшенню проявів бронхолегеневих симптомів, скорочує терміни припинення мікобактеріовиділення, загосення порожнин розпаду, призводить до зменшення тривалості стаціонарного лікування хворих на ТЛ із супутнім ХОЗЛ.

Кужко М. М., Процик Л. М., Гульчук Н. М., Подгаєвський С. Г., Бережна І. В., Кужко З. Ф. КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОЄДНАНОГО ПЕРЕБІГУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ ІЗ СУПУТНІМ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

ДУ "Національний інститут фізіотерії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України", м. Київ

З метою вивчення клінічних особливостей поєднаного перебігу туберкульозу легень (ТЛ) і хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) проведено порівняння клініко-рентгенологічних, функціональних, лабораторних даних 82 хворих із даною поєднаною патологією (I група) із 58 хворими на ТЛ, у яких при дослідженні функції зовнішнього дихання (ФЗД) не було виявлено вентиляційних порушень (II група), або вони були незначними (ОФВ₁ < 80 % від належних величин, ОФВ₁/ЖЄЛ ≥ 70 %). Робота виконана за кошти державного бюджету.

Групи хворих, включені в дослідження, були співвідношенні за віком і статтю, клінічною формою ТЛ, наявністю резистентності МБТ, стадією ХОЗЛ. У більшості пацієнтів в обох групах діагностовані інфільтративна (42,7 % і 39,7 %) та дисемінована (31,7 % і 29,3 %) клінічні форми ТЛ.

У хворих I групи діагностували порожнини розпаду у легенях — у 60 (73,2 %) випадках і у 58 (70,7 %) із них виявили мікобактеріовиділення, у II групі деструктивні форми зустрічалися лише — у 32 (55,2 %), $p < 0,05$, мікобактеріовиділення — у 29 (50,0 %), $p < 0,05$ хворих, що свідчить про більш важкий характер перебігу ТЛ на тлі ХОЗЛ.

Різноманітна супутня патологія була діагностована у 52 (63,4 ± 5,3) % пацієнтів на ТЛ у поєднанні із ХОЗЛ та — у 17 (29,3 ± 5,6)

%, $p < 0,05$, пацієнтів без зазначеної супутньої патології. В структурі фонової патології у значної частини хворих I та II груп переважали захворювання серцево-судинної системи — (19,5 ± 4,4) % і (8,6 ± 3,7) % випадків, та захворювання шлунково-кишкового тракту — у (14,6 ± 3,9) % і (8,6 ± 3,7) % пацієнтів відповідно.

Дані суб'єктивного дослідження хворих на ТЛ у поєднанні із ХОЗЛ виявили, що у них частіше зустрічаються скарги у порівнянні із пацієнтами без порушень ФЗД: втомлюваність — у 36 (43,9 ± 5,5) % і 15 (25,9 ± 4,7) %, зниження апетиту — у 49 (59,8 ± 5,4) % і 20 (34,5 ± 6,2) %, схуднення — у 32 (39,0 ± 5,4) % і 13 (22,4 ± 5,5) %, виражений кашель з виділенням харкотиння — у 23 (28,0 ± 5,0) % і 6 (10,3 ± 4,0) %, задишка — у 77 (93,9 ± 2,6) % і 21 (36,2 ± 6,3) %, біль у грудній клітці — у 23 (28,0 ± 5,0) % і 5 (8,6 ± 3,7) %, $p < 0,05$.

Дані об'єктивного дослідження виявили, що у пацієнтів I групи частіше виявляли підвищення температури тіла — у 58 (70,7 ± 5,0) % і 30 (51,7 ± 6,6) %, при перкусії легеневи звук — у 40 (48,8 ± 5,5) % і 46 (79,3 ± 5,3) %, коробковий — у 17 (20,7 ± 4,5) % і 1 (1,7 ± 1,7) %, при аускультатії везикулярне дихання — у 11 (13,4 ± 3,8) % і 35 (60,3 ± 6,4) %, жорстке дихання — у 44 (53,7 ± 5,5) % і 16 (27,6 ± 5,9) %, поодинокі сухі хрипи — у 36 (45,6 ± 5,5) % і 11 (19,0 ± 4,3) %, чисельні — у 21 (25,6 ± 4,8) %

і 1 (1,7 ± 1,7) %, підвищення ШОЕ, особливо більше 30 мм/год — у 28 (34,1 ± 5,2) % і 8 (13,8 ± 4,5) %, паличкоядерний зсув вліво — у 48 (36,3 ± 5,3) % і 12 (20,7 ± 5,3) %, $p < 0,05$, ніж у пацієнтів II групи.

Перебіг ТЛ у поєднанні із ХОЗЛ супроводжується також порушенням ФЗД переважно за обструктивним типом з розвитком генералізованої обструкції бронхіального дерева у 34,0 % випадків, яка пов'язана з клінічною формою захворювання, розповсюдженістю туберкульозних змін, наявністю бактеріовиділення і підвищується по мірі важкості процесу від вогнищового

до фіброзно-кавернозного ТЛ, а також має місце значна кількість дифузних (73,5 %) та гнійних (58,8 %) форм ендобронхіту при ендоскопічному дослідженні.

Таким чином, особливістю поєднання ТЛ і ХОЗЛ є більш важка клінічна картина з наявністю вираженого кашлю із виділенням значної кількості харкотиння слизово-гнійного та гнійного характеру, задишки, виражених аускультативних та перкуторних симптомів, значними змінами гемограми, більшою кількістю супутньої патології, супроводжується більш частими деструктивними змінами із мікобактеріовиділенням.

Кулинич-Міськів М. О., Островський М. М. РАННІ МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ БРОНХІАЛЬНОГО ДЕРЕВА У КУРЦІВ

Івано-Франківський державний медичний університет

За останні роки процеси прогресивного старіння населення України, значний масштаб забруднення атмосфери викидами автотранспорту та промисловості, тютюнопаління, незадовільні соціально-побутові умови, зростання кількості осіб з генетичною схильністю до патології органів дихання сприяли лавиноподібному збільшенню числа випадків хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) в Україні (Фещенко Ю. І., 2007).

Мета: виявити морфологічні зміни слизової оболонки бронхіального дерева у пацієнтів з великим стажем куріння.

Матеріали і методи: в дослідження були включені 25 пацієнтів (23 чоловіків, 2 жінки), середній вік — 50,5 років, стаж куріння в середньому — 20 пачкороків до 20,3 сигарет в день. В програму дослідження входило обстеження ФЗД з бронходилатаційним тестом, виконання діагностичної бронхоскопії з проведенням БАЛ із СДБ і взяттям біопсії слизової сегментарних бронхів з наступним морфологічним дослідженням.

Результати. Пацієнти оцінювалися за клінічними даними: всі страждали хронічним кашлем в середньому 14,3 років, в 35,3 % відмічалася задишка при фізичному навантаженні. При

дослідження ФЗД спостерігалися нормальні середньостатистичні показники FEV_1 (101,76 %) і FEV_1/FVC (78,87 %). Бронходилатаційний тест з 400 мкг сальбутамолу був негативним. Досліджуваним була зроблена діагностична бронхоскопія. Практично у всіх була виявлена атрофія слизової бронхів, в 30 % спостерігалася гіперемія слизової, не характерним був набряк слизової оболонки. В 70 % виявлялася мінімальна секреція слизистого секрету. При гістологічному дослідженні біопсії шпор сегментарних бронхів виявлено: в 55 % келихоподібна метаплазія, в 51 % гіпертрофія гладеньких м'язів, в 30 % потовщення базальної мембрани, в 73 % лімфоїдна інфільтрація, в 18 % гіпертрофія підслизових залоз. При дослідженні БАЛ ендцитопульмограма розділилася наступним чином: АМ 88,7 %, Н 1,2%, Л 9%, Е 0,3 %, що відповідає БАЛ у курців.

Висновки. При дослідженні групи пацієнтів з великим стажем куріння і анамнезом хронічного кашлю з виділенням харкотиння виявлені зміни, характерні для глибоких змін в морфологічній структурі бронхолегеневої системи, при цьому середньостатистичні показники ФЗД були в межах норми.

К

Кулинич-Міськів М. О., Островський М. М. МОНІТОРИНГ РІВНІВ IFN- γ У БРОНХОАЛЬВЕОЛЯРНОМУ ВМІСТІ В ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕН

Івано-Франківський державний медичний університет

Хронічні обструктивні захворювання легень відносяться до числа найпоширеніших захворювань людини і є важливою медичною та соціально-економічною проблемою сучасності, яка моделює тривалість і якість життя нації (Ю. І. Фещенко, 2008).

Метою даного дослідження є оцінка впливу препарату — тіотропіуму броміду (Спірива® "Берінгер Інгельхайм") як елемента комплексної терапії, на динаміку рівнів IFN- γ бронхоальвеолярного вмісту в хворих на хронічне обструктивне захворювання легень.

Об'єкт та методи досліджень. Динаміку рівнів IFN- γ у бронхоальвеолярному вмісті вивчали у 60 пацієнтів із ХОЗЛ II віком від 35 до 55 років. I-а група порівняння складалася з 20 хворих, котрі лікувалися за загальноприйнятими методиками, відповідно наказу МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. без використання холінолітика тривалої дії; II-а група — 40 хворих, котрим в комплексі терапії призначали препарат тіотропіуму броміду: інгаляційно 18 мкг, 1 раз на добу, курсом 30 днів. III-я група — 21 хворий, котрі отримували препарат тіотропіуму броміду: інгаляційно 18 мкг, 1 раз на добу, курсом 60 днів. Контрольну групу склали 15 практично здорових осіб (ПЗО). Рівень IFN- γ вивчали в бронхоальвеолярному вмісті, який отримували після

проведення фібробронхоскопії, методом імуноферментного аналізу апаратом "StatFax 303" за допомогою реагентів "Про-Кон" (ТЗОВ "Протеїновий контур", Росія).

Результати. Отримані нами дані свідчать про значне зниження рівнів IFN- γ бронхоальвеолярного вмісту у пацієнтів хворих на ХОЗЛ II стадії. Дослідження показало, що у бронхоальвеолярному змиві хворих на ХОЗЛ II наявне зниження рівня IFN- γ до $(0,56 \pm 0,07)$ пг/мл ($p < 0,05$), порівняно із даними у ПЗО — $(1,28 \pm 0,11)$ пг/мл. На 30 добу вміст IFN- γ у бронхоальвеолярній рідині хворих I групи збільшився лише до $0,68 \pm 0,12$ пг/мл ($p > 0,05$). Детекція показників IFN- γ в II групі хворих на ХОЗЛ II стадії на 30 добу використання препарату тіотропіуму броміду показала збільшення його вмісту від вихідних значень до $(0,97 \pm 0,07)$ пг/мл ($p > 0,05$). Максимально сприятливою була динаміка рівнів IFN- γ бронхоальвеолярного вмісту у осіб III групи. На момент завершення спостереження склали $1,16 \pm 0,08$ пг/мл ($p < 0,05$).

Висновки. Призначення препарату тіотропіуму броміду (Спірива® "Берінгер Інгельхайм") поряд із позитивною клінічною динамікою забезпечує більш якісно повноцінне відновлення рівня IFN- γ у бронхоальвеолярному вмісті у хворих на ХОЗЛ II стадії.

Ладний О. Я., Чуловська У. Б., Толох О. С.
ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ІНТЕРСТИЦІАЛЬНИХ ХВОРОБ ЛЕГЕНЬ

*Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького
 Львівський регіональний фтизіопульмонологічний центр*

Діагностика інтерстиціальних хвороб легень (ІХЛ) на нині залишається складною та контроверсійною. Визначення функціонального стану легень, вивчення радіологічного зображення легень, дослідження бронхоальвеолярного лаважу (БАЛ), впровадження комп'ютерної томографії (КТ) високої роздільної здатності, хірургічна біопсія з гістопатологічним аналізом поліпшили трактування цих захворювань.

Проведено ретроспективний аналіз результатів обстеження 68 хворих з ІХЛ, які знаходилися на лікуванні в діагностичному відділенні Львівського регіонального фтизіопульмонологічного центру в 2002–2007 роках. Вікові межі пацієнтів становили від 19 до 58 років. Для визначення природи легеневого порушення ми використовували комплексний діагностичний підхід. Діагностовано ідіопатичний фіброзуючий альвеоліт (ІФА) у 45 осіб (66,1 %), дифузне ураження легень при автоімунних захворюваннях — у 15 (22,1 %), екзогенний алергічний альвеоліт — у 4 (5,9 %), рідкісні дифузні ураження легень (лейоміоматоз, альвеолярний протеїноз, гістіоцитоз Х) — у 4 пацієнтів (5,9 %). Ретроспективний аналіз свідчить, що переважна більшість ІХЛ тривалий час мала інаперцептний перебіг. Підозра на ІХЛ вимагала ретельного аналізу анамнезу та клінічного перебігу хвороби, темпів появи та наростання проявів дихальної недостатності, причин відсутності ефекту від антибактеріальної терапії, яку хворі отримували роками, а також адекватної оцінки феномену крепітації, який чітко вказує на активність альвеоліту. Часто ситуація вимагала провести диференціальну діагностику між саркоїдозом легень та дифузними ураженнями легень бактеріальної, вірусної, грибової чи онкологічної природи. Рентгеномографічне дослідження обстежених хворих свідчило про посилення та "сотову" деформацію легеневого малюнку, дисковидні ателектази, зменшені об'єми нижніх часток легень з одночасним емфізематозним підвищенням прозорості верхніх відділів, виражену плевральну реакцію. Патогно-

монічними проявами при КТ є симптоми "матового скла" та "сотової легені". КТ високої роздільної здатності була ключовим діагностичним критерієм в розпізнанні дифузних легеневого хвороб, але не конкурувала з гістологічним підтвердженням діагнозу. В багатьох випадках КТ забезпечила специфічну інформацію навіть про рідкісні варіанти ІХЛ: лімфангіолейоміоматоз (різної форми тонкостінні кисти, дифузне поширення), гістіоцитоз з клітинами Лангерганса (порожнинні вузли на ранніх стадіях, тонкостінні кисти з ексцентричними контурами на пізніх стадіях хвороби), легеневого альвеолярний протеїноз (поява географічних ділянок ущільнень з потовщенням міжчасточкових перегородок). До поширеніших ІХЛ з характерними особливостями КТ-картини належали ІФА (патерн "матового скла" та субплевральний і базальний ретикулярний патерн з формуванням "сотової легені"), саркоїдоз (бронхоцентричні вузлики та в міжчасточкових перегородках, субплевральні вузли, фіброз нижніх зон, збільшені внутрішньогрудні лімфатичні вузли), екзогенний алергічний альвеоліт (у підгострій стадії різної вираженості симптом "матового скла" і центролобулярні вузли). КТ-симптом "дерева в бруньках" свідчив про деформацію бронхіального дерева при облітеруючому бронхіоліті, який спостерігали при медикаментозному ураженні легень, ревматоїдному артриті та системній склеродермії.

Діагноз ІФА при відсутності хірургічної біопсії нами встановлено у 41-ого з 45-и хворих (91,1 %) на підставі великих та малих критеріїв консенсусу Американської торакальної спілки та Європейської респіраторної спілки.

Таким чином, використання КТ високої роздільної здатності, бронхологічного обстеження з дослідженням БАЛ, імунологічних, морфологічних, патогістохімічних методів, динамічного спостереження за функціональним станом легень забезпечило прижиттєву діагностику різних варіантів ІХЛ і дало змогу вибрати оптимальну лікувальну тактику.

Левицька Н. А.
ХАРАКТЕРИСТИКА ПОПУЛЯЦІЙ MICOBACTERIUM TUBERCULOSIS НА ПІДСТАВІ РЕЗУЛЬТАТІВ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Одеський державний медичний університет

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) вважає, що в контролі над туберкульозом головним моментом є облік лікарської стійкості мікобактерій туберкульозу (МБТ) до лікарських засобів. Експерти ВООЗ попереджують, якщо не припинити епідемію хіміорезистентного туберкульозу, нам можливо не зупинити зріст захворюваності на цю хворобу.

Провідні фтизіатри України пропонують створити картину хіміорезистентного туберкульозу, що неможливо зробити без молекулярно-генетичних досліджень. З початку 2000 року в Південному регіоні України почалися дослідження впливу мутацій в геномі туберкульозу в розвитку резистентності МБТ до протитуберкульозних препаратів. Профіль лікарської стійкості (ЛС) формується протягом 3–4 років і сучасна ситуація з туберкульозом пов'язана зі зміною в геномі МБТ. Миколаївська область в окремий період займала одне з перших місць в розвитку епідемії туберкульозу в Україні. В зв'язку з цією ситуацією було створено контрольну групу хворих, які надійшли на лікування в Миколаївській обласній протитуберкульозній диспансері (МОПТД) у період травень-липень 2003 р., був проведений збір харкотиння; виготовлення мазків, забарвлен-

них за методом Циля-Нільсона; бактеріоскопія мазків; бактеріологічні дослідження з використанням щільного поживного середовища Левенштейна-Йенсена; визначення чутливості *M. tuberculosis* до протитуберкульозних препаратів I ряду (рифампіцин (R), стрептоміцин (S), ізоніазид (H), етамбутол (E), піразинамід (Z) і препаратів II ряду (канаміцин (K), етіонамід (Et)), за класифікацією згідно методичним рекомендаціям "Стандарти діагностики та лікування туберкульозу" Інституту фтизіатрії та пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України (2004), що використовуються в схемах лікування резистентних форм туберкульозу в МОПТД із застосуванням методу абсолютних концентрацій; виділення ізолятів ДНК із вирощених культур МБТ і проведення молекулярно-генетичних досліджень (методи полімеразної ланцюгової реакції, гібридизації з олігонуклеотидними зондами для детекції мутацій у генах, відповідальних за розвиток резистентності). Всі використані методи рекомендовані наказом МОЗ України за № 45 від 06.02.2002 р. "Про затвердження інструкції з бактеріологічної діагностики туберкульозної інфекції", методичними рекомендаціями МОЗ України з діагностики мультирезистентних форм

туберкульозу. Бактеріоскопічні та бактеріологічні дослідження проведено в бактеріологічній лабораторії МОПТД, молекулярно-генетичні — в лабораторії НДІ клінічної біофізики ОДМУ.

В основі розвитку високого рівня резистентності досліджуваних штамів МБТ лежать зміни геному *M. tuberculosis*, а саме: частота мутацій у генах МБТ, відповідальних за розвиток лікарської стійкості до рифампіцину (область гена *rpoB*), становила 36,8 %, до ізоніазиду (область гена *KatG*) — 44,7 %, до етіонаміду (область гена *InhA*, також пов'язана з резистентністю до ізоніазиду) — 15,7 %. У різноманітті виділених від хворих штамів мікобактерій туберкульозу, стійких до протитуберкульозних препаратів I, II рядів і резервних препаратів, прева-

лював штам МБТ, стійкий до комбінації стрептоміцин + ізоніазід (препаратів I ряду) — 43,9 %.

Аналіз діагностики резистентності штамів *M. tuberculosis* показав, що молекулярно-генетичні методи значно вищі за чутливістю при визначенні резистентності МБТ (в 1,93 рази), при визначенні мультирезистентності *M. tuberculosis* (в 1,61 рази) і за ефективністю (на 34,6 %) в порівнянні з бактеріологічними методами.

Отримані результати демонструють необхідність проведення моніторингу за появою мутацій в геномі МБТ на фоні призначеної хіміотерапії для проведення її корекції з метою підвищення ефективності лікування хворих на туберкульоз.

Левчик С.О.

ПОВТОРНІ ОПЕРАЦІЇ У ХВОРИХ НА РОЗПОВСЮДЖЕНИЙ ДЕСТРУКТИВНИЙ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНІВ

Обласний протитуберкульозний диспансер, м. Хмельницький

Повторні оперативні втручання з приводу розповсюдженого мультирезистентного деструктивного туберкульозу легенів проведені у 13 хворих, яким виконано повторні великі оперативні втручання, малі оперативні втручання не враховувалися. Хворим були виконані наступні оперативні втручання.

Відстрочені резекції легенів з протилежної сторони — 8, з них у 1 випадку після 3 попередньопроведених резекцій з обох сторін.

Резекція легенів після стабілізуючої торакопластики — 2 (комбінована резекція і лобектомія), в обох випадках виникли величезні залишкові порожнини з емпіємою плеври, неспроможністю операційної рани, які в подальшому були ліквідовані.

Торакопластики після двобічних резекцій легенів — 2, в 1 випадку 5-реберна торакопластика — з приводу перерозтягнення легенів і вираженої дихальної недостатності, яка після неї була ліквідована, в цьому ж випадку в подальшому при відновленні бактеріовиділення — 5-реберна реторакопластика (до 8-реберної), в 1 випадку 7-реберна торакопластика з приводу реактивації процесу.

Торакостомія — 4, в 1 випадку після двобічної резекції легенів, в 2 випадках застосована "фиркалка" і програмоване ушивання торакостоми, в 1 випадку етапна торакопластика за Богущем, в 1 випадку після пульмонектомії — міопластика торакостоми.

Ппульмонектомія — 1, після попередньо проведеної плевректомії, декортикації, інтраплевральної кавернопластики і перев'язки бронха 6 сегменту, в подальшому виникла хронічна емпієма плеври з торакальною норицею, у зв'язку з відмовою від етапної торакопластики, проведено закриття торакальної нориці і пломбування залишкової порожнини біологічною пломбою (фібриноген + тромбін + кальція хлорид + 2 антибіотики, згідно чутливості мікрофлори + антисептик зі згущуючою плевральний ексудат дією), в подальшому тричі, при рецидиві емпієми, на протязі 2 років повторні пломбування — віддалений стійкий результат.

Летальних випадків не було. В подальшому клінічне вилікування досягнуто у 10 (76,9 %) хворих, значне покращання (стабілізація процесу, без бактеріовиділення) у 2 (15,4 %) хворих. 1 хворий відмовився від подальших етапних операцій. Знебацелення у 92,3 %. 6 (46,1 %) хворим в процесі лікування застосовано штучний пневмоперитонеум.

Висновки. У фтизіохірургії, при розповсюдженому мультирезистентному туберкульозі легенів, постійно існує ризик повторних операцій. Оперативні втручання можуть бути різними. Будучи по суті вимушеними, ці операції рятують життя хворих при клінічному вилікуванні у 76,9 % випадків.

Левчик С.О.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З РОЗПОВСЮДЖЕНИМ ДВОБІЧНИМ ДЕСТРУКТИВНИМ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИМ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ЛЕГЕНІВ

Обласний протитуберкульозний диспансер, м. Хмельницький

Однією із причин неефективності хіміотерапії туберкульозу легенів є лікарська стійкість мікобактерій туберкульозу до основних протитуберкульозних препаратів і більшістю хірургів відноситься до факторів хірургічного ризику, так як частота післяопераційних ускладнень і ранніх реактивацій специфічного процесу у цієї групи хворих значно вище, що стримує хірургів від виконання оперативних втручань. Ще більше стримує від оперативного втручання наявність двобічного деструктивного процесу. Хоча в більшості випадків єдиною можливістю зупинити прогресування туберкульозу є хірургічний метод. В легенево-хірургічному відділенні було прооперовано 30 хворих з двобічним деструктивним процесом. При поступленні на хірургічне лікування деструкції знаходилися: у двох

частках — в 14 (46,7 %) хворих, у трьох частках — 13 (43,3 %) хворих, чотирьох частках — 3 (10 %) хворих, вогнища відсіву не враховувались. Хворим були виконані наступні оперативні втручання.

Ппульмонектомія — 4 (всі зліва, одна після попередньо проведеної плевректомії, декортикації, інтраплевральної кавернопластики і перев'язки бронха 6 сегменту, в 3 хворих порожнини деструкції з контрлатеральної сторони закрилися, в 1 випадку досягнуто знебацелення).

Резекції легенів з однієї сторони: комбіновані резекції — 3, лобектомії, полісегментарні резекції — 4 (в 1 випадку з 4 частковим ураженням, при наявності контрлатерального штучного пневмотораксу і пневмоперитонеуму).

Послідовні двобічні резекції легенів — 6 (в 1 випадку після 3 попередньопроведених резекцій з обох сторін).

Етапні оперативні втручання: послідовна двобічна резекція легенів + торакопластика — 2 (в 1 випадку 7-реберна верхньозадня торакопластика, в 1 випадку 5-реберна верхньозадня торакопластика + реторакопластика до 8-реберної), стабілізуюча 5-реберна верхньозадня торакопластика, з наступною резекцією з-під неї (лобектомія і комбінована резекція) — 2.

Плевректомія і декортикація легенів з резекцією сегмента + 4-етапна торакопластика за Богушем — 1.

Органозберігаючі оперативні втручання: плевректомія і декортикація -2 (в подальшому двобічні деструкції закрилися), торакопластика — 6 (в 2 випадках 6-реберна, в 4 — 5-реберна).

Післяопераційні ускладнення виникли у 16 (53,3 %) хво-

рих. Летальних випадків не було. В подальшому клінічне вилікування досягнуто у 24 (80 %) хворих, значне покращання (стабілізація процесу, без бактеріовидлення) — у 4 (13,3 %). Знебацлення у 93,3 %. Нефективне лікування в 2 (6,7 %) випадках, хворі відмовились від подальших етапних операцій. В 2 випадках (більше 5 років) — реактивація процесу в оперованій легені, проліковані консервативно. 19 (63,3%) хворим в доопераційному періоді, між етапами операцій, в післяопераційному періоді, була застосована газова колапсотерапія (штучний пневмоперитонеум, штучний пневмоторакс), в залежності від поставленої мети — окремо, поєднано, чи етапно.

Висновки. Хірургічний метод лікування хворих з розповсюдженим мультирезистентним двобічним деструктивним туберкульозом легенів є ефективним методом вибору.

Лемко О. І., Габор М. Л., Решетар Д. В., Тимканич О. М. ВПЛИВ ГАЛОАЕРОЗОЛЬТЕРАПІЇ НА СТАН ПРОТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ ЗАХИСТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Науково-практичне об'єднання "Реабілітація" МОЗ України, м. Ужгород

Метою даного дослідження є оцінка впливу комплексної галоаерозольтерапії на стан протиоксидантної системи захисту у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) з вторинною імунною недостатністю (ВІН).

Для досягнення поставленої мети були проведені біохімічні дослідження у 122 хворих на ХОЗЛ із ВІН, які проходили курс лікування в умовах стаціонару НПО "Реабілітація". В залежності від показників імунного статусу виділено три групи: I група 41 хворий з ВІН не Т-лімфоцитарного типу, II-а — 29 осіб та III-я — 52 особи — хворі, в яких зареєстровано відповідно незначний та помірний імунодефіцит за рівнем Т-лімфоцитів.

Лікування проводилось за двома лікувальними комплексами (ЛК): ЛК-1 традиційне лікування з використанням високодисперсного аерозолю кам'яної солі (галоаерозольтерапія — ГАТ) та ЛК-2 — ГАТ в поєднанні з апаратними фізіотерапевтичними процедурами.

У всіх обстежених до лікування виявлено пригнічення активності антиоксидантного захисту організму. Зокрема, активність супероксиддисмутази (СОД), каталази, рівень церуплазміну (ЦП) та перекисний гемоліз еритроцитів (ПЕГ) порівняно з показниками практично здорових осіб знижені відповідно на 33,3 %, 31,9 %, 27,1 % та 31,7 %. Такий стан досліджуваних показників свідчить про нестабільність компенсаторних можливостей системи АОЗ щодо підвищеної активності вільнорадикального окислення та нездатністю її забезпечити повну елімінацію продуктів ПОЛ.

В цілому, при ХОЗЛ, застосування ГАТ позитивно впливає на співвідношення досліджуваних показників. Однак індивідуальна частота позитивних змін досліджуваних показників неоднакова і залежить від призначеного ЛК. Зокрема, у хворих I групи найбільш виражені позитивні зміни досліджуваних параметрів зареєстровано при застосуванні традиційної ГАТ.

У хворих на ХОЗЛ з незначною та помірною ВІН підвищення активності АОЗ відмічено при всіх застосованих ЛК. Однак, найбільш виразні позитивні зміни із нормалізацією активності СОД, рівня ПГЕ при вірогідному збільшенні активності каталази та рівня ЦП зареєстровано при застосуванні ГАТ в поєднанні з апаратними фізіотерапевтичними процедурами (ЛК-2)

Таким чином, застосування ГАТ у комплексному лікуванні хворих на ХОЗЛ з ВІН призводить до неспецифічної стимуляції захисних сил організму, за рахунок підвищенням в організмі складних і багатокомпонентних систем біоантиоксикантів, які здатні інгібувати вільнорадикальне окислення. У хворих II та III груп, в лікуванні, яких була включена ГАТ в поєднанні з апаратними процедурами, індивідуальна частота позитивних змін в 1,2 рази вища, що свідчить про доцільність застосування їх в комплексному лікуванні хворих з даною патологією.

Ефективний контроль стану антиоксидантного захисту дає не тільки отриманню додаткову інформацію про глибину зазначених змін при ХОЗЛ, але і може служити прогностичним критерієм важкості перебігу та ефективності лікування.

Лепшина С. М. ЭКОЛОГИЯ И ТУБЕРКУЛЕЗ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Двенадцать лет Украина находится в состоянии эпидемии туберкулеза. В Донецкой области эпидемия носит более жесткий характер.

Цель исследования: изучение влияния загрязнения атмосферного воздуха Донецкого региона на заболеваемость и смертность от туберкулеза.

Материал и методы. Использованы данные учетно-отчетных форм противотуберкулезной службы области. Основные статистические показатели по туберкулезу (с 1977 по 2006 гг.) рассчитаны на 100 тыс. населения. Материалами для оценки

степени загрязнения воздушного бассейна региона послужили среднесуточные концентрации ксенобиотиков антропогенного происхождения, полученные из лабораторий санитарно-эпидемиологической службы и Госкомгидромета. Период наблюдения составил 35 лет. Оценка фактического уровня загрязнения атмосферы ксенобиотиками проведена на основании их среднесуточных концентраций, рассчитанных как среднеарифметические среднесуточных концентраций. Полученные данные обработаны при помощи методов вариационной статистики и корреляционного анализа.

Результаты и обсуждение. Нами установлено, что в 1993 году ситуация по туберкулезу в Донбассе существенно ухудшилась, заболеваемость туберкулезом в области достигла среднего уровня в Украине. С 1994 года показатель заболеваемости туберкулезом стал достоверно выше среднеукраинского. Обращает также внимание, что с 1977 по 1988 гг. в области заболеваемость туберкулезом сельского населения превосходила заболеваемость городского в среднем на 15,7 %, однако с 1992 года, достоверно чаще туберкулез стал встречаться среди жителей городов. Аналогичные закономерности установлены и в динамике показателя заболеваемости деструктивными формами туберкулеза. Показатель смертности за весь изучаемый период превосходил аналогичный показатель в целом по Украине. Проведенный корреляционный анализ между степенью антропогенного загрязнения атмосферного воздуха и основными эпидемиологическими показателями по туберкулезу позволил установить прямую средней силы зависимость между степенью загрязнения воздушного бассейна пылью ($r = 0,59$; $p = 0,008$), 3,4 бенз(а)пиреном ($r = 0,505$; $p = 0,027$), аммиаком ($r = 0,717$; $p = 0,03$), окисью углерода ($r = 0,607$; $p = 0,006$) и сероводородом ($r = 0,651$; $p = 0,003$) и показателем смертности от туберкулеза только городского населения области. Сильная прямая корреляционная зависимость выявлена между показателем заболеваемости туберкулезом и концентрацией фенола в воздухе городов ($r = 0,717$; $p = 0,030$), а также показателями заболеваемости деструктивными формами и концентрацией

аммиака ($r = 0,817$; $p = 0,007$). Помимо этих двух веществ, отрицательное влияние на общую заболеваемость и заболеваемость деструктивными формами туберкулеза оказывает концентрация сероводорода ($r = 0,541$; $p = 0,037$), в то время как с остальными ксенобиотиками корреляционной зависимости не выявлено. Обращает внимание, что при проведении корреляционного анализа интегральных показателей качества атмосферного воздуха статистически достоверная ($p = 0,005$) средней силы корреляционная зависимость выявлена только с показателями смертности городского населения ($K_{сум} = 0,611$; $P = 0,467$; $ИЗА7 = 0,451$). Известно, что интегральные показатели качества атмосферного воздуха наиболее полно отражают его загрязнение. Корреляционный анализ позволил установить, что только показатель смертности коррелирует с интегральными показателями загрязнения атмосферного воздуха. Этот факт свидетельствует о существенном отрицательном влиянии широкого спектра загрязнителей воздуха на реактивность макроорганизма у лиц, проживающих на территории Донецкой области, что способствует формированию распространенных деструктивных форм и некурабельных случаев туберкулеза.

Выводы. Таким образом, нами впервые установлено достоверное влияние загрязнения атмосферного воздуха в Донецкой области на заболеваемость и смертность от туберкулеза. Это свидетельствует о том, что в регионе существенный отрицательный вклад в эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу вносит "экологический фактор".

Лискина И. В., Загаба Л. М.

ОТКРЫТАЯ БИОПСИЯ ЛЕГКОГО В ДИАГНОСТИКЕ ДИФFUЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ: 5-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕРИФИКАЦИИ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА

ДУ "Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии имени Ф. Г. Яновского АМН Украины", г. Киев

Несмотря на успехи современной медицины, в последнее десятилетие наблюдается объективное увеличение частоты случаев диффузных паренхиматозных заболеваний легких (ДПЗЛ) различной этиологии, часто неясного происхождения. Известно более 200 болезней, характеризующихся таким типом поражения легких. В большинстве случаев у пациентов наблюдается неспецифический клинический симптомокомплекс, не позволяющий установить точный диагноз патологии, и, как правило, включающий:

- прогрессирующую одышку;
- сухой кашель;
- возможную периодическую лихорадку или чаще — отсутствие повышенной температуры тела;
- потерю веса;
- повышенную ночную потливость;
- повышенную утомляемость, слабость.

В настоящее время разработан значительный комплекс диагностических методов для установления точной причины развития ДПЗЛ. Тем не менее, в ряде случаев даже широкое использование методов из этого арсенала, включающее стандартные клинико-лабораторные данные, рентгенологическое исследование, компьютерную томографию высокого разрешения, магнитно-резонансное исследование и другие, не приводят к определению точного диагноза патологии. И даже использование современных миниинвазивных процедур, в частности, игольчатой (трансбронхиальной) биопсии легочной паренхимы или торакоскопии, не может гарантировать установления заключительного диагноза. В таких случаях целесообразно выполнение открытой биопсии легкого (ОБЛ), при отсутствии противопоказаний к этой операции.

Ретроспективно проведен анализ 46 случаев ОБЛ, выполненных в Национальном институте фтизиатрии и пульмонологии. В группу исследования включены как консультативные обращения, так и клинические случаи. Во всех этих случаях рентгенологическое исследование выявляло двустороннюю, преимущественно диффузную, мелкоузловую или ретикулярно-узловую диссеминацию в легких неясного характера (природы). Клинические симптомы были неспецифическими, основные из них упомянуты выше. Окончательный клинический диагноз, согласно стандартному диагностическому алгоритму исследования, во всех этих случаях не был установлен.

Результаты патогистологического исследования. Установлены следующие диагнозы (в порядке уменьшения количества случаев): идиопатическая обычная интерстициальная пневмония — 10 случаев, диссеминированный ТВ легких — 7, саркоидоз легких — 5, неспецифическая интерстициальная пневмония — 4, пульмональный гистиоцитоз Х — 4, пневмокониоз — 4, идиопатическая лимфоидноклеточная интерстициальная пневмония — 2, лейомиоматоз легкого — 2, гиперсенситивный пневмонит — 2, синдром Шегрена — 2, двусторонний канцероматоз легких — 2, альвеолярный легочный протеиноз — 1, грибковое поражение легких — 1. Полное совпадение диагнозов (клинического и заключительного, патогистологического) отмечено только в 7 случаях (15,2 %), в остальных 39 случаях (84,8 %) фигурировал диагноз "диссеминация в легких неясной этиологии", или же иногда предполагалось несколько вариантов патологии. Анализ диагностической процедуры в неясных случаях ДПЗЛ свидетельствует, что до настоящего времени ОБЛ сохраняет свое значение в качестве метода выбора в ситуациях наличия синдрома двусторонней легочной диссеминации и при наличии неспецифических клинических симптомов у пациентов.

Литвиненко А. В.

СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ НАПРЯЖЕНИЯ В КРОВИ УГЛЕКИСЛОГО ГАЗА И КИСЛОРОДА*ГУ "Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского АМН Украины"*

Работа является фрагментом исследования по изучению безопасности и эффективности оксигенотерапии у больных идиопатическим фиброзирующим альвеолитом (ИФА).

Согласно основному положению классической теории гуморальной регуляции дыхания, в формировании режима вентиляции ведущее значение имеет высокая чувствительность дыхательного центра к отклонениям в газовом составе артериальной крови. При этом из двух основных факторов — недостатка кислорода в артериальной крови и избытка углекислого газа — главная роль в регуляции дыхания принадлежит последнему.

У больных интерстициальными заболеваниями легких, прежде всего — идиопатическим фиброзирующим альвеолитом (ИФА), обычно наблюдается выраженная гипокания, то есть дефицит углекислого газа — основного стимулятора дыхательного центра. В связи с этим, а также с учетом данных литературы, можно предположить, что оксигенотерапия за счет снижения уровня гипоксемии может привести к гиповентиляции и ухудшению газового состава крови при переходе к дыханию атмосферным воздухом.

Нами проведено сравнительное изучение состояния центральной регуляции дыхания у больных с различным уровнем напряжения в крови углекислого газа (PaCO_2) и кислорода (PaO_2) в режиме дыхания атмосферным воздухом.

Обследовано 28 больных в возрасте от 36 до 74 лет: мужчин — 16, женщин — 12. Из них у 16 был диагностирован ИФА — заболевание, при котором часто развивается гипокания и дыхательный алкалоз; 12 пациентов находились в клинике по поводу хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ) III стадии, для которого обычно характерна гиперкапния с дыхательным ацидозом.

Центральную регуляцию дыхания оценивали методом окклюзионной спирометрии с использованием аппарата Master-Screen (Erich Jaeger). Рассчитывали показатель $\text{P}0.1$ — нейрореспираторный драйв (НРД) в % от должного. Определение показателей газового состава и кислотно-основного состояния крови проводили с помощью анализатора ABL5 (Radiometer).

В целом группа больных характеризовалась повышением активности дыхательного центра (ДЦ) — показатель $\text{P}0.1$ составил $(156,2 \pm 16,3) \%$.

В зависимости от величины PaCO_2 больные были распределены на две группы: у 10 пациентов PaCO_2 был меньше 37 мм рт. ст. (среднее значение в группе здоровых лиц), у 18 больных отмечалась норма- и гиперкапния ($\text{PaCO}_2 \geq 37$ мм рт. ст.). У больных с гипоканией $\text{P}0.1$ составил $(137,9 \pm 19,6)$, у пациен-

тов с $\text{PaCO}_2 \geq 37$ мм рт. ст. — $(166,4 \pm 22,0)$. Таким образом, по мере увеличения PaCO_2 наблюдается тенденция к повышению активности ДЦ, однако эти изменения были не достоверными ($t = 0,95$).

В зависимости от величины PaO_2 были выделены две группы больных: у 17 пациентов наблюдалась гипоксемия ($\text{PaO}_2 < 65$ мм рт. ст. — нижняя граница нормы, по нашим данным), у 11 больных признаков гипоксемии в состоянии покоя не наблюдалось ($\text{PaO}_2 \geq 65$ мм рт. ст.). У больных с нормальными значениями PaO_2 $\text{P}0.1$ составил $(150,7 \pm 18,4)$, у больных с гипоксемией наблюдалась тенденция к увеличению НРД; $\text{P}0.1 = (159,8 \pm 24,4)$. Различие групп больных по величине $\text{P}0.1$ было также не достоверным ($t = 0,30$).

Нами проведено изучение корреляционной зависимости НРД от PaO_2 и PaCO_2 с расчетом коэффициента линейной корреляции Пирсона. Выявлена обратная зависимость $\text{P}0.1$ от PaO_2 ($r = -0,21$; $t = 0,944$; $p = 0,353$) и прямая зависимость $\text{P}0.1$ от PaCO_2 ($r = 0,11$; $t = 0,944$; $p = 0,667$). Вместе с тем, связи были статистически не значимыми.

Учитывая, что вариационный ряд $\text{P}0.1$, в отличие от рядов PaO_2 и PaCO_2 , характеризовался ненормальным распределением, было проведено вычисление непараметрического коэффициента Пирсона. В результате получена еще менее выраженная зависимость $\text{P}0.1$ от PaO_2 ($r = -0,18$; $t = 0,944$; $p = 0,353$) и PaCO_2 ($r = 0,08$; $t = 0,944$; $p = 0,667$).

Суммируя результаты исследования, можно заключить, что по мере увеличения степени гипоксемии и гиперкапнии наблюдается тенденция к увеличению НРД, однако повышение активности центральной регуляции дыхания в ответ на увеличение PaCO_2 и уменьшение PaO_2 было статистически не достоверным.

Известно, что активность ДЦ определяется не только афферентной импульсацией с хеморецепторов, реагирующих на избыток CO_2 и недостаток O_2 . Центральная регуляция в значительной мере поддерживается импульсацией с рецепторов растяжения, находящихся в дыхательных путях и легких, с рецепторов дыхательной мускулатуры и других систем организма.

Вместе с тем, полученные результаты не отрицают потенциальные побочные эффекты оксигенотерапии у больных с гипоканией в виде развития гиповентиляции и увеличения степени гипоксемии при переходе к дыханию атмосферным воздухом. Все это обуславливает необходимость изучения динамики НРД, режима вентиляции и газового состава крови в восстановительном периоде после окончания сеанса оксигенотерапии.

Лоза Т. В., Барбова А. И.
МЕТАБОЛИЗМ ОКСИДА АЗОТА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ ПНЕВМОНИИ И ПАНКРЕАТИТЕ И ПРИМЕНЕНИИ ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ

ГУ "Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского АМН Украины"

Образование оксида азота происходит из гуанидинового азота L-аргинина под действием NO-синтаз. Оксид азота имеет свободнорадикальные свойства, контролирует многие биохимические процессы. В тканях и крови окись азота метаболизируется до конечных стойких продуктов, таких как нитрат ион (NO_3^-) и нитрит ион (NO_2^-).

Цель настоящего исследования — изучение содержания в крови конечных метаболитов оксида азота у животных с экспериментальной инфекционной пневмонией, отягощенной сопутствующим заболеванием (панкреатит) и применении омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (омега-3 ПНЖК).

Эксперимент проведен на 50 половозрелых белых крысах массой 180–200 г. Животные были разделены на несколько групп: интактные, с экспериментальной инфекционной пневмонией, панкреатитом, пневмонией с сопутствующим панкреатитом. Кроме того, три аналогичные группы получали омега-3 ПНЖК ежедневно в течение месяца с лечебной целью из расчета 0,1 г/кг массы тела.

Полученные данные свидетельствуют об изменениях содержания оксида азота у животных с экспериментальной инфекционной пневмонией, панкреатитом, инфекционной пневмонией, отягощенной панкреатитом по отношению к интактным крысам. Его содержание достоверно уменьшилось в среднем соответственно на 72,5 %, 22,4 %, 38,4 %.

Применение омега-3 ПНЖК привело к достоверному увеличению содержания оксида азота в плазме крови животных: с инфекционной пневмонией — на 173,4 %, с экспериментальным панкреатитом — на 32,8 %, с инфекционной пневмонией с сопутствующим панкреатитом — на 44,5 %.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о том, что инфекционная пневмония и экспериментальный панкреатит сопровождаются существенными изменениями в содержании продуктов метаболизма оксида азота, которые поддаются коррекции омега-3 полиненасыщенных жирных кислот.

Работа выполнена за средства госбюджета.

Л

Магалецький І. Ф., Волошина В. В., Скібіна І. Е., Любушкіна С. М., Мозгова О. В. ОСОБЛИВОСТІ ВИЯВЛЕННЯ ВІЛ-АСОЦІЙОВАНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ЛУГАНСЬКІЙ ОБЛАСТІ

*Луганський державний медичний університет
Луганський обласний протитуберкульозний диспансер*

Метою нашого дослідження був аналіз своєчасного виявлення ВІЛ-асоційованого туберкульозу у хворих, а також результати лікування.

Нами вивчено 84 історій хвороби пацієнтів із ВІЛ-асоційованим туберкульозом, що знаходилися на лікуванні в Луганському обласному протитуберкульозному диспансері за період 2003–2007 років.

Серед хворих переважали чоловіки — у 76,2 % випадках, жінок — 23,8 %. Більшість склали особи працездатного віку від 20 до 40 років — 89,3 %. Серед них лише третина хворих (32,1 %) мала постійне місце роботи. В 11,9 % випадків хворі були інвалідами з туберкульозу. В 2,4 рази частіше реєструвалися мешканці міст — 59 хворих (70,2 %), жителі із сільської місцевості — 25 (29,3 %).

При опитуванні хворих з'ясовано, що половина з них (54,8 %) до виявлення туберкульозу знаходилася під наглядом інфекціоніста з приводу ВІЛ/СНІДу протягом 1–6 років, та повинна була проходити щорічне рентгенологічне обстеження. Встановлено, що лише у 5,9 % випадках туберкульоз у даної категорії хворих був виявлений при профілактичному огляді, а у 94,1 % випадках туберкульоз реєструвався при зверненні за медичної допомогою. У 27,8 % випадків пацієнти вказували на контакт із хворим на туберкульоз, але не отримували хіміопротифілактику. Дві третини хворих (63,9 %) не проходили флюорографічного обстеження більше 2-х років. У 45,2 % випадках ВІЛ/СНІД вперше виявлено у протитуберкульозному закладі.

На час госпіталізації переважали хворі з вперше діагностованим туберкульозом (кат. 1 — 67,1 %, кат. 2 — 19,5 %, кат. 3 — 7,3 %, кат. 4 — 3,7 %, кат. 5.1 — 2,4 %). За клінічними формами туберкульозу у пацієнтів практично однаково часто реєструвалися дисемінований туберкульоз легенів (39,3 %), та інфільтративний (31,6 %). У кожного п'ятого пацієнта (21,5 %) був виявлений позалегеновий туберкульоз: туберкульозний менінгіт,

туберкульоз периферійних лімфовузлів, плеври, очей. Значно рідше зафіксовано вогнищевий туберкульоз легенів (2,5 %) та фіброзно-кавернозний (3,8 %).

При госпіталізації у половини пацієнтів виявлено деструктивний туберкульоз (52,2 %). У 54,2 % випадків було зафіксовано бактеріовиділення, причому у 48,6 % випадках бактеріовиділення підтверджено бактеріологічним методом, а у 45,8 % випадках також і при бактеріоскопії. Серед бактеріовиділювачів у 46,2 % випадках реєструвалася первинна хіміо-резистентність мікобактерій туберкульозу до протитуберкульозних препаратів І ряду.

У більшості пацієнтів виявлено опортуністичні інфекції, які погіршували стан хворих: кандидоз (36,6 %), вірусний гепатит (44,3 %), герпетична інфекція (21,5 %), токсоплазмоз (23,3 %), вірусний увеїт (10,1 %).

Аналіз показав, що лише у 11,3 % випадках пацієнти завершили основний курс протитуберкульозної терапії і було досягнуто повного ефекту. Закінчили лікування із частковим ефектом (припинення бактеріовиділення) — 7,5 %, лікування визначено неефективним у 10,1 % випадків, прогресування та смерть хворих реєструвалися у 16,7 % випадках. У 54,4 % випадках хворі виписані за самовільне припинення лікування у відділенні, та за порушення лікарняного режиму.

Таким чином, відсутність серед ВІЛ-позитивних осіб щорічного профілактичного огляду та хіміопротифілактики призводять до виявлення деструктивних форм туберкульозу (у 52,2 % випадках) із бактеріовиділенням (54,2 %). При госпіталізації у протитуберкульозний диспансер залишається високим відсоток вперше виявленого ВІЛ/СНІДу (45,2 %), що підкреслює недостатнє обстеження на ВІЛ-інфекцію населення серед груп ризику. Основною причиною низької ефективності хіміо-терапії серед хворих з ВІЛ-асоційованим туберкульозом є перване лікування з вини хворих (54,4 %).

Мажак К. Д.

ЯКІСНА І КІЛЬКІСНА ОЦІНКА ЗМІН АКТИВНОСТІ АДЕНОЗИНДЕЗАМІНАЗИ ПРИ ТУБЕРКУЛЬОЗІ ЛЕГЕНЬ

Львівський науково-дослідний інститут епідеміології та гігієни МОЗ України

Зростання частоти виявлення гостроперебігаючих варіантів туберкульозного процесу обумовлює необхідність пошуку нових ефективних методів об'єктивізації важкості стану хворого, а також оцінки динаміки і прогнозу захворювання, вибору тактики і оцінки ефективності лікування.

Аденозиндезаміназа (АДА) — фермент локалізований в цитоплазмі клітин всіх тканин савців, відіграє унікальну роль в диференціації і проліферації імункомпетентних клітин і є ключовим ферментом клітинного імунітету. АДА має декілька ізоформ, що кодуються різними генами. Найважливішими є АДА₁, який виявляється в клітинах різних органів і тканин, в лімфоцитах і моноцитах і АДА₂ — тільки в моноцитах і макрофагах.

З огляду на це метою нашої роботи було вивчення показника АДА і його ізоформ як маркера важкості стану хворого, контролю за динамікою процесу і прогнозом лікування. Предикторна інформативність та чутливість даного показника порівнювалася з іншими показниками, оцінка яких достовірно характеризує стан імунного нагляду, вираженість ексудативно-

деструктивного змін при різній активності специфічного процесу, ступінь ендогенної інтоксикації. В якості контрольних показників використано біохімічні дані, отримані при обстеженні 30 практично здорових осіб-донорів.

Активність АДА і 2-дезоксидеокси-АДА визначали методом Martinek в модифікації G.Giusti (1974), активність ізомерів АДА₁ і АДА₂ з врахуванням їх різної спорідненості до субстратів, оптимального рН, константи Міхаеліса (G.Giusti, 1971). За одиницю активності АДА приймали кількість ферменту необхідного для звільнення при стандартних умовах 1 мкмоль аміаку за 1 хв. (встановлена норма для сироватки крові — 13,0 ± 0,40 мкмоль/хв.л).

Обстежено 286 хворих з різною активністю, гостротою перебігу поширеністю та формами туберкульозу легень, особливостями характеру бактеріовиділення і резистентністю збудника, наявністю супутніх захворювань. Всі хворі були обстежені до лікування, а також через 2, 4, окремі — через 6 міс. терапії. Комплексне обстеження і лікування хворих проводили у відповідності з діючою ДОТС-стратегією.

Встановлено, що коливання рівня АДА співвідносяться з важкістю стану хворого, клініко-рентгенологічною динамікою, вираженістю системної запальної відповіді. До лікування найбільш високі рівні АДА (понад 22,6 мкмоль/хв.л) реєструвались при масивному бактеріовиділенні і поширеності деструктивно-інфільтративних змін в легенях; найбільш високі (> 27,5 мкмоль/хв.л) — у хворих з подальшим несприятливим наслідком захворювання. Зниження рівня АДА супроводжувалось зменшенням вираженості клініко-рентгенологічних порушень, реактантів "гострої фази" запалення, інтенсивності процесів ПОЛ, рівня ендогенної інтоксикації за показниками молекул середньої і малої маси, ЛПН. Збереження високого рівня АДА або його підвищення в процесі терапії зареєстровано у хворих з прогресуванням процесу і летальним наслідком. Значимість характеру змін сукупності різних біохімічних показни-

ків, що відображають еволюцію запального процесу, підтверджена результатами факторного аналізу. Встановлено, що гіперферментемія АДА в сироватці крові при туберкульозі легень розвивається головним чином за рахунок приросту активності АДА₂, джерелом якого є моноцити і макрофаги. Виявлено високу ступінь зв'язку між активністю АДА₂ і концентрацією СРБ, церулоплазміну, гаптоглобіну, малонового діальдегіду, середньо молекулярних пептидів ($p < 0,02$).

Результати комплексного дослідження хворих на туберкульоз легень в співставленні з особливостями його дальшої еволюції дозволяють висловити, що визначення рівня АДА дозволяє підвищити ефективність діагностичного процесу, може служити чутливим і специфічним методом моніторингу динаміки процесу, індикатором ефективності і прогнозу лікування.

Макаров А. В., Сокур П. П., Кравчук Б. О., Куценко Л. Г. ВРОДЖЕНІ ВАДИ РОЗВИТКУ ЛЕГЕНЬ ТА МЕЖИСТІННЯ, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ

*Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, м. Київ
Київська міська клінічна лікарня № 17, м. Київ*

Вроджені вади розвитку бронхолегеневої системи є однією з найбільш складних проблем сучасної пульмонології відносно діагностики, патогенезу та лікування.

Аномалії легень та межистіння виникають внаслідок ембріональних або постнатальних порушень розвитку, однак, клінічно проявляються ускладненнями, частіше у вигляді нагноєнь, переважно в ранньому дитячому віці. В подальшому хворі з такими ускладненнями розглядаються, як ті, що страждають на хронічні запальні захворювання легень.

Метою даної роботи було визначення та впровадження найбільш інформативних методів для ранньої діагностики вроджених вад бронхолегеневої системи, а також встановлення показань до оперативного втручання або консервативної терапії.

За 30-річний період в клініці обстежені та прооперовані 1753 хворих з вродженими аномаліями бронхолегеневої системи, з них 65,5 % — діти і 34,5 % — дорослі.

Найбільшу групу оперованих склали хворі з дизонтогенетичними бронхоектазами (45 %), простою гіпоплазією (15 %), солітарними кістами легень та межистіння (14 %), кістозною гіпоплазією (12 %), полікістозом легень (4,4 %), секвестрацією легень (3 %), вродженою лобарною емфіземою (3 %).

З метою діагностики вроджених вад застосовували найбільш інформативні методи дослідження, які включали трахеобронхоскопію, двобічну послідовну роздільну бронхографію комп'ютерну томографію, включаючи спіральну з внутрішньовенним підсиленням, медіастинографію, відеоторакоскопію, езофагографію та інше.

Поряд з проведенням індивідуально визначених діагностичних методів усім хворим проводили консервативну протизапальну терапію, яка й була передопераційною підготовкою. Залежно від виду виявленої вродженої ваді бронхолегеневої системи визначали показання до хірургічного або консервативного лікування. Показанням до оперативного лікування були всі наведені вище вроджені вади, хворим з наявністю яких виконані різноманітні хірургічні втручання. Основними принципами таких втручань є радикальність і проведення органозберігаючих операцій з мінімальною травматизацією тканин.

Консервативному лікуванню підлягали пацієнти з простими гіпоплазіями, що не ускладнені бронхоектазами, а також при бронхоектатичній хворобі з дифузними змінами обох легень.

Летальних випадків не було.

Маленький В. П. СИНДРОМ ЕНДОТОКСИКОЗУ ПРИ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ БРОНХО- ЛЕГЕНЕВОЇ СИСТЕМИ І ШЛЯХИ ДЕТОКСИКАЦІЇ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Відомо, що гострі та хронічні запальні процеси органів дихання (пневмонія, хронічні обструктивні захворювання легень, бронхоектатична хвороба, туберкульоз) перебігають на тлі ендотоксикозу, обумовленого накопиченням в організмі біологічно активних речовин: ендотоксинів бактерій, продуктів перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) як первинних (гідроперексидів), так і вторинних (малонового діальдегіду — МДА), активних форм кисню тощо. При цьому має місце зниження всіх компонентів системи антиоксидантного захисту. Інтенсифікація цього процесу впливає не тільки на пряму альтерацію біомембран,

але й через кальцій-залежні механізми на реактивність нейтрофілів та гіперреактивність бронхів, обумовлює клінічний перебіг хвороби та її прогноз.

Мета роботи — визначити складові ендотоксикозу при негоспітальних пневмоніях (НП) III клінічної групи і хронічних обструктивних захворюваннях легень (ХОЗЛ) II стадії у фазі загоєння та обґрунтувати доцільність і характер методів корекції.

Дизайн дослідження: комплексно обстежено 120 хворих на негоспітальну пневмонію III клінічної групи віком від 18 до 68 років і 146 пацієнтів з ознаками ХОЗЛ у віці від 20 до 65 років.

Досліджували: клінічні прояви хвороби в динаміці, функцію зовнішнього дихання, рентгенологічні зміни в легенях, загальні аналізи крові, а також показники ПОЛ, лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ), гематологічний показник інтоксикації (ГПІ), рівень середніх молекул (МСМ), сорбційну здатність еритроцитів (СЗЕ) до та після курсу лікування.

З метою детоксикації хворим з НП поряд з традиційним лікуванням призначали тіотриазолін 2,5% розчин 4 мл на добу. Хворим на ХОЗЛ з супутнім дисбактеріозом кишечника, крім базисного лікування в комбінації з тіотриазоліном призначали ентеросорбент силікс в добовій дозі 100 мг на 1 кг маси тіла впродовж 10 днів.

Результати. Встановлено, що у хворих на НП до лікування мало місце значне підвищення рівня ендогенної інтоксикації, про що свідчить вірогідне збільшення показників: ЛІІ, ГПІ, МСМ, СЗЕ ($P < 0,001$) порівняно з показниками практично здорових осіб.

До лікування у обстежених нами пацієнтів, хворих на ХОЗЛ, також виявлялися маркери ендотоксикозу: МДА був у 1,84 рази вищий ніж у групі порівняння, що супроводжувалося зниженням перекисної резистентності еритроцитів у 3,52 рази порівняно зі здоровими. Крім того спостерігалось підвищення рівня МСМ в 1,5 рази. При цьому виявлений кореляційний зв'язок між рівнем МСМ та вмістом МДА ($r = 0,45, P < 0,05$), що в певній мірі може свідчити про наявність спільних механізмів збільшення МСМ і підвищення ПОЛ. Згадані вище процеси перебігали на тлі значного зниження системи антиоксидантного захисту (СОЗ).

Наші дані підтверджують результати клініко-біохімічних досліджень у хворих на ХОЗЛ про активацію ПОЛ при загостренні хронічного процесу, отримані іншими авторами (Назар П. С. і співав., 1988; Кубишкін А. В., 1994).

Включення в комплексне лікування НП ІІІ клінічної групи тіотриазоліну сприяло уже на третю добу лікування, порівняно із контрольною групою, нормалізації температури тіла, зменшення пітливості, загальної слабості, покращення апетиту. Стабілізація загального стану супроводжувалась значним зниженням інтенсивності маркерів інтоксикації порівняно з вихідними даними: ЛІІ — на 40,4 % ($P < 0,001$), ГПІ — на 42,3 % ($P < 0,001$), МСМ — на 34,9 % ($P < 0,001$), СЗЕ — на 44,9 % ($P < 0,001$). В той час як у групі порівняння в ці терміни намічалась лише тенденція до покращання.

Внаслідок лікування загострення ХОЗЛ з включенням ентеросорбції достовірно покращення загального стану порівняно з хворими групи порівняння спостерігалось з п'ятого дня лікування: зменшувалась кількість харкотиння, покращувалась реологічна характеристика його, достовірно зменшилась задишка, кількість сухих хрипів, а починаючи з 6-го дня лікування покращилась функція зовнішнього дихання, у 1,3 рази зменшилась концентрація МДА, ПРЕ підвищилась в 1,9 рази і на цьому тлі в 1,3 рази зменшилась концентрація МСМ. Встановлено, що застосування ентеросорбції позитивно впливає на систему імунітету, клітинний і мікробіологічний склад бронхіального вмісту, мікробний пейзаж товстого кишечника. На тлі лікування нормалізувались показники антиоксидантної системи. Так, рівень відновленого глутатіону при проведенні детоксикуючих заходів збільшився з 1,57 до 1,88 ммоль/л крові ($P < 0,01$), а концентрація глутатіонредуктази, яка була зниженою до лікування (5,11 мкмоль НАДФ Н₂ на 1 г Нв), підвищилась до 5,89 мкмоль НАДФ Н₂ на 1 г Нв ($P < 0,001$).

Наведені дані підтверджують доцільність дезінтоксикаційної терапії при НП та загостреннях ХОЗЛ з включенням тіотриазоліну і ентеросорбентів.

Масік Н. П. ОСТЕОПОРОЗ ЯК ПРОЯВ СИСТЕМНИХ УРАЖЕНЬ ПРИ ХОЗЛ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

До системних проявів ХОЗЛ відносять зменшення маси тіла, дисфункцію скелетних м'язів, остеопороз, анемію та ураження серцево-судинної системи. Запалення дистальних відділів дихальних шляхів хворих на ХОЗЛ носить персистуючий характер. Локалізується активний запальний процес також в крупних бронхах, охоплюючи легенеvu паренхіму і легенеvu судини та супроводжується підвищенням маркерів запалення в периферичній крові (Авдеев С. Н., 2007).

Зниження мінеральної щільності кісткової тканини, втрата кісткової маси та розвиток остеопенічного синдрому і остеопорозу призводять до важких наслідків, зокрема патологічних переломів. Згідно даних, опублікованих В. В. Поворознюком (2005), ризик переломів у загальній популяції населення України до 49 років мають 2,2 % чоловіків та 6,1 % жінок. Після 55 років ризик переломів у жінок зростає кожні 5 років і становить у віці 60–74 роки 59 %, 75–79 років — 67 %, 80–85 років — 96 %. Ризик будь-якого остеопоротичного перелому у чоловіків становить від 13 до 25 %, тоді як переломи стегнової кістки складають одну третину від загальної кількості переломів. Число переломів шийки стегна серед жителів нашої планети в 1990 році становило 1,7 млн, в останні роки — 2,5 млн з тенденцією до збільшення кількості хворих.

З метою визначення причинного впливу ХОЗЛ та системного запалення при ньому на частоту переломів стегна у хворих різних вікових груп, ми проводили порівняльне дослідження двох груп хворих з переломами кісток. Основну групу склали 77 хворих на ХОЗЛ, групу порівняння — 80 хворих без ознак ура-

ження органів дихання. Середній вік чоловіків складав 48,20 ± 2,85 років, жінок — 68,70 ± 2,89 років.

Встановлено, що у 71 хворого на ХОЗЛ діагностовано переломи кісток (92,20 %), з них частка переломів шийки стегна складала 40,84 %, тоді як у пацієнтів групи порівняння — 20,0 %.

Середній вік хворих з переломами стегна в основній групі склав 68,86 ± 2,47 років, в контрольній — 61,43 ± 2,15 років ($P > 0,05$), в тому числі жінок з такою ж травмою в основній групі становив 74,64 ± 3,64 років, а в групі порівняння — 65,43 ± 2,71 рік ($P > 0,05$). Вік чоловіків з переломами стегна основної групи становить в середньому 62,51 ± 4,18 років, тоді як в контролі — 53,57 ± 2,14 років ($P > 0,05$). Відмінність вікових категорій обох груп є недостатньою, що дає підставу виключити вплив віку та статі, як факторів ризику, на структуру переломів кісток у групі хворих на ХОЗЛ в порівнянні з контрольною групою.

Вивчення впливу тривалості захворювання на частоту та характер переломів кісток у хворих на ХОЗЛ виявило прямий кореляційний зв'язок між тривалістю хвороби та частотою переломів стегна ($r = 0,43, P < 0,05$). Так, при тривалості хвороби до 5 років перелом стегна діагностувався у 17,76 %, від 5 до 10 років — у 20,0 %, а при стажу хвороби більше 10 років — у 75,86 %.

У обстежених нами осіб мало місце підвищення рівня ендогенної інтоксикації, маркером якої є молекули середньої маси (МСМ), лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) та гематологіч-

ний показник інтоксикації (ГПІ). Рівень цих показників у хворих основної групи був достовірно вищим, ніж у пацієнтів групи порівняння ($P < 0,05$). Так, МСМ склали $0,316 \pm 0,023$ од.опт.щ. в основній групі і $0,289 \pm 0,032$ од.опт.щ. — в контрольній; ЛПІ — $2,35 \pm 1,44$ в основній групі, а в групі порівняння — $0,82 \pm 0,36$; ГПІ серед осіб основної групи становив $3,739 \pm 1,963$, тоді як в групі порівняння $0,818 \pm 0,212$.

Наявність синдрому ендogenousної інтоксикації, як вказує Швед М.І. (2005), може призводити до розвитку і прогресування демінералізації кісток, причому ступінь остеодифіциту знаходиться в прямій залежності від вираження ендogenousної інтоксикації. Отримані нами дані підтверджують цю думку автора і є підґрунтям для призначення інтенсивної детоксикаційної терапії у хворих на ХОЗЛ з метою попередження переломів.

**Мельник В. М., Матусевич В. Г., Ареф'єва Л. В., Антоненко Л. Ф.,
Сметаніна О. Р., Мотрич І. В., Приходько А. М.
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА СИТУАЦІЯ З ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УКРАЇНІ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ
ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ**

ДУ "Національний інститут фізичної та пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України"

Ситуація з туберкульозом складна в багатьох країнах світу. За захворюваністю Україна знаходиться на 7-му місці в Європейському регіоні ВООЗ після Казахстану, Республіки Молдови, Румунії, Киргизії, Грузії, Російської Федерації. В 2002 році річні збитки від туберкульозу в Україні склали 1,5 млрд. грн., а в 2006 році вони склали вже 2,7 млрд. грн. на рік.

Метою досліджень було оцінити стан захворюваності на туберкульоз в Україні та ефективність лікування хворих на туберкульоз за період 2003–2007 рр. на основі аналізу статистичних звітів протитуберкульозних закладів України.

Захворюваність на всі форми туберкульозу за період з 2003–2007 рр. зросла на 3,0 % від 77,5 до 79,8 на 100 тис. населення. У більшості регіонів України (17) рівень захворюваності становив 46,9–74,9 на 100 тис. населення, що нижче середньоукраїнського показника на 6,2–42,0 % відповідно. Захворюваність на вперше виявлений туберкульоз легень в Україні також збільшилась на 4,5 % з 68,4 на 100 тис. населення в 2003 р. до 71,5 на 100 тис. населення в 2007 р. У більшості регіонів (17) України, включаючи м. Київ, м. Севастополь захворюваність була нижче середньоукраїнського показника на 6,0–33,0 %.

Захворюваність на бактеріальні форми туберкульозу легень зросла на 17,5 % з 26,8 до 31,5 на 100 тис. населення. Тільки у двох областях (Запорізька та Чернівецька) відмічалось зменшення показника на 1,5–21,5 % відповідно. У 2007 р. перевищення середньоукраїнського показника спостерігалось у 12 регіонах, в т.ч. у АР Крим до 33–50,6 на 100 тис. населення. У 15 регіонах, включаючи м. Київ та м. Севастополь відмічалось зменшення захворюваності на 4,0–35,0 % до 20,4–30,3 на 100 тис. населення в порівнянні з середньоукраїнським показником.

Захворюваність на деструктивний туберкульоз легень серед вперше виявлених хворих в Україні збільшилась на 23,9 %

з 24,7 до 30,6 на 100 тис. населення. Це збільшення відмічалось у всіх регіонах на 6,6–62,7 %, крім Тернопільської та Чернівецької областей, де вона зменшилась на 5,7–3,8 % відповідно.

Відсоток померлих від туберкульозу вдома зріс на 1,6 % з 31,2 % до 32,8 % по Україні та в більшості регіонів, як і відсоток померлих від туберкульозу до одного року спостереження — на 0,5 % від 13,8 % до 14,3 % по Україні та в 14 регіонах на 0,5–12,9 %.

Вивчення ефективності лікування хворих на туберкульоз показало зменшення припинення бактеріовиділення на 1,7 % з 89,1 % до 87,4 % та збільшення закриття каверн у хворих на вперше діагностований туберкульоз на 0,2 % з 76,5 % до 76,7 %. У 8 областях (37,3 %), м. Києві та м. Севастополі встановлено зменшення обох показників на 1,9 — 13,5 %, а збільшення у 8 областях та АР Крим (33,3 %). В останніх 8 областях відмічалось різні значення обох показників, що свідчить про відсутність позитивних змін в лікуванні хворих.

Таким чином, за період 2003 — 2007 рр. зменшення припинення бактеріовиділення на 1,7 % з 89,1 % до 87,4 % та збільшення закриття каверн у хворих на вперше діагностований туберкульоз на 0,2 % з 76,5 % до 76,7 % не вплинуло на епідеміологічну ситуацію з туберкульозу. Відмічалось збільшення захворюваності на всі форми туберкульозу на 3,0 % із 76,8 до 79,8 на 100 тис. населення, захворюваності на вперше виявлений туберкульоз легень на 4,5 % із 67,0 % до 71,5 на 100 тис. населення, захворюваності на бактеріальні форми туберкульозу легень на 17,5 %, померлих від туберкульозу вдома на 1,6 % із 31,2 % до 32,8 %, як і померлих від туберкульозу до одного року спостереження — на 0,5 % із 13,8 % до 14,3 %.

Робота виконана за кошти держбюджету.

**Мельник В. П.
ЩЕПЛЕННЯ ВАКЦИНОЮ ВСГ. ЗА ЧИ ПРОТИ?**

Медичний інститут УАНМ, м. Київ

Специфічна профілактика туберкульозу є пріоритетним напрямком в боротьбі з туберкульозом в багатьох країнах світу. Це в першу чергу стосується хіміопротекції, яка визнана у всьому світі. Що стосується вакцинації та ревакцинації ВСГ, то ведуться серйозні дискусії що до її ефективності та доцільності. В країнах з низькою захворюваністю туберкульозом вважається за недоцільне щеплення вакциною ВСГ, в інших країнах — де захворюваність є високою, а коштів на боротьбу з туберкульозом вкрай недостатньо, витратити кошти на вакцинацію

вважається нераціонально. Підтвердженням цьому наводиться низька ефективність щеплення (не більше 65 %) та висока частота побічної дії (більше 3 %).

Мета роботи: вивчити результативність щеплення вакциною ВСГ студентів м. Києва.

Матеріали та методи дослідження. На кафедрі інфекційних захворювань, фізичної та пульмонології медичного інституту УАНМ, починаючи з 1996 року і по теперішній час щорічно проводиться аналіз результатів щеплення вакциною ВСГ у сту-

дентів м. Києва. Щорічно обстежувались від 294 до 492 студентів. Аналізувались наявність та величина післявакцинальних знаків (рубчик) на лівому плечі.

Результати дослідження. Вивчено результати вакцинації та ревакцинації у 3861 студента м. Києва. Переважали студенти медичних вищих навчальних закладів. Дані про розподіл за кількістю післявакцинальних знаків, обумовлених вакцинацією та ревакцинацією по рокам наведені в таблиці.

У переважній кількості студентів (65,9 %) був присутній лише 1 післявакцинальний знак — із коливанням від 59,7 до 69,9 %. Післявакцинальні знаки були відсутніми 12,2 % (від 10,1 до 13,9 %), 2 післявакцинальні знаки мали 19,1 % студентів (від

14,2 до 27 %), і три знаки були лише у 2,8 % обстежених (від 1,6 до 3,4 %).

Наші обстеження і дослідження результатів вакцинації та ревакцинації BCG студентів 1975–1986 років народження підтверджують надзвичайно низьку результативність такої роботи. Якщо первинна вакцинація є результативною в 50–68 % випадків, то вторинна — 20–25 %, а трьохкратна — лише в 1,6–3,4 %, що надзвичайно недостатньо. В чому причина? Недостатньо якісна вакцина? Халатне відношення до процедури щеплення? Чи щось інше?

Але і на сьогодні ситуація із щепленням вакциною BCG є приблизно такою. То ж чи потрібна вакцинація така як вона є? Робіть висновок самі.

Таблиця

Розподіл студентів за кількістю післявакцинальних знаків за 1997–2007 рр.

Роки	Кількість обстежених студентів	Розподіл студентів за кількістю післявакцинальних рубчиків							
		Немає рубчику		Один		Два		Три	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1997	304	33	10,8	204	67,1	59	19,4	8	2,6
1998	327	45	13,8	207	63,3	68	20,8	7	2,1
1999	326	45	13,8	224	68,7	48	14,7	9	2,7
2000	310	43	13,9	204	65,8	55	17,7	8	2,6
2001	294	39	13,3	183	62,2	62	22,1	10	3,4
2002	428	47	11,0	276	64,5	90	21,0	15	3,4
2003	357	40	11,2	241	67,5	65	18,2	11	3,1
2004	492	62	12,6	339	68,9	83	16,9	8	1,6
2005	402	52	12,9	281	69,9	57	14,2	12	3,0
2006	313	35	11,2	201	64,2	68	21,7	9	2,9
2007	308	31	10,1	184	59,7	83	27,0	10	3,2
Усього	3861	472	12,2	2544	65,9	738	19,1	107	2,8

Мельник О. Г.

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПНЕВМОКОНИОЗА В СОЧЕТАНИИ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ У РАБОЧИХ МАШИНОСТРОЕНИЯ

НИИ гигиены труда и профзаболеваний Харьковского национального медицинского университета

Пылевые заболевания дыхательной системы занимают одно из ведущих мест в структуре профессиональных заболеваний. Среди них выделяются пневмокониозы, которые часто сочетаются с туберкулезом, что приводит к формированию профессионального заболевания — кониотуберкулеза. При схожести клинических проявлений этих заболеваний требуется усовершенствование критериев диагностики как пневмокониоза, так и кониотуберкулеза.

Цель работы — уточнение клинико-рентгенологических особенностей кониотуберкулеза у больных, работавших в литейных цехах машиностроения, для усовершенствования диагностики этого заболевания.

Материалы и методы. Проведено обследование 139 больных кониотуберкулезом и 39 больных пневмокониозом с остаточными изменениями излеченного туберкулеза (ОИТБ), которым в клинике НИИ ГТиПЗ ХНМУ было установлено профессиональное заболевание. В прошлом обследуемые работали в литейных цехах машиностроения в различных профессиях (обрубщики, земледельцы, огнеупорщики, слесари и др.). Туберкулез диагностировался при обследовании и лечении больных в противотуберкулезных диспансерах.

Установлено, что у подавляющего большинства больных стаж работы с вредными производственными факторами составлял 11 лет и более. Туберкулез диагностировался одновременно с пневмокониозом (64 %) или после его установления (20 %). Рентгенологически чаще всего регистрировались очаговая форма туберкулеза (76 %), значительно реже диссеминированная

(13 %), инфильтративная (4 %) и туберкулема (4 %). У одного больного была выявлена фибрознокавернозная форма туберкулеза. Туберкулезные изменения у 2/3 больных выявлялись на фоне узелковой формы пневмокониоза, при которой у 66 % больных определялись узелки размером 1,5 мм (р) и от 1,5–3 мм (q). Как правило, преобладала верхнедолевая локализация туберкулеза, в правом (78 %) и в левом легком (73 %). У больных имели место нарушения структуры корней легких в виде повышения их интенсивности и расширения (77 %), обрубленности (16 %) и дистопии (6 %). Было выявлено обызвествление бронхопульмональных лимфоузлов у 62 % больных. Рентгенологическими критериями подтверждалась эмфизема легких у 35 % больных. У подавляющего числа больных пневмокониозом с ОИТБ при дополнительном рентгенологическом (томографическом) обследовании, помимо фиброзно-очаговых изменений и кальцинатов, были выявлены очаговые и фокусные тени различной интенсивности, структуры, четкости контуров и распространенности, иногда с тенденцией к слиянию. Это позволило диагностировать у 79 % больных очаговую, у 8 % диссеминированную форму туберкулеза, а у 10 % — туберкулему. У двух больных выявлена крупноузловая форма кониотуберкулеза, что свидетельствует о несвоевременной диагностике туберкулеза в противотуберкулезных диспансерах. При обследовании обнаружены симптомы интоксикации, достоверно чаще у больных с активной формой туберкулеза (кашель со слизисто-гниной мокротой, субфебрильная температура, потеря массы тела, обильный гипергидроз, слабость, изменение показателей крови: уве-

личение количества лейкоцитов и СОЭ, общего индекса активности). У подавляющего числа больных пневмоконииозом с ОИТБ также были выявлены признаки интоксикации. Таким образом, у большинства больных кониотуберкулезом специфический процесс развивается одновременно с пневмоконииозом или после установления профессионального диагноза (84 %). Выявленные симптомы интоксикации у больных кониотуберку-

лезом (активной и неактивной фазой), а также у больных пневмоконииозом с ОИТБ, свидетельствуют о скрытой активности специфического процесса, следовательно, о неполном его лечении. Это указывает на необходимость постоянного (пожизненного) наблюдения за такими больными, что позволит прогнозировать течение заболевания и своевременно предупреждать рецидивы туберкулеза у таких больных.

Меренкова Е. А.

СОСТОЯНИЕ АГРЕГАЦИИ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

ГУ "Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского АМН Украины"

У больных с гипоксемией вследствие хронических заболеваний легких часто наблюдается развитие компенсаторного эритроцитоза с повышением гематокрита, что обуславливает нарушения микроциркуляции и создает угрозу микротромбообразования в сосудах легких. Микротромбозам также способствует активация как плазменного, так и сосудисто-тромбоцитарного звеньев системы гемостаза.

Целью данной работы было изучение состояния агрегации тромбоцитов у больных разных нозологических групп. Исследования проведены у 131 пациента (94 мужчины и 37 женщин; возраст — от 16 до 84 лет). Из них 48 больных были с диагнозом хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ), 10 имели острые воспалительные заболевания легких (негоспитальная пневмония, абсцесс легкого, острая эмпиема плевры), у 29 диагностирован идиопатический фиброзирующий альвеолит (ИФА), у 13 — злокачественные новообразования в легких, 31 — различные формы туберкулеза легких. Больные туберкулезом были распределены на две подгруппы — пациенты в начальном периоде лечения с выраженными признаками активно-воспалительного процесса (21 человек) и больные на завершающем этапе терапии с маловыраженной симптоматикой (10 человек). Контрольную группу составили 19 здоровых лиц (5 мужчин и 14 женщин; возраст от 18 до 54 лет).

Агрегация тромбоцитов изучалась с помощью лазерного анализатора 230-LA (НПФ "Биола"). Изучали спонтанную и АДФ-индуцированную агрегацию тромбоцитов с использованием 2,5 мкм АДФ (аденозин-5'-дифосфат). Исследование проводилось турбидометрическим методом Борна. Состояние агрегации тромбоцитов оценивали на основе анализа показателя светопропускания. При этом светопропускание обедненной тромбоцитами плазмы анализатор автоматически принимает за 100 %, богатой плазмы — за 0 %. Получение информации в виде кривых агрегации с автоматическим расчетом показателей осуществлялось с помощью компьютера, сопряженного с агрегометром.

В группе больных ХОЗЛ, ИФА, неактивными формами туберкулеза легких среднестатистические показатели агрегации тромбоцитов существенно не отличались от контрольной группы. Степень АДФ-индуцированной агрегации у больных ХОЗЛ, ИФА и неактивными формами туберкулеза соответственно равнялись $32,4 \pm 6,3$; $29,7 \pm 7,3$; $37,0 \pm 6,5$; у исследованной контрольной группы — $35,9 \pm 4,4$. Необходимо отметить, что в этих группах больных, наряду с гиперагрегацией (в среднем 36,5 % исследуемых), нормальными показателями агрегационной способности тромбоцитов (11,7 %), в значительном числе случаев (51,8 %) наблюдались признаки снижения агрегационной функции тромбоцитов. Полученные результаты не вполне согласуются со сложившимися представлениями о наличии гиперагрегации тромбоцитов при заболеваниях легких, осложненных легочной недостаточностью и хроническим легочным сердцем. Примерно аналогичные результаты получены в работах Осиповой О. Л. и соавт. (2004), Бурули Н. М. и Аксеновой И. З. (2004), Н. П. Палева и соавт. (2002). По мнению Г.О. Каминской и Е. В. Мартыновой, у части больных постепенно развивается функциональная неполноценность тромбоцитарного пула за счет как омоложения клеток, так и истощения их функциональных резервов.

В группе больных с гнойно-воспалительными заболеваниями легких, активными формами туберкулеза и опухолями было обнаружено достоверное повышение спонтанной и АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов, что обусловлено активным воспалительным процессом. Степень АДФ-индуцированной агрегации у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями равнялась $69,6 \pm 8,6$; с активными формами туберкулеза — $5,6 \pm 5,2$; с опухолями — $57,6 \pm 7,8$.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о разнонаправленном характере изменений агрегационной способности тромбоцитов при различных нозологических формах заболеваний легких и фазах воспалительного процесса, что необходимо учитывать при назначении антиагрегантов в комплексной терапии больных.

М

Мирзоян О.С., Григорьева С.П., Рукавичников В.М., Волков А.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО 1 СТАДИИ

ГУ Российский научный центр хирургии им. акад. Б. В. Петровского РАМН, Москва

Заболеваемость раком легкого имеет достоверную тенденцию к неуклонному росту и продолжает оставаться актуальной проблемой. Только вовремя произведенная хирургическая операция в ранней стадии заболевания позволяет получить хорошие отдаленные результаты.

Цель исследования. Изучение результатов хирургического лечения больных раком легкого 1 стадии (Т1N0M0, Т2N0M0).

Материалы и методы. В отделении с 1963 по 2007гг. оперировано 4151 больных раком легкого, из них 1 стадия заболевания была у 675 (16,3%) пациентов. Возраст больных варьировал от 15 до 84 лет. Основными методами диагностики были рентгенологические исследования с КТ и бронхоскопия с биопсией. По морфологическому строению преобладали эпидермоидный рак и аденокарцинома (408 и 251 соответственно).

Прочие морфологические формы диагностированы у 16 больных. Периферический рак был у 519 (76,9%) пациентов, центральный — у 156 (23,1%). Рак легкого локализовался в правом легком у 399 (59,1%) пациентов, в левом у — 276 больных (40,9%). Операцией выбора была лобэктомия, которая произведена 544 больным. Сублобарные резекции выполнялись реже (у 84 больных). Показаниями к их выполнению были низкие функциональные показатели кардиореспираторной системы. Лобэктомия с резекцией главного бронха произведена у 27 пациентов, билобэктомия у — 19. У 1 больного выполнена эндоскопическая лазерная фотокоагуляция опухоли шпоры Б8 справа в связи с его отказом от операции.

Результаты. Послеоперационные осложнения наблюдались у 69 (10,2%) больных. Наиболее часто наблюдались гнойно-воспалительные осложнения (остаточная плевральная полость и

пневмонии). Умерли 12 больных, летальность составила 1,8%. Причины летальности: аррозийное кровотечение из легочной артерии после верхней лобэктомии с резекцией главного бронха (1 больной), ТЭЛА (3 больных), инфаркт миокарда (3 больных), пневмонии (2 больных), эмпиема остаточной полости с бронхиальным свищем (2 больных), острое нарушение мозгового кровообращения (1 больной). После операции выписано 663 больных. Общая 3-х летняя выживаемость составила 90% ($\pm 2,8\%$), 5-летняя — 75% ($\pm 3,2\%$), а 10-летняя — 42% ($\pm 2,3\%$).

Заключение. Оперативное вмешательство при немелкоклеточном раке легкого 1 стадии не имеет альтернативы и позволяет получить хорошие непосредственные и отдаленные результаты. Операцией выбора следует считать лобэктомию, а у больных с низкими функциональными резервами кардиореспираторной системы — сублобарные резекции.

Моногарова Н. Е., Кугаевская Т. В., Фоменко П. Г.
ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ИДИОПАТИЧЕСКИМ ФИБРОЗИРУЮЩИМ
АЛЬВЕОЛИТОМ, КАЧЕСТВО ОБСЛЕДОВАНИЯ И ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ
(ПО МАТЕРИАЛАМ ОБЛАСТНОГО ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА)

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
 Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение*

Цель исследования: изучить причины несвоевременной диагностики и неадекватного лечения пациентов с идиопатическим фиброзирующим альвеолитом (ИФА).

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни 72 больных с ИФА, находившихся на обследовании и лечении в областном пульмонологическом отделении ДОКТМО, 6 историй болезни умерших с диагнозом ИФА. Женщин было 64 %, мужчин — 36 %; среди умерших — 2 (33,3 %) женщины, 4 (67,7 %) мужчины. Соотношение мужчин и женщин по нашим данным составляет 1:2,03. Средний возраст больных составил 54,8 года. Преобладают в основном пациенты старше 40 лет (87,5 %), при этом 23,6 % — лица старше 60 лет. Среди наблюдавшихся пациентов процент курильщиков достаточно низкий — 7 (9,7 %) человек, бывших курильщиков было 11,1 %, в основном преобладали лица мужского пола.

Результаты. 23 (31,0 %) пациента при поступлении в стационар имели свидетельства стойкой утраты трудоспособности (инвалидности) вследствие заболеваний легких (в основном с диагнозом ХОЗЛ). Работающих было 34,0 %, не работающих (на пенсии или по состоянию здоровья) — 35,0 %. Из 72 пациентов 48,6 % периодически до поступления в ДОКТМО обследовались в противотуберкулезном диспансере. 17,0 % были направлены из туб. диспансера, где получали в течение 2–8 мес. противотуберкулезные препараты, троем была сделана открытая биопсия легких.

3 пациентов направлено для уточнения тактики лечения после морфологической верификации диагноза альвеолит. У 1 пациентки диагноз ИФА не подтвержден, изменения в легких носили вторичный характер, на фоне основного процесса — гормоноактивной опухоли надпочечника.

Всем больным проводилась рентгенография, где у 74,0 % выявлен диффузный интерстициальный процесс и "сотовое" легкое. В ДОКТМО 100 % проводилась спиральная компьютерная томография высокого разрешения (КТВР) со срезами 0,1–0,2 мм. Достоверность этого метода более высока. У всех пациентов были выявлены диффузные интерстициальные изменения, у 40,0 % — формирование "сотового" легкого. КТВР была выполнена до поступления в ДОКТМО только части больным (из-за невозможности провести это обследование на базе городских или районных больниц).

Всем проводилась спирометрия, бодиплетизмография проведена 51 (70,8 %) пациенту. Изучена диффузионная способность легких у 4 (5,5 %) больных.

Средняя продолжительность заболевания до момента установления диагноза составила 2,8 года. Большинство пациентов было направлено в ДОКТМО с длительностью заболевания до 3 лет — 56,8 %.

Среди умерших пациентов с ИФА диагноз был поставлен при жизни 4 пациентам, 2 умершим диагноз выставлен не был (1 больной наблюдался у пульмонологов и кардиологов по поводу первичной легочной гипертензии, 1 больной с диагнозом двухсторонняя пневмония).

Выводы: анализ историй болезни показал, что основными ошибками в диагностике ИФА являлись неполный сбор анамнеза, неправильная интерпретация данных дополнительных исследований; позднее направление в специализированные центры, а также длительная неадекватная терапия, включая противотуберкулезные препараты.

Моногарова Н. Е., Литвиненко А. В.
ГАЗОВЫЙ СОСТАВ И КИСЛОТНО-ОСНОВНОЕ СОСТОЯНИЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ И ИДИОПАТИЧЕСКИМ ФИБРОЗИРУЮЩИМ АЛЬВЕОЛИТОМ

ГУ "Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского АМН Украины"

Цель исследования — сравнительное изучение газового состава и кислотно-основного состояния (КОС) крови у больных хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ) и идиопатическим фиброзирующим альвеолитом (ИФА).

Объект и методы исследования. Обследовано 11 больных ХОЗЛ III стадии (мужчин — 7, женщин — 4; возраст — от 34 до 73 лет) и 13 больных ИФА (мужчин — 7, женщин — 6; возраст — от 36 до 64 лет). Показатели газового состава и КОС капиллярной крови оценивали микрометодом с помощью анализатора "ABL5" фирмы "Radiometer". Анализировали следующие показатели: pH, напряжение углекислого газа (PaCO_2 , мм рт. ст.), истинный бикарбонат плазмы (HCO_3^- , ммоль/л), стандартный бикарбонат плазмы (SBC, ммоль/л), избыток буферных оснований (ABE, ммоль/л), стандартный избыток оснований (SBE, ммоль/л), напряжение кислорода (PaO_2 , мм рт. ст.), насыщение гемоглобина кислородом (SaO_2 , %). Контрольную группу составили 18 здоровых лиц. Результаты обработаны методом вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Показатели газового состава и КОС крови представлены в таблице.

У больных ХОЗЛ наряду с гипоксемией отмечалась гиперкапния крови (увеличение PaCO_2) с явлениями компенсированного дыхательного ацидоза (уменьшение pH, увеличение HCO_3^- и SBC). У больных ИФА также наблюдалась выраженная ги-

поксемия (уменьшение PaO_2 и SaO_2). Вместе с тем, изменения КОС имели противоположный характер — отмечались признаки компенсированного дыхательного алкалоза (гипокапния, увеличение pH, тенденция к уменьшению содержания бикарбонатов).

С учетом данных литературы (А. П. Зильбер, 2005), разнонаправленные изменения газового состава и КОС крови обусловлены различием механизмов нарушений газообмена у больных ХОЗЛ и ИФА. При ХОЗЛ, вследствие нарушений бронхиальной проходимости и ремоделирования бронхов, развиваются расстройства вентиляционно-перфузионных отношений с возрастанием легочного шунта. В связи с этим возникает гиперкапния и, как следствие, — дыхательный ацидоз. У больных ИФА основным механизмом нарушений газообмена являются расстройства диффузионной способности легких. Учитывая, что растворимость углекислого газа в тканях альвеоло-капиллярной мембраны примерно в 20 раз превышает аналогичный показатель для кислорода, утолщение мембраны не оказывает существенного влияния на диффузию CO_2 . При этом гипервентиляция вследствие гипоксемии приводит к повышенному выведению CO_2 , результатом которого является гипокапния и алкалоз.

Вывод. Нарушения газового состава и КОС крови у больных ХОЗЛ и ИФА имеют разнонаправленный характер, что необходимо учитывать при определении режимов оксигенотерапии и назначении инфузионных препаратов.

Таблица

Показатели газового состава и КОС крови у больных ХОЗЛ и ИФА

Показатель	Контрольная группа (n = 18)	Больные ХОЗЛ (n = 11)	Больные ИФА (n = 13)
pH	7,41 ± 0,01	7,39 ± 0,01	7,43 ± 0,01 #
PaCO_2 (мм рт. ст.)	37,9 ± 0,9	46,6 ± 1,2*	35,2 ± 0,7 #
HCO_3^- (ммоль/л)	23,4 ± 0,4	29,0 ± 0,8*	23,1 ± 0,4 #
SBC (ммоль/л)	24,0 ± 0,3	27,4 ± 0,8*	23,7 ± 0,4 #
ABE (ммоль/л)	-0,32 ± 0,36	+4,35 ± 0,81*	-0,62 ± 0,36 #
SBE (ммоль/л)	-0,30 ± 0,29	+4,51 ± 0,90*	-0,54 ± 0,31 #
PaO_2 (мм рт. ст.)	72,1 ± 2,3	53,5 ± 2,5*	63,2 ± 3,5*
SaO_2 (%)	94,5 ± 0,4	86,1 ± 1,6*	91,0 ± 1,3*

Примечание: * — различия достоверны по сравнению с контрольной группой, # — различия между группами больных достоверны.

Моногарова Н. Е., Литвиненко Л. Н., Семендяева О. В., Ткаченко В. Н., Закомолдина Т. В.
ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ХОЗЛ ПРИ НАЛИЧИИ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
 Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение*

Больные хроническими обструктивными заболеваниями легких (ХОЗЛ) довольно часто имеют сопутствующую патологию. Недостаточное внимание к сопутствующим заболеваниям и зачастую неадекватная оценка их влияния на проявления ХОЗЛ являются причиной диагностических и лечебных ошибок.

Цель исследования: определить структуру, особенности клинического течения сопутствующей патологии у больных ХОЗЛ в зависимости от степени тяжести, госпитализированных в областную пульмонологический стационар.

Материалы и методы. Обследовано 347 пациентов с ХОЗЛ, которые находились на лечении в пульмонологическом

стационаре в 2006–2007 гг. Диагноз ХОЗЛ устанавливался в соответствии со стандартами диагностики и лечения (приказ МЗ Украины № 128, GOLD 2006). Всем пациентам проводились общеклинические исследования, спирометрия, рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ, ЭхоКГ, спиральная компьютерная томография при наличии показаний, бронхоскопия, 6-минутная проба.

Результаты исследования. Средний возраст пациентов составил $57,8 \pm 12,5$ мес. Мужчин было 312 (89,9 %), женщин — 35 (10,1 %). Среди них I стадия ХОЗЛ выявлена у 54 (15,6 %) пациентов, II стадия — у 128 (36,9 %) пациентов, III стадия — у 146 (42,1 %) пациентов, IV стадия — у 19 (5,47 %) пациентов. ХОЗЛ без сопутствующей патологии выявлено у 8 (2,3 %) пациентов. Наиболее часто у всех пациентов, независимо от тяжести ХОЗЛ, выявлялись изменения со стороны сердечно-сосудистой системы (58,2%): ИБС — у 127 (36,6 %), гипертоническая болезнь — у 73 (21,0 %), нарушения ритма — у 32 (9,2 %), постинфарктный кардиосклероз — у 13 (3,7 %). К особенностям ведения этих пациентов можно отнести: приоритетное использование тиотропиума, ограничение симпатомиметиков, глюкокортикостероидов (ГКС). У 58 (17,0 %) больных ХОЗЛ

сочеталось с бронхиальной астмой. В комплекс терапии таких пациентов был включен тиотропиум. У 95 (27,3 %) больных ХОЗЛ были выявлены изменения со стороны пищеварительной системы: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь — у 73 (21,0 %), диафрагмальная грыжа — у 34 (9,8 %), язвенная болезнь — у 17 (4,9 %), хронический гепатит с нарушением функций печени — у 8 (2,3 %) пациентов. Медикаментозная терапия этих пациентов включала: ограничение ГКС, теофиллинов; диетотерапию, возвышенное изголовье кровати, в ряде случаев использовались прокинетики и блокаторы протонной помпы. У 14 (4,0 %) пациентов сопутствующим заболеванием был туберкулез легких, эти пациенты направлены в противотуберкулезный диспансер. Патология почек и мочевыводящих путей диагностирована у 78 (22,5 %) пациентов. У 199 (60,0 %) пациентов с III–IV стадией ХОЗЛ диагностировано более 5 сопутствующих заболеваний.

Выводы. У подавляющего числа (97,7 %) пациентов с ХОЗЛ, находившихся на лечении в пульмонологическом стационаре диагностирована сопутствующая патология, которая влияет на течение ХОЗЛ. Дополнительное лечение сопутствующих заболеваний влияет на проявление ХОЗЛ.

Морозкина Н. С., Кривошеева Ж. И. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БЦЖ-ОСТИТОВ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

С 70-х годов в зарубежной литературе рассматривается вопрос о костных осложнениях вакцинации БЦЖ — так называемых БЦЖ-остеомиелитах или БЦЖ-оститах. В России также отмечают увеличение частоты и ухудшение структуры и течения поствакцинальных осложнений, в основном за счет БЦЖ-оститов, и считают, что это должно стимулировать изучение вопроса о действительной или мнимой патогенности применяемой в России вакцины. Это увеличение может быть обусловлено улучшением качества диагностики и недооценкой состояния иммунитета у вакцинируемых детей. Существует мнение, что подлинная частота костных осложнений на вакцину БЦЖ в 4 раза выше зарегистрированных данных в связи с трудностью идентификации истинного возбудителя заболевания. По данным российских авторов, частота идентификации культуры *M. bovis*-БЦЖ при БЦЖ-оститах колеблется от 0 до 50 % в зависимости от технических возможностей бактериологических лабораторий, и существенно снижается при проведенной ранее противотуберкулезной терапии. Тенденция к увеличению поствакцинальных осложнений отмечается и в других странах СНГ, в том числе — Беларуси.

Изучена медицинская документация 72 детей раннего возраста с туберкулезным поражением костно-суставной системы за период с 1996 по 6 месяцев 2008 гг. Ретроспективный анализ 46 историй болезни позволил по совокупности характерных признаков симптомокомплекса БЦЖ-остита предположить костное осложнение вакцинации БЦЖ. У 26 детей, заболевших в 2005–2008 гг., диагноз БЦЖ-остита был установлен при первом обращении после дообследования в специализированном стационаре. Частота костных осложнений БЦЖ-вакцинации в 2007 г. составила 0,01 на 100000 вакцинированных (37 % от всех случаев). С 2006 г., когда была налажена более точная регистрация БЦЖ-оститов в республике, число их увеличилось от 5 случаев в 2006 г., 12 — в 2007 г. и до 9 — за 6 мес. 2008 г.

Возраст заболевших детей составил от 3 недель до 3 лет, мальчиков было 49 %, девочек — 51 %. Факт вакцинации БЦЖ у всех детей подтвержден документально, ни у одного ребенка не было контакта с больным туберкулезом. Срок поступления в специализированный стационар детей с костными поствакцинальными осложнениями составил 7–120 дней от начала заболевания, лишь 13,8 % детей госпитализированы в течение первого месяца с момента заболевания. Основными клиническими проявлениями поражения костной системы были местные симптомы: припухлость без гиперемии (более 80,0 %), натечный абсцесс (26,2 %) или свищ со скудным отделяемым (10,0 %). Процесс сопровождался локальной болью лишь в трети случаев, маловыраженные симптомы интоксикации отмечались у 15,0 % пациентов. У детей с оститами часто (76,2 % случаев) отмечались осложнения в виде артритов, абсцессов, свищей, параразев и патологических переломов. В двух случаях диагностирована диссеминированная БЦЖ-инфекция с поражением кожи, лимфоузлов и ребер. У 3 детей, заболевших в 2007 г., получен рост *M. bovis* из отделяемого свищей.

Заключение

Актуальность проблемы диагностики БЦЖ-оститов у детей раннего возраста возрастает. С целью повышения качества ранней диагностики костных осложнений БЦЖ необходимы:

- стандартизация диагноза БЦЖ-оститов;
- информирование родителей о возможных реакциях на прививку и необходимости обращения к врачу при первых признаках такой реакции;
- повышение качества подготовки педиатров и фтизиопедиатров по вопросам диагностики осложнений вакцинации БЦЖ;
- проведение консультации детского онколога и фтизиоортопеда или фтизиатра детей раннего возраста с деструктивными изменениями в костной ткани, подтвержденными рентгенологически, и опухолевидными образованиями.

Мостовий Ю. М., Демчук Г. В.
**АНАЛІЗ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ
 ДЛЯ ЛІКУВАННЯ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ**

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Мета дослідження. Вивчити особливості призначення антибактеріальних препаратів (АП) хворим, які лікуються з приводу негоспітальної пневмонії (НП) в умовах стаціонару, та оцінити відповідність призначень діючим в Україні інструктивним документам.

Матеріали та методи. Проведений ретроспективний аналіз історій хвороб 895 пацієнтів з НП, які лікувались в умовах пульмонологічного відділення МКЛ № 1 протягом 2004–2006 рр. Середній вік пацієнтів склав $58,6 \pm 10,3$ роки. Відповідно до важкості перебігу захворювання пацієнтів 3 клінічної групи було 92,4 % (827 особи), пацієнтів 4 групи 7,6 % (68 осіб).

Для визначення особливостей застосування АП оцінювали їх призначення в амбулаторних умовах та у стаціонарі, проводили аналіз монотерапії, комбінованої терапії, адекватності дози препарату.

Початкова антибактеріальна терапія (АТ) вважалась ефективною коли наступало одужання пацієнта без заміни АП; неефективною коли пацієнт потребував заміни АП, виникали ускладнення пневмонії з необхідністю лікування в інших відділеннях або наступала смерть хворого.

Результати дослідження. Амбулаторне лікування до поступлення в стаціонар отримували 422 (47,2 %) пацієнти, серед них АП були призначені 259 (61,4 %) хворим: монотерапія — 206 (79,5 %), комбінація АП — 53 (20,5 %). Початкову амбулаторну АТ можна вважати неефективною, т. я., незважаючи на її застосування, виникла потреба в госпіталізації. Більшість пацієнтів (79,6 %) отримували АП, які не рекомендовані для застосування в амбулаторних умовах, через їх неефективність проти провідних збудників НП (цефазолін, ампіокс, ко-тримоксазол, ципрофлоксацин, ампіцилін), або їх ефективність є недостатньою

чи вони потребують парентерального введення, що не зручно в амбулаторних умовах (цефтриаксон, мідекаміцин, цефалексин, цефотаксим). Відповідно до рекомендацій АТ отримували 22,4 % пацієнтів (амоксцилін, амоксицилін/клавуланат, азитроміцин). Раціональні комбінації АП отримували 34 % пацієнтів, хибні комбінації зустрічались у 66 %.

В умовах стаціонару початкову антибактеріальну монотерапію отримували 536 пацієнтів (59,9 %), комбінована терапія спостерігалась у 359 пацієнтів (40,1 %). Неефективною вона виявилась у 295 (33,0 %) пацієнтів: повторний курс АП був призначений 265 (29,6 %), померло протягом $4,3 \pm 2,1$ днів перебування у стаціонарі 30 (3,4 %) пацієнтів. Більшості пацієнтів призначались АП, які рекомендовані для лікування НП в стаціонарі: амоксицилін/клавуланат, цефтриаксон, кларитроміцин, азитроміцин, цефотаксим, гатифлоксацин, левофлоксацин. Однак близько 25 % випадках спостерігались хибні призначення: ципрофлоксацин, амікацин, метронідазол, мідекаміцин, цефазолін. Раціональні початкові комбінації АП отримували 56,2 %. Помилкові комбінації спостерігались у 31,9 %.

Серед пацієнтів, що отримували повторну АТ, препарати, які вважаються альтернативними для лікування НП — респіраторні фторхінолони, були призначені 4,9 %. Інші призначення не відповідали рекомендаціям щодо лікування НП.

Висновок. Результати дослідження дозволяють вважати, що в Україні спостерігається позитивна тенденція у призначенні АП, зокрема при лікуванні НП. Рівень помилкових призначень при лікуванні НП як в амбулаторних, так і в стаціонарних умовах досить високий (79,6 % та 24,7 %, відповідно), що вимагає проведення більш наполегливої освітньої діяльності.

M

Мумджи З. Ф., Грудницкая А. М.
**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ У
 РАБОЧИХ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ**

*Крымское Республиканское учреждение
 "Клиническая Больница им. Н. А. Семашко"*

Хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) является одним из самых распространенных заболеваний органов дыхания и представляет собой значительную экономическую и социальную проблему, которая пока не имеет тенденции к улучшению. ХОЗЛ — одно из немногих заболеваний, смертность от которого продолжает увеличиваться и в настоящее время занимает четвертое место среди всех причин смерти в общей популяции. Главным фактором риска его развития является курение (80–90 % случаев).

Помимо курения причиной этой патологии могут быть профессиональные вредности, среди которых выступает пыль, содержащая двуокись кремния, электросварочная аэрозоль, токсические вещества, органические виды пыли и др. Наиболее распространенными "пылевыми" производствами в Крыму являются судостроительный, судоремонтный заводы, электросварочное производство, машиностроение, химические предприятия, сельское хозяйство.

Цель работы — изучить распространенность ХОЗЛ у рабочих вредных производств Крыма.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов периодического медицинского осмотра лиц, работающих во вредных условиях труда за 2007 год. В 2007 году на периодических медицинских осмотрах обследовано 34629 человек, работающих на вредных производствах. Выявлено больных, имеющих различные заболевания 4596 (13,3 %). Среди этих больных заболевания органов дыхания составили 31 %, большая часть из которых — хронические обструктивные заболевания легких. Выявлено 107 человек с подозрением на профессиональные заболевания, которые были направлены на обследование в клинику НИИ гигиены труда и профзаболеваний Харьковского Национального медицинского университета. В 2007 году впервые установлен диагноз профзаболеваний 43 больным, у 61 % установлено ХОЗЛ пылевой и токсико-пылевой этиологии.

Таким образом, отмечается рост хронических обструктивных заболеваний легких в республике, в том числе и профессиональной этиологии. В связи с чем немаловажное значение имеет качественное проведение медицинских профилактических осмотров.

М'ясніков В. Г., Лазарук О. І.
ПРИЧИНИ НЕЕФЕКТИВНОСТІ ОСНОВНОГО КУРСУ ХІМІОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ
НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ РЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, м. Київ

Метою нашого дослідження був аналіз результатів основного курсу хіміотерапії в 221 хворих на вперше виявлений туберкульоз із бактеріовиділенням та первинною резистентністю МБТ до антимікобактеріальних препаратів, що перебували на обліку в протитуберкульозних закладах м. Києва 2004–2007 роках.

З дисемінованим туберкульозом був 41 (18,6 %) пацієнт, із них 29 (70,7 %) із порожнинами деструкцій, з інфільтративним — 180 (81,4 %), серед яких із деструктивною формою — 149 (82,8 %). Монорезистентність виявлена у 86 (38,9 %) хворих, із них до стрептоміцину (S) — 41 (46,5 %), рифампіцину (R) — 19 (21,5 %), ізоніазиду (H) — 18 (20,9 %), етамбутолу (E) — 7 (7,9 %), піразинаміду (Z) — 2 (2,2 %). Полірезистентність встановлена 95 (43,0 %) пацієнтів, в тому числі із комбінацією до ізоніазиду — 50 (52,6 %) та із комбінацією до рифампіцину — 40 (42,1 %). Мультирезистентність спостерігалася в 40 (18,1 %) випадках.

До отримання результатів тесту чутливості МБТ пацієнтам призначалося 4–5 — протитуберкульозних препаратів: H, R, E, Z, S протягом 2 місяців. Якщо у хворих після 2 місяців інтенсивної терапії зберігалось бактеріовиділення, інтенсивну фазу лікування їм продовжували на 1 місяць.

У 167 (75,5 %) хворих інтенсивна фаза основного курсу хіміотерапії проводилася в стаціонарних умовах. Наприкінці ін-

тенсивного етапу припинення бактеріовиділення було досягнуто в 103 (61,7 %). Інтенсивна фаза антимікобактеріальної терапії 54 (24,2 %) пацієнтів проходила амбулаторно і в 36 (66,6 %). Загальний показник абацилювання на інтенсивному етапі становив 62,3 %, достовірної різниці не виявлено ($p > 0,05$). Серед 214 пацієнтів на 5 міс. хіміотерапії припинення бактеріовиділення було відмічено додатково ще в 29 (13,5 %). Загальний показник припинення бактеріовиділення — 78,5 %.

По завершенню основного курсу хіміотерапії отримані результати оцінювалися за критеріями когортного аналізу: вилікування (за мазком, посівом, лікування завершено), невдача лікування (за мазком, посівом), перерване лікування, помер, вибув.

По завершенні інтенсивної фази 7 (3,1 %) осіб самовільно перервали курс лікування, вибув із спостереження — 1 (0,6 %) внаслідок супутньої патології мав місце один летальний випадок. Перерва в лікуванні до завершення основного курсу хіміотерапії зафіксована в 17 (7,9 %) хворих, невдача в лікуванні — 41 (19,1 %), померло 5 осіб, із них внаслідок супутньої патології 4 (80,0 %) і 1 (20,0) — прогресування туберкульозного процесу.

Отже, основними причинами низької ефективності основного курсу хіміотерапії у хворих на вперше діагностований резистентний туберкульоз є невдача в лікуванні — 41 (18,4 %), перерване лікування — 24 (10,7 %), летальність — 6 (2,7 %).

Таблиця

Результати основного курсу хіміотерапії

Критерій ефективності	Кількість хворих, пролікованих в умовах				P
	стаціонару n = 167		амбулаторно n = 54		
	абс.	%	абс.	%	
Вилікування, в т.ч.	107	64,1	37	68,5	> 0,05
за мазком	47	43,9	6	16,2	< 0,05
за посівом	49	45,7	24	64,8	< 0,05
лікування завершено	13	12,1	7	18,9	> 0,05
Невдача лікування, в т.ч.	35	20,9	6	11,1	> 0,05
за мазком	23	65,7	3	50,0	> 0,05
за посівом	12	34,3	3	50,0	> 0,05
Перерване лікування	15	8,9	9	16,7	> 0,05
Помер	4	2,4	2	3,7	> 0,05
Вибув	6	3,5	—	—	

Недлінська Н.М., Мухін О.О., Сухін Р.Є., Капітан Г.Б. ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОФІЛАКТИЧНИХ КУРСІВ АРБІДОЛУ ДЛЯ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАГОСТРЕНЬ ХОЗЛ

ДУ "Національний інститут фізичної та пульмонології ім. Ф.Г. Яновського Академії медичних наук України", м. Київ

Характерною рисою перебігу ХОЗЛ є виникнення загострень, частота яких прогресивно збільшується із зростанням тяжкості перебігу захворювання.

Мета роботи — вивчити ефективність профілактичних курсів арбідолу для попередження інфекційних загострень (ІЗ) ХОЗЛ.

Для вирішення цієї задачі провели динамічне спостереження за 87 хворими на ХОЗЛ протягом 12 місяців — з вересня 2006 р. по вересень 2007 р. включно. Дослідження проводились за кошти держбюджету. Умова включення пацієнтів у дослідження — наявність фази ремісії ХОЗЛ. В процесі динамічного спостереження за хворими проводили клініко-функціональне обстеження впродовж 12 місяців у фіксовані терміни (у вересні та листопаді 2006 р., в січні, березні, травні та вересні 2007 р.) та за потребою у випадку виникнення загострення ХОЗЛ. Оцінку тяжкості перебігу ХОЗЛ визначали за шкалою бальної оцінки динаміки інтенсивності кашлю, гнійності та кількості мокротиння, вираженості задишки, температури тіла та значення ОФВ₁. За вихідний рівень взяли вираженість цих ознак у кожного хворого у фазі ремісії перебігу ХОЗЛ, яку оціни-

ли в 5 балів кожному. Таким чином стан кожного хворого на початку динамічного спостереження оцінювали в 30 балів. Вираженість від'ємної динаміки ознаки визначали відповідним зменшенням кількості балів. Про наявність загострення захворювання свідчить сума балів рівна та менша 21.

В залежності від запропонованого методу профілактики усі обстежені хворі були розподілені на 2 групи. До 1-ї групи включили 57 хворих віком від 36 до 87 років (у середньому $65,8 \pm 8,7$) року), яким призначали базисну терапію. До 2-ї групи — 30 пацієнтів віком від 46 до 86 років (у середньому $68,7 \pm 12,5$) року), яким одночасно з базисною терапією призначали препарат арбідол у дозі 0,2 1 раз у 3 дні впродовж 4-х тижнів, починаючи з жовтня 2006 року з інтервалом в 3 місяці, всього 2 курси.

За результатами аналізу спостереження наявність ІЗ ХОЗЛ відзначали в значній кількості хворих обох груп, але більше ($p > 0,05$) у 1-й групі ($50,9 \pm 6,6$) %).

Поєднання базисної терапії з двома профілактичними курсами арбідолу у перед- та епідемічний період ГРВІ та грипу дозволило достовірно ($p < 0,05$) зменшити частоту ІЗ ХОЗЛ з $3,2 \pm 0,2$ до $2,6 \pm 0,2$ випадка.

Нейко Є. М., Герич П. Р., Василів А. М. ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ КОМБІНОВАНОЇ ПРОТИЗАПАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ІНФЕКЦІЙНЕ ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Івано-Франківський державний медичний університет

Загострення хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) є однією з ведучих причин звертання хворих за медичною допомогою. Часті загострення у хворих на ХОЗЛ ведуть до швидкого прогресування захворювання, значного зниження якості життя хворих і пов'язані з суттєвими економічними витратами на лікування. Більше того, тяжкі загострення захворювання є основною причиною смертності хворих на ХОЗЛ.

Мета: вивчення терапевтичної ефективності та переносимості комбінованої антимікробної терапії у складі кларитроміцину в поєднанні з вітчизняним антисептичним препаратом декаметоксином (Декасан, ОАО "Юрія-Фарм") у хворих на інфекційне загострення ХОЗЛ II і III стадій.

Матеріали і методи: діагноз ХОЗЛ був верифікований за стадіями захворювання відповідно до Наказу МОЗ України № 128 від 19.03.2007 року "Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю Пульмонологія".

З метою вивчення ефективності і безпеки комбінації препаратів кларитроміцину і декаметоксину нами було проведено відкрите, порівняльне, паралельне дослідження в порівнянні з антибактеріальною монотерапією кларитроміцином в лікуванні інфекційного загострення ХОЗЛ.

Кларитроміцин призначали в дозі 500 мг два рази на добу всередину, декаметоксин інгаляційно по 20 мл через небулайзер.

Хворі обстежені до лікування, на 4—5 і 13—14 день після початку лікування.

В залежності від схеми лікування всі хворі були розподілені на дві групи, рандомізовані по віку, статі, тривалості основного захворювання, частоті і вираженості основних клінічних проявів захворювання.

В першу групу (контрольна) ввійшло 30 пацієнтів, які отримували базисну терапію бронхолітиками, муколітиками та антибактеріальним препаратом кларитроміцином. Другу групу (основна) склали 23 пацієнти, яким додатково призначали кларитроміцин і антисептичний препарат декаметоксин.

Результати: аналіз динаміки клініко-функціональних показників та лабораторних ознак інфекційного загострення ХОЗЛ на момент закінчення призначеної терапії свідчить, що вираженість проявів знизилась до вихідного рівня, тобто досягнення клінічного видужання (фази ремісії) у $(55,0 \pm 11,4)$ % хворих I-ої групи та у достовірно ($p < 0,05$) більшої кількості пацієнтів II-ої групи — у $(85,0 \pm)$ %, відповідно. У решти хворих обох груп визначали наявність клінічного покращання (фаза неповної ремісії).

В середньому загострення ХОЗЛ тривало $(14,4 \pm 2,0)$ дні у хворих I-ої групи та достовірно ($p < 0,05$) менше у хворих II-ої групи $(10,7 \pm 1,6)$ дні, відповідно.

Результати дослідження показали, що кларитроміцин/декаметоксин є ефективним засобом терапії хворих на інфекційне загострення ХОЗЛ в умовах стаціонару. Ця комбінація препаратів характеризується благоприємним профілем безпеки, що є порівняним по відношенню до монотерапії кларитроміцином. Клінічна безпека, ефективність, зручність застосування, здатність впливати на основний механізм резистентності основних збудників позалікарняних загострень дозволяє рекомендувати в якості комбінації препаратів для лікування хворих на інфекційне загострення ХОЗЛ з помірною та тяжкою стадіями в умовах стаціонару. Виявлена тенденція до скорочення строків антибіотикотерапії в умовах стаціонару при використанні кларитроміцину/декаметоксину у порівнянні з монотерапією кларитроміцином. Дана комбінація відрізняється ефек-

тивністю за рахунок антибактеріальної активності кларитроміцину і антисептичної дії декаметоксину.

Висновок: досягнення контролю над перебігом ХОЗЛ може бути досягнуто за рахунок строгого дотримання Національних рекомендацій "Протоколу надання медичної допомоги хворим

на ХОЗЛ" (наказ МОЗ України №128 від 19.03.2007 р.), вибору адекватної комбінації антибактеріального і антисептичного препаратів та імунорегуючої терапії в випадку інфекційного загострення, чіткого розуміння виникнення системних ускладнень з урахуванням системних патологій.

Нейко Є. М., Чернюк Н. В., Ковальчук Л. Є. АЛГОРИТМ КОМПЛЕКСНОЇ ДІАГНОСТИКИ СПАДКОВОЇ СХИЛЬНОСТІ ДО ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Івано-Франківський державний медичний університет

Значна поширеність і неухильний ріст захворюваності хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) вимагають удосконалення методів ранньої діагностики, розробки комплексу профілактичних заходів та диференційованих підходів до терапії залежно від генетичної обтяженості хворих. З метою оптимізації діагностики та прогнозування ризику виникнення хвороби у нащадків визначено комплекс генетичних маркерів спадкової схильності до ХОЗЛ для виділення осіб з високим ризиком розвитку ХОЗЛ.

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 313 хворих на ХОЗЛ методами клініко-лабораторного, інструментального та генетичного (клініко-генеалогічний, цитогенетичний методи) дослідження. Проведено дослідження асоціацій захворювання з антигенами груп крові систем АВ0 та резус. Контрольну групу по розподілу груп крові склали 1041 здорова особа.

Результати дослідження. Встановлено, що обтяжений спадковий анамнез по захворюванням легень у родовах обстежених коливався від 12 до 33 % і в середньому складав 25 %. Вирахування ступеня генетичної спорідненості серед родичів чотирьох-п'яти поколінь підтвердило мультифакторіальну природу захворювання. Показано імовірність існування генетичного імпринтингу при успадкуванні ХОЗЛ: у 41 % пацієнтів хвороба передавалася за материнською, у 29 % — за батьківською та у 18 % — за обома лініями. Дослідження генетичної обтяженості до ХОЗЛ за асоціаціями з антигенами груп крові систем АВ0 та резус дозволило виявити перевагу фенотипів 0 (I) Rh+ — 75,21 % чоловіків і 24,79 % жінок. Серед резус-негативних хворих визначено наступний ряд розподілу: A>0>B>AB. Найвищий відносний ризик розвитку ХОЗЛ встановлено для носіїв

антигенів 0 (I) Rh+ та A (II) Rh-. Доведено статевий диморфізм генетичних маркерів, які посідають друге місце щодо спадкової схильності до ХОЗЛ (серед резус-позитивних чоловіків і жінок відповідно фенотипи B (III) і A (III)). Резус-негативні жінки з групами 0 (I) і B (III) можуть бути резистентними до розвитку ХОЗЛ. Серед показників соматотипу хворих на ХОЗЛ нами аналізувалися стигми дизембріогенезу. В цілому вони зареєстровані у 81,3 % хворих на ХОЗЛ, порівняно з 51,3 % у контрольній групі. Першочергово зверталася увага на наявність контактної шипи чи гребеня носової перегородки (50 %), безконтактне викривлення носової перегородки, аномалії вухних раковин, коротку шию (61,8 %).

Аналізом імунцитогенетичних показників доведено залежність останніх від віку хворих та тяжкості перебігу ХОЗЛ. У пацієнтів похилого віку частота хромосомних аберацій була вищою у 1,59 рази порівняно з такою у молодих осіб, а при спадковій схильності в 1,63 рази (p<0,01). Середньогрупова частота асоціацій акроцентричних хромосом у хворих на ХОЗЛ з тяжким перебігом (III стадія) збільшена в 1,4 та в 1,2 рази порівняно з такою при I і II стадіях захворювання. При цьому відмічено варіабельність кількості асоційованих груп акроцентриків у клітині, а також кількості акроцентричних хромосом в асоціації.

Отримані результати можуть використовуватися для складання генної сітки ХОЗЛ, з подальшою ідентифікацією головних і допоміжних генів, аналізом асоціацій їхніх поліморфних станів із захворюванням та розробкою комплексу профілактичних заходів для конкретного пацієнта, що складає стратегічну мету предиктивної медицини.

Нестеренко З. В., Натальченко Г. И., Солдатенкова В. Е. РОЛЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ОБОСТРЕНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА ФОНЕ АТИПИЧНО ПРОТЕКАЮЩИХ ПНЕВМОНИЙ

Луганский государственный медицинский университет

Актуальность проблемы. высокий уровень обострений бронхиальной астмы (БА) у детей, протекающих на фоне пневмоний, вызванных атипичными возбудителями, привели к необходимости определить место антибактериальных препаратов в объеме контролирующей БА терапии.

Цель работы: определить роль антибактериальной терапии в комплексном лечении обострений БА у детей, протекающих на фоне пневмоний, вызванных атипичными возбудителями.

Материал и методы: под наблюдением находилось 69 больных с БА в возрасте от 3-х до 18 лет, у которых была диагностирована атипично протекающая пневмония (АПП), вызванная внутриклеточными возбудителями (хламидиями, микоплазмой). Все наблюдавшиеся дети имели фенотипические прояв-

ления дисплазии соединительной ткани (ДСТ). Лечение БА и АПП проводилось согласно принятым протоколам. Стартовым антибиотиком был назначен кларитромицин -Фромилид (Ф).

Результаты и обсуждение: у 48 больных (69,6 %) с БА и АПП. выявлены признаки легочной гипертензии (ЛГ). Пневмофиброз (ПФ) отмечен у 19 пациентов (27,5 %). больных БА и АПП; у 6-х детей (21,1 %) из них, отмечено появление воздушных полостей на рентгенограмме органов грудной клетки, при проведении компьютерной томографии. Рецидивы АПП имели место у 17 пациентов (24,6 %) .В течение 3-х мес. контроля БА. удалось добиться у 61 пациента (88,4 %) пациентов. Частичный контроль получен у 8 (11,6%) больных исследуемой группы. Через 6 мес. Контроль БА был достигнут во всех случаях.

Выводы: 1. Применение Ф в лечении АПП было эффективным и не сопровождалось осложнениями.

2. У детей с АПП на фоне БА включение в базисную терапию БА препарата Ф обеспечивает не только эффективность лечения АП, но и быстрое достижение контроля БА.

3. Отмечена тесная связь АПП с БА у детей, имеющих признаки ДСТ. Выявлена высокая частота ЛГ при АПП у больных с БА и признаками ДСТ.

4. У всех детей с БА и рецидивирующим течением АПП на фоне ДСТ имел место ПФ, а у 12,5 % больных с рецидивирующим течением АПП в сочетании с БА и ДСТ — ПФ и пневмоцеле.

Николаева О. Д.

ТУБЕРКУЛЕЗ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ: ВЫЯВЛЕНИЕ, ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика

Туберкулез наиболее частая оппортунистическая инфекция у ВИЧ-инфицированных. Инфекция развивается на фоне снижения иммунитета и проявляется себя на всех стадиях заболевания. Задачей нашего исследования было определение путей выявления ВИЧ-инфекции, диагностика у ВИЧ-инфицированных туберкулеза и эффективность проводимого лечения.

Нами обследовано 93 пациента с ВИЧ-инфекцией. Установлено, что среди обследованных пациентов 80 (86 %) в прошлом были потребителями инъекционных наркотиков, 13 (14 %) инфицировались половым путем. ВИЧ-инфекция выявлена у 16 (17,2 %) при обследовании по поводу беременности, у 7 (7,5 %) при выявлении туберкулеза и 70 (86 %) выявлены как потребители наркотиков.

Среди локальных форм туберкулеза легочный процесс диагностирован у 35 (37,6 %), внелегочный — у 36 (39,7 %), у 22 (23,7 %) легочный процесс сочетался с внелегочными формами. Среди внелегочных форм наиболее часто диагностировался туберкулез лимфатической системы (57,0 %), туберкулез центральной нервной системы (30 %), мочеполовой (6 %) и костно-суставной (7 %).

Бактериовыделителями были 22 пациента (23,7 %). Среди легочных форм полости распада отмечались лишь у 11 больных (31,4 %).

Всем пациентам, у которых диагностировали туберкулез, была назначена стандартная терапия согласно категориям. В

результате проведенного лечения получены следующие результаты.

Излечение туберкулезного процесса достигнуто у 71 больного, что составило 76,3 %, у 3 (3,2 %) определено неэффективное лечение, что было связано с наличием лекарственной устойчивости. Больные продолжили лечение препаратами 2 ряда. Умерло 6 (6,5 %) больных.

Причиной смерти явилось позднее выявление туберкулеза в генерализованной форме в сочетании с другими оппортунистическими инфекциями. Генерализованные формы туберкулеза развивались у ВИЧ-инфицированных пациентов с низкими показателями иммунитета, CD 4 ниже 100 клеток в мкл крови. У 13 (14,0 %) пациентов отмечены рецидивы заболевания.

На фоне проводимой противотуберкулезной терапии 18 больным назначена антиретровирусная терапия. На фоне антиретровирусной терапии у 3-х больных диагностирован синдром иммунной реконституции. Это были пациенты с низкими показателями иммунитета и высокой вирусной нагрузкой. Дальнейшая противотуберкулезная терапия оказала выраженный положительный эффект.

Таким образом, среди ВИЧ-инфицированных преобладают распространенные формы туберкулеза с полиорганным поражением и частыми внелегочными локализациями. Эффективность лечения составила 76,3 %, рецидивы туберкулеза регистрировались у 14,0 % больных.

Николенко Е. Я., Ткач С. И., Чернова С. Д., Брыкалин В. П., Миткеева Т. Н. ДИАГНОСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ В ПОСТЭКСПОЗИЦИОННЫЙ ПЕРИОД

*Харьковская медицинская академия последипломного образования
НИИ гигиены труда и профзаболеваний Харьковского
Национального медицинского университета*

В структуре профессиональной заболеваемости болезни дыхательной системы занимают ведущее место. Наиболее распространенными из них являются пневмокопозы, хронические обструктивные заболевания легких (ХОЗЛ) пылевой и токсико-пылевой этиологии. В большинстве случаев профессиональные заболевания диагностируются в период работы больных во вредных условиях труда. Однако возможно выявление таких заболеваний врачами общей сети, и, в первую очередь, фтизиатрами в отдаленные сроки после окончания работы на производстве.

Цель работы — уточнение закономерностей сроков диагностики профессиональных заболеваний бронхо-легочной системы у рабочих после прекращения работы в контакте с промышленными аэрозолями.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни 2 245 больных с наиболее распространенными профессиональ-

ными заболеваниями, обследованных в клинике НИИ гигиены труда и профзаболеваний Харьковского Национального медицинского университета.

Результаты. Установлено, что у 276 (12,3 %) случаев профессиональные заболевания диагностированы после окончания работы во вредных условиях производства, преимущественно это были пневмокопозы (силикоз, силикоантракоз и др.) и ХОЗЛ пылевой, токсико-пылевой (79,4 %). У подавляющего числа больных пневмокопозом постэкспозиционный период составлял от 1 до 20 лет (92 %). При этом в первые два года заболевание выявлялось только у 11 % больных, в тоже время у 55 больных пневмокопоз был диагностирован через 30 лет после прекращения работы. В большинстве случаев профессиональные заболевания диагностировались у лиц более старшего возраста (старше 40 лет — 99 %) и с длительным стажем работы во вредных условиях производства (более 10 лет — 96 %).

Постекспозиційний період установлення ХОЗЛ пилевої, токсико-пилевої етіології був значально менше і складав у подавляючого числа больних 1–10 лет (91 %), в том числі 1–2 года — у 39 % лиц. Тільки у 9 % пацієнтів постконтактний період — 11–15 лет і лише у одного больного — 16 лет. Також як і пневмокоіоз ХОЗЛ діагностувався у лиц старше 40 лет (95 %) і с довільним стажем роботи (більше 10 лет — 98 %).

Таким образом, наиболее распространенные профессиональные заболевания дыхательной системы (пневмокоіозы, ХОЗЛ) у 97 % больних устанавливаются в течение 20 лет после окончания работы во вредных условиях труда. Однако для

больных силикозом этот период может быть более длительным (до 30 лет и более). Все это требует от врачей общей сети и, в первую очередь, фтизиатров, терапевтов, пульмонологов, достаточных знаний по профпатологии для проведения дифференциальной диагностики и своевременного выявления таких профессиональных заболеваний дыхательной системы как пневмокоіоз и ХОЗЛ, которые довольно часто сочетаются с туберкулезом легких.

Вывод. Полученные данные могут быть использованы для обоснования сроков постекспозиційного периода постановки профессионального диагноза пневмокоіоза и ХОЗЛ пилевої, токсико-пилевої етіології.

Норейко Б. В., Гришун Ю. А.

МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ ПОБІЧНОЇ ДІЇ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ ЗА ДОПОМОГОЮ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАГАЛЬНОГО ЧАСУ МУКОЦИЛІАРНОГО ТРАНСПОРТУ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

У способі-прототипі для визначення побічної дії антибактеріальних препаратів (АБП) проводять дослідження функції зовнішнього дихання (ФЗД), що потребує використання спеціальної апаратури, кваліфікованого персоналу, а також засобів і пристроїв для профілактики зараження в процесі проведення дослідження у хворих на туберкульоз.

Мета дослідження полягала у пошуку підвищення точності діагностики побічної дії АБП.

Матеріали і методи. Обстежено 20 хворих на вперше діагностований туберкульоз легень. З інфільтративним туберкульозом було 17 хворих, з казеозною пневмонією — 1, та з дисемінованим туберкульозом легень — 2 хворих. Усім хворим проведене дослідження ФЗД та МЦТ до та після прийому антибактеріальних препаратів. Спосіб визначення побічної дії АБП полягає у наступному: первинне дослідження мукоциліарного транспорту проводять о сьомій годині ранку, а повторне о десятій та протитуберкульозні препарати вводять о восьмій годині при пероральному прийомі, о дев'ятій — при внутрішньом'язовому введенні та о десятій — при внутрішньовенному введенні. З метою визначення мукоциліарного транспорту (МЦТ) кристал сахарину аплікують на поверхню слизової оболонки середнього відділу нижнього носового ходу і проводять вимір загального часу (Т) до моменту проникнення сахарину в глотку, коли з'являється різке гірко-солодке відчуття, що миттєво усвідомлюється досліджуваним і супроводжується ковтальними рухами чи бажанням позбутися від виниклого дискомфорту в зоні стравоходу шляхом спльовування слини. При збільшенні загального часу мукоциліарного транспорту (Т) до $28,3 \pm 0,37$ хвилин діагностують наявність побічної дії АБП. При проведенні тесту із АБП використовували сполучення чотирьох препаратів — ізоніазид (Н), рифампіцин (R), піразинамід (Z) та етамбутол (E) у дозі залежно від ваги пацієнта.

Отримані результати. У хворих під впливом АБП відмічається тенденція до зниження показників ФЗД, однак ці дані являються статистично не достовірними ($p > 0,05$). Так середні показники ФЖЄЛ до та після прийому препаратів були $2,50 \pm 0,18$ та $2,53 \pm 0,17$ л, ОФВ₁ — $1,89 \pm 0,14$ та $1,89 \pm 0,13$ л/с, ПШВ — $3,59 \pm 0,38$ та $3,43 \pm 0,37$ л/с, МШВ₂₅ — $3,07 \pm 0,35$ та $2,86 \pm 0,35$ л/с, МШВ₅₀ — $2,59 \pm 0,27$ та $2,29 \pm 0,21$ л/с, та МШВ₇₅ — $1,55 \pm 0,13$ і $1,47 \pm 0,11$ л/с, відповідно. При дослідженні стану мукоциліарного транспорту загальний час МЦТ до введення АБП складав $25,15 \pm 0,26$ хвилини, а після їх введення — $28,3 \pm 0,37$ хвилин, ($p < 0,001$). У хворих з інфільтративним туберкульозом загальний час МЦТ до та після тесту з АБП складав 24 і 27 хвилин, у хворих дисемінованим ТБ легень та казеозною пневмонією — 27 і 30 та 26 і 31 хвилини, відповідно.

Висновки. Перевага способу визначення побічної дії антибактеріальних препаратів за допомогою дослідження загального часу мукоциліарного транспорту дихальних шляхів полягає у тому, що він безпечний, швидко виконується не має протипоказань, не потребує застосування спеціальної апаратури та відрізняється більш високою точністю і може використовуватися у важких хворих. У разі підвищення часу мукоциліарного транспорту в умовах тесту з антибактеріальними препаратами більш ніж до $28,3 \pm 0,37$ хвилин діагностують наявність побічної дії АБП. Розроблений нами спосіб діагностики дає можливість виявити побічну дію антибактеріальних препаратів до початку проведення систематичного лікування. Оскільки, у наших дослідженнях виявлене достовірне подовження часу мукоциліарного транспорту в умовах тесту з антибіотиками, можна рекомендувати хворим на туберкульоз при застосуванні стандартної хіміотерапії проводити профілактику і корекцію порушень мукоциліарного транспорту шляхом додаткового призначення амброксолу гідрохлориду, та комбінованих бронходилататорів.

Норейко Б. В.

ТИОТРОПИУМ В ЛЕЧЕННІ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Повышенная возбудимость парасимпатических нейронов в сочетании с гиперреактивностью холинэргических рецепторов дыхательных путей занимает центральное место в развитии

бронхиальной обструкции. При систематическом применении тиотропиума в дозе 18 мкг в сутки достигается стойкое увеличение объема форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ₁) и пи-

ковой скорости выдоха (ПОС). Уменьшение остаточной емкости легких и резервного объема вдоха под воздействием тиотропиума сопровождается уменьшением гиперинфляции, что влечет за собой повышение эффективности альвеолярной вентиляции и оксигенации крови. На фоне систематического лечения тиотропиумом происходит стойкое снижение бронхиального сопротивления на выдохе и нормализация внутригрудного давления, что предотвращает развитие эмфиземы легких и нарушения гемодинамики в системе малого круга кровообращения. В таблице приведены показания для проведения систематических курсов лечения тиотропиумом больных туберкулезом легких, подразделенных на категории, согласно приказу № 128 от 19.03.2007 г.

Предлагаемая система этапной патогенетической терапии БОС тесно интегрирована в стандартные схемы химиотерапии. Интенсивную фазу химиотерапии (ХТ) у впервые выявленных больных I, II и III категорий дополняли назначением бронходилататоров двойного действия, содержащих β_2 -агонисты и ипратропиум, кортикостероидов и муколитиков, в соответствии с показа-

ниями. Второй этап — фазу "долечивания" — дополняли курсами поддерживающей терапии БОС, оптимальным решением которой явилось систематическое применение тиотропиума в течение 2–5 месяцев в зависимости от категории больных. Патогенетическую терапию бронхообструктивного синдрома (БОС) у больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких рекомендуется проводить в 2 этапа. В период обострения ТБ, наряду с применением индивидуальных схем ХТ, рекомендуется проводить интенсивное лечение БОС с использованием бронходилататоров двойного действия и муколитиков (амброксол). По мере наступления ремиссии ТБ рекомендуется продолжать лечение БОС. Препаратом выбора для проведения поддерживающего лечения БОС у больных фиброзно-кавернозным ТБ в фазе ремиссии является тиотропиум. У больных цирротическим ТБ с хроническим течением и при силикотуберкулезе легких показано пожизненное применение тиотропиума при отсутствии противопоказаний. Группе больных, излеченных от ТБ, но имеющих большие остаточные туберкулезные изменения показано пожизненное применение тиотропиума 2 раза в году по 2–3 месяца.

Таблица

Показания для применения тиотропиума у больных туберкулезом легких с наличием бронхообструктивного синдрома

№ п/п	Категории больных	Режим лечения
1.	Новый случай бациллярной формы ТБ легких. Тяжелый случай абациллярной формы ТБ легких	Тиотропиум 18 мкг 1 раз в сутки в течение 4-х месяцев поддерживающей терапии (после 2-х месяцев интенсивной ХТ в сочетании с Беродуалом-Н)
2.	Рецидив бактериовыделения после завершения курса лечения или в связи с перерывом в лечении	Тиотропиум 18 мкг 1 раз в сутки в течение 5 месяцев (после 3-х месяцев интенсивной ХТ в сочетании с Беродуалом-Н, кортикостероидом и муколитиком)
3.	Нетяжелый случай абациллярной формы ТБ легких	Тиотропиум 18 мкг 1 раз в сутки в течение 2-3 месяцев (после 2-х месяцев интенсивной ХТ в сочетании с Беродуалом-Н)
4.	Хронические формы ТБ легких	Тиотропиум 18 мкг 1 раз в сутки в период ремиссии ТБ
5.	Все категории больных ТБ легких при наличии сопутствующих ХОБ, эмфиземы легких, пылевых заболеваний легких	Тиотропиум 18 мкг 1 раз в сутки пожизненно при отсутствии противопоказаний, предусмотренных инструкцией



Норейко С. Б.

ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ, УСКЛАДНЕНОГО БРОНХООБСТРУКТИВНИМ СИНДРОМОМ

Донецький національний медичний університет

Проаналізовано дані обстеження й лікування 201 хворого з вперше діагностованим туберкульозом легень. Чоловіків нараховувалося 137, жінок — 64. Хворих на інфільтративний туберкульоз (ТБ) легень було 134 (66,6 %), на дисемінований — 42 (20,9 %). Туберкульозу легень, ускладнену реактивним плевритом діагностовано у 19 (9,5 %), фіброзно-кавернозний туберкульоз — у 6 (3,0 %) хворих.

Для вивчення можливостей підвищення ефективності лікування хворих на ТБ легень було проведено порівняльну оцінку клінічної ефективності 3-х режимів патогенетичної терапії бронхообструктивного синдрому (БОС). Контрольну групу (умовно група "0") склали хворі на аналогічні форми туберкульозу, яким лікування БОС було призначено, але вони його не одержали з різних причин.

Ефективність 3-х режимів лікування хворих оцінено з урахуванням динаміки клінічних, рентгенологічних і функціональних ознак БОС.

Хворі 1-ї групи одержували, на додаток стандартної хіміотерапії, курс лікування інгаляційними бронходилататорами подвійної дії, які містять β_2 -агоністи (сальбутамол — 200 мкг або фенотерол — 100 мкг) у поєднанні з іпратропіумом у дозі 40 мкг тричі на день протягом не менше 2–3 місяців.

Патогенетична терапія БОС у хворих 2-ї групи включала кортикостероїди (преднізолон) і бронходилататори подвійної дії по 2 інгаляційні дози тричі на день протягом 2–3 місяців. Преднізолон призначали хворим на ТБ з вираженим ексудативним характером запалення легень при наявності БОС. Преднізолон використовували в перші 14 днів в дозі 20–30 мг о 7-й годині ранку одноразово щоденно, наступні 1,5 місяці — 20 мг о 7-й годині ранку одноразово через день. У частки хворих з розповсюдженими формами ТБ легень і повільним розсмоктуванням інфільтративних змін в легеневої тканині, лікування преднізолоном продовжували до трьох місяців в дозі 20 мг о 7-й годині ранку одноразово через день.

Лікування БОС у хворих 3-ї групи містило кортикостероїди (преднізолон), бронходилататори й муколітики. У якості муколітика застосовували амброксолу гідрохлорид у дозі 30 мг тричі на день тривалістю 2 місяці.

Аналіз отриманих даних, з урахуванням статистичної обробки матеріалів досліджень, переконливо показав, що кожний з 3-х порівнюваних режимів патогенетичного лікування БОС чинив достовірний позитивний вплив на функціональний стан легень. Найбільш вираженим реабілітаційним ефектом володіє лікувальний режим, що включає кортикостероїди й брон-

ходилатори. Відчутні результати досягалися також на тлі монотерапії бронходилаторами.

Для оцінки клінічної ефективності патогенетичної терапії БОС вивчено динаміку основних клініко-рентгенологічних проявів ТБ: інтоксикаційного синдрому, динаміки загоєння деструктивних змін у легенях і терміну зворотного розвитку вогнищ бронхогенної дисемінації. Доведено достовірний позитивний вплив патогенетичної терапії, що виявився в достовірному ско-

роченні строків лікування відносно усіх клінічних ознак захворювання в середньому на 1–3 місяця.

Патогенетичне лікування туберкульозу легенів, ускладненого БОС, на тлі стандартних режимів хіміотерапії сприяє припиненню симптомів інтоксикації, закриттю каверн і розсмоктуванню вогнищ бронхогенної дисемінації в середньому на 1–3 місяці раніше в порівнянні з контрольною групою.

Норейко С. Б.

БРОНХОДИЛАТАЦІЙНИЙ ТЕСТ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ, УСКЛАДНЕНИЙ БРОНХООБСТРУКТИВНИМ СИНДРОМОМ

Донецький національний медичний університет

Об'єктом дослідження був 201 хворий з вперше діагностованими деструктивними формами туберкульозу легенів, серед яких чоловіків нараховувалося 137, жінок — 64.

Контрольну групу склали 48 практично здорових людей у віці від 26 до 51 року: чоловіків — 22, жінок — 26.

Дослідження стану функції зовнішнього дихання (ФЗД) проводили за допомогою комп'ютерного пневмотахографа Master Scope PC фірми "Erix Eger." Для оцінки зворотності бронхообструктивних порушень усім хворим проводили бронходилатаційний тест (БДТ) із використанням β_2 -агоністів (сальбутамол — 200 мкг або фенотерол — 100 мкг) у поєднанні з іпратропіумом (40 мкг). Результати БДТ у хворих на ТБ легенів відрізнялися від даних контрольної групи високою чутливістю бронхолегеневої системи до дії бронходилатора. У контингенту хворих на ТБ у цілому несуттєві зміни показників ФЗД спостерігалися від 10,8 % (щодо величини $МОШ_{75}$) до 25,6 % випадків (щодо величини ОФВ₁). В 60,2 % випадків БДТ у хворих на ТБ легенів виявив достовірне збільшення ОФВ₁ і лише в 14,2 % випадків — погіршення показника.

У контрольній групі за всіма показниками ФЗД вплив бронходилаторів супроводжувався виключно односпрямованими змінами у бік збільшення вихідних значень показників ФЗД. І хоча тенденція до позитивних змін ФЗД в умовах БДТ не досягла статистичної значущості, нею не слід знехотувати. Тенденція односпрямованості позитивних змін стану бронхіальної прохідності дає підстави припустити наявність прихованих порушень бронхіального тону в здорових людей, які поки що істотним чином не впливають на стійкий стан фізіологічних параметрів функції зовнішнього дихання умовно здорових людей.

Відсутність випадків негативного впливу бронходилаторів у контрольній групі свідчить про нешкідливість БДТ і доцільність використання його в програмі діагностики прихованих

форм бронхообструктивних порушень у контингенту умовно здорових людей.

Функціональна проба є критерієм доцільності проведення курсу лікування хворого бронходилаторами. Позитивні зміни, спостережувані при проведенні функціональних тестів, у більшості хворих бувають досить значними. Це пояснюється тим, що відповідно до наших досліджень, бронходилатори й, особливо, препарати подвійної дії створюють бронхопротективний вплив на всі відділи дихальних шляхів. Крім відомої бронхоспазмолітичної дії, що дала загальноприйнятту назву всій групі, ці препарати активують мукоциліарний транспорт і поліпшують процес сполучення функцій мукоциліарного апарату й бронхіальної прохідності. Результат функціональної проби є предтечею очікуваного лікувального ефекту. За допомогою функціональної проби можливе моделювання межі відновлення порушень дренажної функції бронхів за рахунок одночасної корекції двох основних компонентів дренажної функції бронхів — бронхіальної прохідності й мукоциліарного транспорту в їхній функціональній єдності.

Таким чином, туберкульоз легенів, ускладнений БОС, у період епідемії характеризується вираженими порушеннями бронхіальної прохідності, здебільшого в нижніх і середніх відділах дихальних шляхів. У більшості хворих (в 54 % випадків) виявлено генералізовану обструкцію всіх відділів бронхів. Негативний результат бронходилатаційного тесту не є перешкодою для проведення курсу лікування БОС із використанням бронходилаторів. Результати функціональних проб із бронходилаторами можуть бути використані для прогнозування реабілітаційних можливостей патогенетичного лікування. Змога передбачити кінцевий результат на підставі функціонального тесту, проведеного до призначення лікування, доведена математично.

**Орнат С. Я., Стовбан М. П., Кострицька І. М., Стовбан І. В., Островська О. М.,
Савеліхіна І. О., Єфремов В. І., Ільчук І. С., Островський М. М.
ВИКОРИСТАННЯ ЕРБІСОЛУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ
ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ**

Івано-Франківський державний медичний університет

Мета: вивчити ефективність ербісолу в комплексному лікуванні хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ).

Матеріали та методи: під наглядом знаходилися 42 хворих на ХОЗЛ, із середнім терміном захворювання $10,3 \pm 4,3$ років, середній вік $60 \pm 4,3$ роки, які перебували на стаціонарному лікуванні. Більшість із них мали помірної тяжкості протікання захворювання, у 25 % пацієнтів спостерігався легкий ступінь і у 16 % тяжке протікання ХОЗЛ. Всі пацієнти знаходилися у фазі ремісії, отримували базову терапію, із них 20 пацієнтам додатково був проведений курс лікування ербісолом по 2,0 до м'язово 1р/д протягом 10 днів. При дослідженні використовували клінічні, інструментальні, лабораторні методи діагностики. Імунологічне обстеження пацієнтів включало фенотипування клітин імунної системи із використанням моноклональних антитіл CD₃, CD₄, CD₈, CD₁₆, CD₂₅, CD₂₂, HLA-DR, визначення фагоцитарної активності нейтрофілів (ФАН), окисний метаболізм та резервні можливості нейтрофілів.

Результати: у хворих, які отримували ербісол, відмічалось достовірне підвищення, у порівнянні із контрольною групою, рівня лейкоцитів на 16,8 % ($p < 0,05$) і показників клітинної ланки імунної системи: загальних Т-лімфоцитів (CD₃) на 9,4% ($p < 0,05$), Т-хелперів (CD₄) на 15,2% ($p < 0,05$) і зниження Т-клітин із супресорною активністю (CD₈) на 6,1% ($p < 0,05$). При вивченні ФАН резервні можливості нейтрофілів збільшилися на 54,8 % ($p < 0,05$), резерв індексу активації нейтрофілів (ІАНР) на 42 % ($p < 0,05$), що вказує на підвищення резервних метаболічних можливостей нейтрофільних гранулоцитів і підсилення мікробіцидної активності клітин моноцитарно-макрофагальної системи.

Висновки: використання ербісолу підвищує ефективність лікування хворих на ХОЗЛ за рахунок імуномодуючої дії на основні ланки імунної системи, що може сприяти довшому терміну ремісії захворювання та дозволяє рекомендувати препарат для профілактики загострень ХОЗЛ.

**Островський М. М., Кулинич-Міськів М. О.
ВПЛИВ БАЗОВОЇ БРОНХОДИЛЯТАЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ НА ОКРЕМІ ПАТОГЕНЕТИЧНІ ЛАНКИ
НЕОКОЛАГЕНОГЕНЕЗУ БРОНХІАЛЬНОГО ДЕРЕВА ПРИ ХРОНІЧНОМУ
ОБСТРУКТИВНОМУ ЗАХВОРЮВАННІ ЛЕГЕНЬ**

Івано-Франківський державний медичний університет

Незважаючи на поступ сучасної медичної науки, проблема захворюваності, інвалідизації та смертності населення світу внаслідок патології органів дихання залишається пріоритетною в галузі розробки новітніх медичних технологій лікування та профілактики. Це зумовлено насамперед їх значною поширеністю, тенденцією до зростання та соціально-економічними збитками, завданими цими захворюваннями (Фещенко Ю. І., 2007). Одним із найбільш обтяжливих у соціальному, функціональному та економічному планах вважають хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) (Фещенко Ю. І., Яшина Л. О., 2007).

Метою даного дослідження є оцінка динаміки колагену-IV в бронхоальвеолярному вмісті при лікуванні хронічного обструктивного захворювання легень II стадії із використанням препарату тіотропіуму броміду.

Матеріал та методи. Обстежено 60 хворих на ХОЗЛ II стадії. Дослідження проводили до початку та на 30 і 60 день лікування із використанням загальноприйнятих схем терапії (згідно зі стандартами передбаченими наказом МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р.) у поєднанні з препаратом тіотропіум бромід. Всі обстежені були розподілені на групи в залежності від призначеного їм лікування. I-а група порівняння складалася з 20 хворих, котрі лікувалися за загальноприйнятими методиками, без використання холінолітика тривалої дії. II-а група — 40 хворих, котрі додатково отримували препарат тіотропію бромід: інгаляційно 18 мкг, 1 раз на добу, курсом 30 днів. III-я група — 21 хворий, котрі додатково отримували препарат тіотропію бромід: інгаляційно 18 мкг, 1 раз на добу, курсом 60 днів. Контрольну групу склали 15 практично здорових осіб (ПЗО) без наявних ознак захворювань респіраторно-вентиляційного тракту та іншої патології внутрішніх органів.

Матеріалом дослідження був бронхоальвеолярний змив, який отримували при проведенні фібробронхоскопії. Вміст колагену-IV досліджували в бронхоальвеолярній рідині методом імуноферментного аналізу на аналізаторі "StatFax 303 Plus" за допомогою реагентів "Biotrin Collagen IV EIA".

Результати. Проведені дослідження показали, що у здорових осіб рівень у бронхоальвеолярному вмісті колагену-IV становив: $(9,87 \pm 0,52)$ нг/мл. На час госпіталізації хворих із ХОЗЛ II стадії спостерігалось значне достовірне підвищення у бронхоальвеолярній рідині рівнів колагену-IV — до $(60,71 \pm 1,18)$ нг/мл ($p < 0,05$). При обстеженні пацієнтів I групи на 30 добу нами встановлено, що вміст колагену-IV у бронхоальвеолярній рідині зменшився лише на 10,29% ($p < 0,05$). Детекція показників колагену-IV у II групі хворих на ХОЗЛ II стадії на 30 добу використання препарату тіотропію броміду показала зменшення його вмісту від вихідних значень на 29,43 % ($p < 0,05$). Справжнім якісним проривом динаміки рівнів колагену-IV в бронхоальвеолярному вмісті були отримані нами дані у осіб III групи, які отримували протягом 60 днів тіотропію бромід. На момент завершення спостереження над ними концентрація колагену-IV у бронхоальвеолярній рідині мала максимальну тенденцію до нормалізації й склала $(24,72 \pm 1,15)$ нг/мл, зменшившись від вихідного рівня у 2,44 рази ($p < 0,05$). Обстеження ж нами 12 пацієнтів I групи порівняння на 60 добу встановило навіть деяке збільшення вмісту колагену-IV у бронхоальвеолярній рідині, порівняно із даними отриманими на 30 добу.

Висновки. Використання тіотропію броміду в базовому лікуванні ХОЗЛ II стадії забезпечує достовірне зменшення рівнів колагену-IV в бронхоальвеолярному вмісті, яке залежить від тривалості використання даного препарату і є проявом його ймовірної антисклеротичної активності.

Островський М. М., Кулинич-Міський М. О.
**ЕФЕКТИВНІСТЬ БАЗОВОЇ ПРОТИЗАПАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ
ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ**

Івано-Франківський державний медичний університет

Перед сучасною медициною дедалі більше постає питань, пов'язаних із розвитком новітніх методик виявлення, профілактики та лікування пульмонологічної патології, спрямованих на забезпечення та всебічне сприяння реалізації програм діагностики, адекватної терапевтичної тактики та профілактики розвитку ускладнень (Фещенко Ю. І., 2007). Чільне місце серед проблем пульмонології посідають хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ).

Мета дослідження: виявити переваги комплексної терапії ХОЗЛ з використанням протизапальних препаратів (фенспірид), в порівнянні з монотерапією бронхолітиками.

Матеріали і методи: спостерігали 65 пацієнтів (45 чоловіків і 20 жінок) у віці від 35 до 65 років (середній вік 55,4 роки) з ХОЗЛ II стадії стабільний перебіг, які не мали загострення протягом останніх 3-х місяців. До і після дослідження здійснювалися дослідження: загальний аналіз крові, визначення С-реактивного білка, сіалових кислот, спірографія, оцінка інтенсивності кашлю і задишки за 5-ти бальною шкалою. Всі пацієнти були розділені на 4 групи по обсягу проведеної терапії, ран-

домізованих по віку і статі. I група: беродуал Н (іпратропій бромід 21 мкг + фенотерол гідробромід 50 мкг) 1–2 інг. 3 р/добу. II група: беродуал Н (іпратропій бромід 21 мкг + фенотерол гідробромід 50 мкг) 1–2 інг. 3 р/добу + фенспірид 240 мг/добу. III група: тіотропій бромід 1 інгаляція 18 мкг/добу. IV група: тіотропій бромід 1 інгаляція 18 мкг/добу + фенспірид 240 мг/добу. Час спостереження склав 3 місяці.

Результати. В загальному аналізі крові, показниках СРБ і сіалових кислот до і після лікування відхилень від норми не виявлено. Інтенсивність денного кашлю і задишки значно зменшилась в II, III, IV групах (55 %, 67 %, 71 % відповідно), а нічний кашель зник повністю у IV та III групах. Під час оцінки функції зовнішнього дихання максимально позитивна динаміка спостерігалася в II і IV групах: середній приріст Δ ОФВ₁ склав 220 мл і 230 мл.

Висновки. Фенспірид в комбінації з бронхолітиками короткої та тривалої дії демонструє добру клінічну ефективність. Найбільш перспективними в плані впливу на функцію зовнішнього дихання є комбінація інгаляційних холінолітиків тривалої дії (тіотропій бромід) з фенспіридом.

Павленко О. Б. ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ АЦЕТИЛЦИСТЕЇНУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Дніпропетровська державна медична академія

Актуальність теми. Незважаючи на фундаментальні дослідження в пульмонології, бажаного контролю за захворюваністю хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) досягти не вдається і кількість хворих щорічно збільшується. До виникнення ХОЗЛ приводить дисбаланс у протейназ-інгібіторній системі, яка контролює гомеостаз. Одним з підходів до вирішення проблеми підвищення інгібіторного потенціалу та профілактики ускладненого перебігу ХОЗЛ є використання антиоксидантів. Ацетилцистеїн (АЦЦ) займає особливе місце у лікуванні ХОЗЛ, тому що реалізує декілька механізмів впливу на організм хворих, один з яких антиоксидантний.

Мета дослідження: вивчити вплив ацетилцистеїну на активність протейназ-інгібіторної системи у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 86 хворих на ХОЗЛ з середньо тяжким перебігом захворювання, середній вік $58,9 \pm 3,2$ років, термін захворювання $20,4 \pm 2,2$ років, курці, зі стажем паління від 20 до 35 років і високим ступенем ніотинової залежності (за опитувачем К. О. Fagerstrom).

Пацієнти були розподілені на 2 групи:

1 група — 44 хворих, які поряд із традиційною базисною терапією (серетид 25/125 мкг — 2р/д) приймали АЦЦ по 600 мг/добу, протягом 6 місяців.

2 група — 42 хворих, які приймали тільки базисну терапію.

Поряд із клінічним обстеженням пацієнтів використовували наступні інструментальні та біохімічні методи дослідження: спірографічне обстеження функції зовнішнього дослідження, рентгенологічне дослідження, активність протейназ-інгібіторних ферментів у бронхоальвеолярній рідині (БАР) α_1 -антитрипсину (АТ), α_2 -макроглобуліну (МГ), трипсину (Т).

Статистична обробка отриманих результатів проводилася за загальноприйнятими методиками варіаційної статистики з використанням критерію Ст'юдента і кореляційного аналізу.

Результати дослідження

В процесі лікування виявлена позитивна динаміка основних клінічних ознак захворювання. Середня тривалість кашлю у хворих, які приймали АЦЦ, була значно коротшою, відмічалось зменшення кількості мокротиння та хрипів у легенях. Кількість загострень ХОЗЛ та число днів непрацездатності було достовірно меншим у порівнянні з пацієнтами 2 групи.

За даними спірографічного дослідження в обох групах обстежених хворих на ХОЗЛ, показники бронхіальної прохідності мали тенденцію до поліпшення, але статистичної значимості не досягли.

Під впливом АЦЦ виявлена позитивна динаміка активності протейназ-інгібіторних ферментів, відзначалося достовірне зниження протейназного потенціалу і нормалізація інгібіторної активності.

Висновок: рекомендовано включення в терапію ХОЗЛ у курців АЦЦ, препарату з антиоксидантними властивостями, який позитивно впливає на клінічний перебіг захворювання, стан протейназ-інгібіторної системи і призводить до подовження періоду ремісії ХОЗЛ.

Таблиця

Показники активності протейназ-інгібіторних ферментів у хворих на ХОЗЛ

Групи хворих	α_1 -антитрипсин	α_2 -макроглобулін	трипсин
1 група	$0,9 \pm 0,20^*$	$0,013 \pm 0,001^*$	$1,2 \pm 0,1^*$
2 група	$1,76 \pm 0,11$	$0,027 \pm 0,002$	$2,54 \pm 0,10$

Примітка: * — $P < 0,05$



Павленко О. Б., Перцева Т. О. ВПЛИВ ТЮТЮНОПАЛІННЯ НА СТАН ПРОТЕЇНАЗ-ІНГІБІТОРНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Дніпропетровська державна медична академія

Актуальність теми. Захворюваність на хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ) є однією з найбільших проблем сучасної охорони здоров'я у світі. Причини збільшення у популяції осіб, схильних до ХОЗЛ чимало. Істотне значення має збільшення викидів в атмосферу сполук, що безпосередньо уражають епітелій слизових оболонок дихальних шляхів, тривалі респіраторні інфекції, активне й пасивне тютюнопаління.

Однією з основних систем організму, що контролює гомеостаз, є протейназ-інгібіторна система, зміни в якій призводять до виникнення захворювань. У зв'язку з цим вивчення проблеми впливу тютюнопаління на стан протейназ-інгібіторної системи, буде сприяти подальшому з'ясуванню патогенезу і розробці тактики лікування хворих на ХОЗЛ.

Мета дослідження: вивчити вплив тютюнопаління на активність протейназ-інгібіторної системи у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 64 хворих на ХОЗЛ з середньо тяжким перебігом захворювання, середній вік $57,9 \pm 4,2$ років, термін захворювання $15,4 \pm 3,6$ років, пацієнти розподілені на 2 групи:

1 група — 34 хворих, курці, зі стажем паління від 20 до 35 років і високим ступенем ніотинової залежності (за опитувачем К. О. Fagerstrom).

2 група — 30 хворих, які ніколи не палили.

Поряд із клінічним обстеженням пацієнтів використовували наступні інструментальні та біохімічні методи дослідження: спірографічне обстеження функції зовнішнього дослідження, рентгенологічне дослідження, активність протейназ-інгібіторних ферментів у бронхоальвеолярній рідині (БАР) α_1 -антитрипсину (АТ), α_2 -макроглобуліну (МГ), трипсину (Т).

Статистична обробка отриманих результатів проводилася за загальноприйнятими методиками варіаційної статистики з використанням критерію Ст'юдента і кореляційного аналізу.

Результати досліджень

Виявлено прямий високо вірогідний кореляційний зв'язок між активністю ТР і АТ ($r = 0,72$). У хворих 1 групи, на відміну від хворих 2 групи, виявлено достовірне підвищення активності протейназних ферментів.

Аналіз отриманих результатів дозволив встановити, що у курців, хворих на ХОЗЛ, спостерігається дисбаланс у протейназ-

Таблиця
Показники активності протеїназ-інгібіторних ферментів у хворих на ХОЗЛ

Групи хворих	α_1 -антитрипсин	α_2 -макроглобулін	трипсин
1 група	1,80 ± 0,10*	0,027 ± 0,002*	2,34 ± 0,12*
2 група	1,1 ± 0,09	0,013 ± 0,001	1,53 ± 0,10

Примітка: * — P<0,05

інгібіторній системі, з перевагою протеїназного потенціалу. Виявлені зміни пов'язані з стажем паління та індексом тютюнопаління. Встановлено, що у курців — хворих на ХОЗЛ показник ОФV₁ має тенденцію до зниження з подовженням стажу паління.

Висновок. Для курців, які страждають на ХОЗЛ, характерне формування нового, більш високого, рівня протеїназ, що веде до дисбалансу у протеїназ-інгібіторній системі і може призводити до руйнування легеневої тканини.

Панасюк В.О. ЦИФРОВЕ ПРЕДСТАВЛЕННЯ НЕЙРОТУБЕРКУЛЬОЗУ ПРИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

Медичний інститут Української асоціації народної медицини, м.Київ

Серед аспектів проблеми ко-інфекції туберкульоз/вірус імунодефіциту людини актуальним є виявлення туберкульозного менінгіту (ТБМ) і туберкульозного менінгоенцефаліту (ТБМЕ) з цифровим зображенням їх діагнозу у поєднанні з вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ).

На малюнку 1 наведений алгоритм, ознаки виявлення (під цифрами від 3 до 34) та три ключові (під цифрами 36, 37 і 38) критерії з п'ятьма додатковими (під цифрами 39, 40, 41, 42 і 43) критеріями діагностики ТБМ і ТБМЕ у ВІЛ-позитивних пацієнтів.

Діагноз захворювання з ТБМ і ТБМЕ у ВІЛ-позитивних пацієнтів включає насамперед мінімум два (під цифрами 3 і 9) чи три (під цифрами 3,9 і 14) класичні синдроми менінгіту і мінімум три (під цифрами 3, 9 і 22) або чотири (під цифрами 3, 9, 14 і 22) класичні синдроми менінгоенцефаліту, туберкульозна етіологія яких верифікується (обґрунтовується) щонайменше одним із трьох ключових і двома (або) трьома додатковими критеріями діагностики. Приклади:

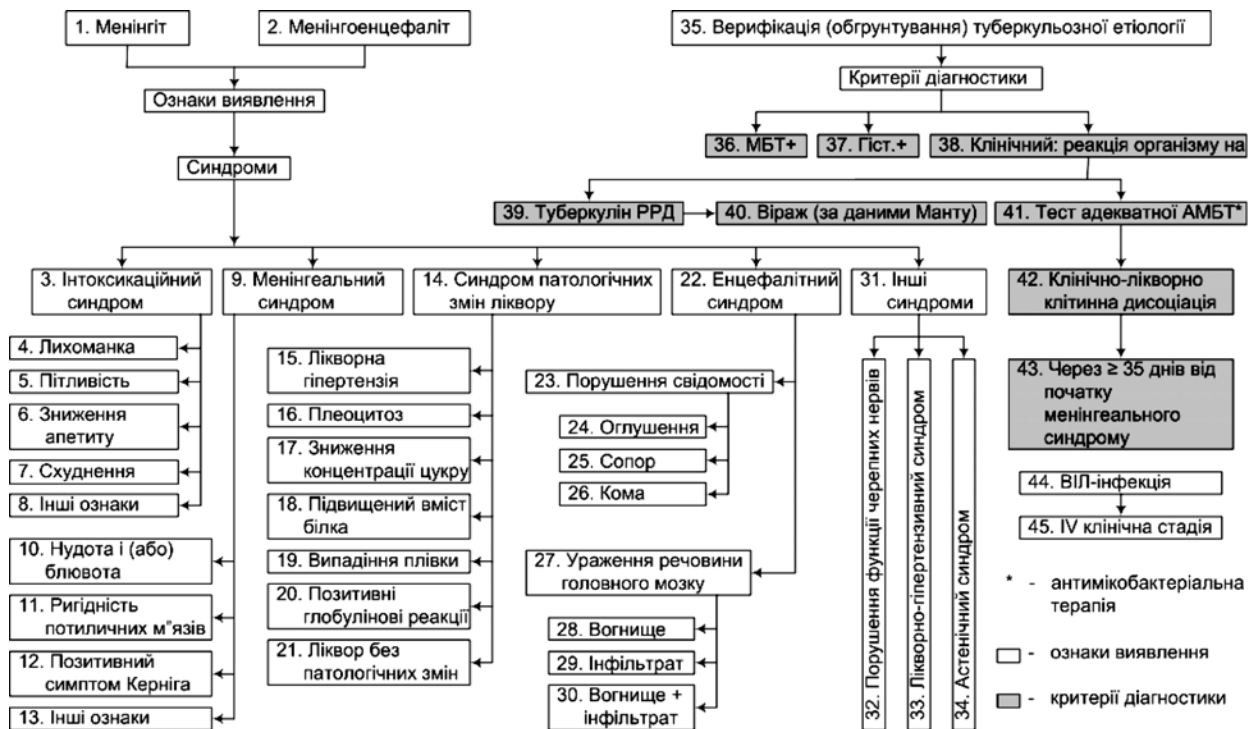
— ВІЛ-інфекція, IV клінічна стадія. Туберкульозний менінгіт: варіанти

1) 1, 3, 9, 14, 35, 38, 41, 42, 43, 44, 45; 2) 1, 3, 9, 21, 35, 38, 41, 42, 43, 44, 45; 3) 1, 3, 9, 14, 35, 36, 44, 45; 4) 1, 3, 9, 14, 35, 37, 44, 45; 5) 1, 3, 9, 14, 35, 36, 38, 41, 42, 43, 44, 45;

— ВІЛ-інфекція, IV клінічна стадія. Туберкульозний менінгоенцефаліт: варіанти

1) 2, 3, 9, 14, 22, 35, 38, 41, 42, 43, 44, 45; 2) 2, 3, 9, 21, 22, 35, 38, 41, 42, 43, 44, 45; 3) 2, 3, 9, 14, 22, 35, 36, 44, 45; 4) 2, 3, 9, 14, 22, 35, 37, 44, 45; 5) 2, 3, 9, 14, 22, 35, 36, 38, 41, 42, 43, 44, 45.

Таким чином, цифрове представлення діагнозу туберкульозного менінгіту (менінгоенцефаліту) у ВІЛ-інфікованих осіб у багаточисельних клінічних варіантах допомагає покращити виявлення і діагностику ураження оболонок і речовини головного мозку туберкульозної етіології.



Малюнок 1. Алгоритм, ознаки виявлення та критерії діагностики туберкульозного менінгіту і менінгоенцефаліту, поєднаного з ВІЛ-інфекцією

Панасюк О. В., Панасюк В. О., Петренко О. О., Грицай Л. М., Савельєва Л. А., Радиш Г. В. ДЕЯКІ АСПЕКТИ МІЛІАРНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ

Медичний інститут Української асоціації народної медицини, м. Київ

Надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим на міліарний туберкульоз (МТБ) є надзвичайно важким завданням, оскільки всі вони помирають протягом 3-х місяців при відсутності антимікобактеріальної терапії.

Нами проаналізовані результати клінічного обстеження і етіотропного інтенсивного лікування 50 хворих на МТБ, асоційованих з ВІЛ-інфекцією.

Результати дослідження. З 50 хворих на МТБ, що перебували на стаціонарному лікуванні в м.Києві та за його межами в період з 2004 до 2008 року у 23 (46,0 ± 7,0) % хворих був діагностований гострий дисемінований (міліарний) туберкульоз легень. У 20 (40,0 ± 7,0) % МТБ легень був поєднаний з туберкульозним менінгітом (менінгоенцефалітом). У 3 (6,0 ± 3,0) % був МТБ з ураженням плеври, перикарда і очеревини. У 2 (4,0 ± ± 3,0) % хворих поряд з МТБ легень, оболонки і речовини головного мозку виявлено ураження внутрішньогрудних лімфатичних вузлів. У 2 хворих МТБ легень був поєднаний з туберкульозним менінгоенцефалітом і плевритом, а в одному випадку ще й туберкульозом нирок. У 27 (54,0 ± 7,0) % хворих переважно бактеріоскопічним методом було виявлено мікобактерії туберкульозу (МБТ) на початку лікування, у 10 (37,0 ± 10,0) % із них припинилося виділення МБТ наприкінці стаціонарного курсу лікування.

ВІЛ-інфіковані громадяни України, які захворіли на МТБ — переважно особи репродуктивного та працездатного віку від 19 до 49 років (близько 81 %), з них чоловіки складають більшість.

Серед СНІД-індикаторних захворювань, крім МТБ, викликаного *Mycobacterium tuberculosis* у всіх 50 випадках, в тому числі у 22 хворих реєструвались орофарингеальний і (або) езофагальний кандидоз, у 19 хворих — герпетична чи паразитарна або бактеріальна інфекція, у 15 хворих синдром виснаження (слімхвороба) і у 10 хворих — інші опортуністичні хвороби (пневмоцистна пневмонія, мікобактеріоз, саркома Капоші, токсоплазмоз, цервікальний інвазивний рак).

Кількість померлих хворих від МТБ, обумовленого синдромом набутого імунodefіциту, складає абсолютну більшість пацієнтів (70,0 ± 7,0) %.

Таким чином, вікова структура ВІЛ-інфікованих хворих на міліарний туберкульоз збігається зі структурою ВІЛ-інфікованих осіб в Україні, тобто відмічається суттєве переважання молоді віком 18–35 років у віковій структурі ВІЛ-інфікованих (62,0 ± ± 7,0) %.

Особливістю ко-інфекції МТБ/ВІЛ є багатогранність її впливу на медичні, демографічні, соціально-економічні, політичні аспекти українського суспільства, що перетворює її на проблему національної безпеки.

Паршин В. Д., Вишневская Г. А., Левицкая Н. Н., Волков А. А. ЭВОЛЮЦИЯ ЭТИОЛОГИИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРАХЕОПИЩЕВОДНЫХ СВИЩЕЙ

ГУ РНЦХ им. Б. В. Петровского РАМН, г. Москва

Наряду с увеличением ятрогенных повреждений трахеи с формированием стеноза дыхательных путей, отмечается тенденция к увеличению числа больных с формированием патологических трахеопищеводных соустьев. Это связано с единым этиологическим происхождением этих двух патологических состояний. Лечение больных с подобной патологией остаётся актуальным для современной торакальной хирургии.

Материалы и методы. С 1964 по 2008г пролечены 89 пациентов с трахеопищеводными свищами. Пациенты разделены на 2 группы: 1-ая группа получившие лечение с 1964–1991г (45 пациентов), 2-ая группа с 1992–2008 (44 больных).

В 1-ой группе основной причиной развития свищей были: опухоли 11 (24,4%), травма груди и шеи 9 (20%), свищи возникающие при врожденной патологии 6 (14,3%), химический ожог пищевода 5 (11,1%), дивертикулы пищевода 4 (8,9%), операции на органах грудной клетки и шеи — 4 (8,9%), инородные тела 2 (4,4%), травма при эндоскопических манипуляциях 2 (4,4%), абсцесс лёгкого 1 (2,2%). Только у 1 (2,2%) пациента свищ сформировался вследствие пролежня трахеостомической канюли.

Во 2-ой группе, подавляющее большинство больных были со свищами сформировавшимися в результате пролежня трахеостомической канюли 30 (68,2%) больных, повреждённых инородными телами 5 (11,4%), травм органов груди и шеи 4 (9,1%), операций на шее 2 (4,7%), микоз пищевода 1 (2,3%), термоингаляционная травма 1 (2,3%), порок развития 1 (2,3%).

Среди больных 2-ой группы у 29 трахеопищеводные свищи сочетались с рубцовыми стенозами трахеи.

Появление новой тяжелой группы больных изменило характер традиционных операций и поставило новые задачи, так как для реабилитации у таких пациентов одновременно приходится решать две проблемы: с одной стороны восстановить

нормальное носовое дыхание, с другой стороны обеспечить физиологическое питание.

Хирургическое лечение проведено 74 больным. У 13 — проведена консервативная терапия. Радикальные операции выполнены 65 больным и 11-паллиативные.

Радикальными считаем операции, заключающиеся в разведении соустья. Они выполнены 24 (53,3%) больным в 1-ой группе и 41 (93,2%) — 2-ой группы. Паллиативные операции произведены 10 (22,2%) пациентам 1-ой и 1(2,2%) 2-ой группы. Среди паллиативных операций у 10 пациентов выполнена гастростомия и у 1 еюностомия. При проведении консервативной терапии у 13 пациентов свищ ликвидирован у 1 из 11 пациентов 1-ой группы и у 1 из 2-х пациентов 2-ой группы.

Результаты. Трахеопищеводные свищи ликвидированы у 25 (55,5%) пациентов 1-ой группы и 41 (93,2%) 2-ой группы пациентов.

Наиболее частым осложнением был — рецидив свища 7 больных. Повторные операции выполнены 6 пациентам. У всех свищ ликвидирован. У 1 пациента свищ ликвидировать не удалось, у него сохраняются бульбарные нарушения, он направлен в профильное учреждение. Частичное нагноение послеоперационной раны было у 3, парез гортани — у 2, послеоперационное кровотечение — у 2 пациентов. После паллиативных вмешательств из 11 пациентов 3 с гнойно-воспалительными осложнениями погибли. Только у 2 из 13 пациентов после консервативной терапии удалось добиться закрытия свища. У остальных терапия была неэффективна.

Заключение. Излечение пациентов с трахеопищеводными свищами возможно только при выполнении радикального вмешательства. В современных условиях необходимо стремиться к выполнению таких операций даже у пациентов в тяжелом состоянии. При наличии сочетанной патологии пищевода и трахеи необходимо выполнять одномоментные операции по их устранению.

Пересада Л. А.
ПНЕВМОЦИСТНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ
ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

Украинская детская специализированная больница "ОХМАТДЕТ"

Pneumocystis jiroveci (обозначаемая раньше как *Pneumocystis carinii*) является важнейшей инфекционной причиной жизнеугрожающего интерстициального поражения легких у пациентов в состоянии иммуносупрессии. Пневмоцистная пневмония возникает исключительно у лиц с качественными либо количественными нарушениями специфического клеточного иммунитета. Это прежде всего недоношенные новорожденные, для которых характерна функциональная незрелость клеточного иммунитета (*инфантильная* форма пневмоцистной пневмонии), пациенты с врожденными Т-клеточными иммунными дефектами, ВИЧ-инфицированные пациенты с низким уровнем (менее 200/мкл) CD4⁺ Т-лимфоцитов (*ВИЧ — ассоциированные* формы заболевания). Группой риска в педиатрии являются также онкогематологические больные, получающие кортикостероиды, интенсивную химиотерапию. К этой группе относятся пациенты с тяжелой Т-клеточной деплецией после трансплантации костного мозга. В отличие от медленно прогрессирующего течения при инфантильной и ВИЧ — ассоциированной формах, пневмоцистная пневмония у онкогематологических пациентов протекает сверхостро. Клинически это соответствует острой дыхательной недостаточности по рестриктивному типу с нарастающей гипоксией. Без лечения летальный исход неизбежен.

За период 1996—2005 гг. в отделении онкогематологии УДСБ "ОХМАТДЕТ" получали химиотерапию острой лимфобластной лейкемии (ОЛЛ) 262 пациента в возрасте от 1 до 17 лет. У 60 (22,9 %) детей на фоне цитостатической миелосупрессии была диагностирована нозокомиальная пневмония

(группа 1). Параллельно изучена группа 2 из 60 больных с ОЛЛ, которые получали аналогичную программу химиотерапии (2002—2004 гг.) и не имели НП.

В группе 1 триметоприм/сульфаметоксазол с профилактической целью 4 мг/кг/сут *per os* трижды в неделю принимали 38 (63,3 %), в группе 2 — 54 (90,0 %) пациентов. Пневмоцистная пневмония по клиническим данным (сухой кашель, фебрилитет, быстро прогрессирующая гипоксемия при минимальных аускультативных изменениях) и результатам спиральной компьютерной томографии (КТ) зарегистрирована у 8 (13,3 %) детей группы 1, из них у 4 больных этиология подтверждена бактериоскопически, у 2 — на аутопсии. На рентгенограмме у всех пациентов в первые сутки отмечалось усиление легочного рисунка, на КТ — нарушение прозрачности легочной ткани по типу "молочного стекла" за счет воспалительной инфильтрации альвеол и ретикулярного уплотнения интралобулярных перегородок.

Среди пациентов группы 2 пневмоцистная инфекция не зарегистрирована (разница в группах достоверна, $p < 0,05$). Концентрация CD4⁺ Т-лимфоцитов в крови пациентов с ОЛЛ обеих групп ни в одном случае не имела критического значения (средний уровень 710 ± 85 /мкл).

Выводы. Профилактическое использование триметоприма/сульфаметоксазола в режиме 4 мг/кг/сут трижды в неделю у детей с ОЛЛ на этапе интенсивной полихимиотерапии снижает до нуля вероятность развития пневмоцистной пневмонии.

Пересада Л. А.
ЗНАЧЕНИЕ БРОНХОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЭТИОЛОГИИ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ
ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ЛЕЙКЕМИЕЙ

Украинская детская специализированная больница "ОХМАТДЕТ"

Своевременно начатая эмпирическая антибактериальная терапия позволяет более чем 90 % пациентам с цитостатической нейтропенией пережить инфекционный период. Однако в это число не входят больные с нозокомиальной пневмонией (НП). За период 1996—2005 гг. под наблюдением в отделении онкогематологии было 262 пациента с острой лимфобластной лейкемией, которым проводилась полихимиотерапия первого острого периода. У 60 детей (22,9 %) диагностирована НП. Все пациенты были к этому моменту в ремиссии основного заболевания и имели в крови уровень нейтрофилов менее $0,5 \times 10^9$ /л. У всех детей ранее назначалось более одного курса антибактериальной терапии в связи с фебрильной нейтропенией либо документированной инфекцией.

Бронхоскопия и бронхоальвеолярный лаваж (БАЛ) осуществлялся при доказанных методом рентгенографии либо спиральной компьютерной томографии инфильтратах в легких и отсутствии эффекта на эмпирическую антибактериальную терапию. Проведено 34 бронхоскопии у 18 (30,0 %) пациентов (средний возраст 7,5 лет). На момент манипуляции все дети получали антибиотики широкого спектра действия, противогрибковую терапию — 16 (88,9 %) пациентов. Основными симптомами были: фебрилитет — у 10 (55,6 %), субфебрилитет — у 8 (44,4 %), кашель — у 14 (77,8 %), легочная недостаточность — у 12 (66,7 %) пациентов, 5 детей находились на искусственной вентиляции легких.

Результаты. После первичной бронхоскопии улучшение функции внешнего дыхания отмечено у 12 (66,7 %) детей. Угрожающих жизни осложнений не зарегистрировано. Микробиологические результаты исследования лаважной жидкости принимались во внимание согласно рекомендациям Европейского общества по изучению и лечению рака (EORTC) — у иммуноослабленных пациентов, длительно получающих антибактериальные препараты, информативным является выявление в лаважной жидкости микроорганизмов в количестве более 10³ колониеобразующих единиц (КОЕ) в 1 мл. Таким образом, всего выделено 37 возбудителей, из них культуральным методом идентифицировано 33 штамма патогенных микроорганизмов, в 4 случаях методом бактериоскопии диагностирована *Pneumocystis jiroveci* (*carinii*). У 15 (83,3 %) детей имела место микст-инфекция. Среди возбудителей НП преобладала грам-негативная флора (*Klebsiella pneumoniae* и *Pseudomonas aeruginosa*). Грибковые возбудители зарегистрированы в 8 (44,4 %) случаях и представлены родами *Aspergillus* и *Candida*. Сравнительный анализ (слизистые ротовой полости/носа и лаважной жидкости) подтвердил идентичность флоры только у 5 пациентов. Транзиторная бактериемия через 1 час после бронхоскопии зарегистрирована в 4 случаях. Коррекция антибактериальной терапии по данным микробиологического исследования проведена у 13 (72,2 %) пациентов.

Среди детей с НП еще 9 нуждались в проведении бронхоскопии, однако манипуляция не была выполнена своевременно

из-за тяжести состояния либо вследствие невозможности трансфузиологического обеспечения. Течение инфекционного процесса у этих пациентов было более длительное, в 3-х случаях закончилось летально.

Выводы. Бронхоскопия и БАЛ с последующим микробиологическим исследованием лаважных вод — комплексный высокоэффективный метод диагностики. Чаще метод используется при неэффективности эмпирической антибактериальной терапии нозокомиальной пневмонии. Важна своевременная оценка необходимости проведения бронхоскопии, при этом тяжесть

состояния должна учитываться для обеспечения сопроводительной терапии, но не всегда быть противопоказанием для данной манипуляции. Необходимость коррекции терапии у 72,2 % по результатам исследования лаважных вод свидетельствует о целесообразности его проведения. Микробиологическое исследование крови через 1 час после бронхоскопии дает шанс выявления транзиторной бактериемии, что является значимой информацией для определения этиологического фактора нозокомиальной пневмонии.

Перцева Т. А., Плеханова О. В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АМОКСИЦИЛЛИН/КЛАВУЛАНАТА У БОЛЬНЫХ С ИНФЕКЦИОННЫМ ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

Днепропетровская государственная медицинская академия

Цель: изучить эффективность и безопасность использования амоксициллин/клавуланата в дозе 875/125 мг дважды в сутки на протяжении 7 дней у больных с инфекционным обострением хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ).

Материалы и методы: 31 пациент (24 мужчин и 7 женщин) в возрасте от 41 до 77 лет с I или II (при наличии гнойной мокроты) типом обострения ХОЗЛ по Anthonisen были включены в исследование. Всем больным до назначения антибактериальной терапии было проведено общеклиническое обследование; исследование функции внешнего дыхания при помощи компьютерного спирометра Master Screen Body/Diff фирмы "Jaeger" (Германия) с вычислением петли "поток-объем"; микробиологическое и бактериологическое исследование мокроты с последующим определением чувствительности выделенных возбудителей к антибиотикам диско-диффузионным методом. Оценку эффективности антибактериальной терапии проводили на 2 и 7–10 дни от начала терапии.

Результаты: клиническая характеристика больных приведена в таблице.

На 2 сутки от начала антибактериальной терапии у большинства больных наблюдалась положительная динамика. По окончании терапии у 27 (87,1 %) пациентов было достигнуто клиническое выздоровление (фаза ремиссии). Состояние 4 (12,9 %) пациентов можно было характеризовать только как клиническое улучшение (фаза неполной ремиссии) ввиду сохранения усиленного выделения мокроты, характер которой все же сменился с гнойного на слизистый, кроме того показатели функции внешнего дыхания у этих пациентов не вернулись к исходным величинам.

У одного пациента на фоне лечения отмечалась умеренно выраженная диарея. Все остальные больные хорошо переносили исследуемый препарат и побочных явлений во время приема препарата не отмечали.

Вывод: амоксициллин/клавуланат является эффективным и безопасным препаратом для лечения пациентов с инфекционным обострением ХОЗЛ.

Таблица

Динамика клинических показателей у обследуемых пациентов

Симптомы	До лечения (n, %)	Через 48 часов (n, %)	Через 7-10 дней (n, %)
Усиление кашля	31 (100%)	9 (29,0%)	3 (9,7 %)
Увеличение продукции мокроты	27 (87,1%)	11 (35,5%)	4 (12,9%)
Усиление гнойности мокроты	31 (100%)	4 (12,9%)	0 (0%)
Усиление одышки	27 (87,1%)	11 (35,5%)	0 (0%)
Повышение температуры тела	6 (19,4%)	0 (0%)	0 (0%)
Нарастание аускультативной симптоматики	31 (100%)	8 (25,8%)	0 (0%)
Ухудшение показателей ФВД	29 (93,5%)	—	4 (12,9%)

Перцева Т. О., Конопкіна Л. І. МІКРОБІОЛОГІЧНИЙ МОНІТОРИНГ ПРИ ХОЗЛ ТА ЙОГО КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ

Днепропетровская государственная медицинская академия

Проведене нами довготривале (протягом 10 років) спостереження хворих на ХОЗЛ показало, що біля третини пацієнтів — це хворі, клінічний перебіг захворювання яких характеризується практично відсутністю кашлю та продукції харкотиння у стабільно-

му стані, а симптоми з'являються тільки при інфекційному загостренні патологічного процесу; майже третина — хворі з періодичною появою кашлю та харкотиння у стабільний період, хоча ці симптоми суттєво не впливають на загальний стан пацієнтів і тому

Таблиця
Спектр мікроорганізмів у харкотинні хворих на ХОЗЛ
у стабільну фазу захворювання

Групи обстежених	Виділені мікроорганізми (абс./%)
I стадія (n=3)	<i>Streptococcus pneumoniae</i> (1/33,3) <i>Haemophilus influenzae</i> (2/66,7)
II стадія (n=10)	<i>Streptococcus pneumoniae</i> (3/30,0) <i>Haemophilus influenzae</i> (2/20,0) <i>Klebsiella pneumoniae</i> (1/10,0) <i>Escherichia coli</i> (2/20,0) <i>Klebsiella pneumoniae</i> + <i>Pseudomonas aeruginosa</i> (1/10,0) <i>Escherichia coli</i> + <i>Pseudomonas aeruginosa</i> (1/10,0)
III стадія (n=17)	<i>Klebsiella pneumoniae</i> (3/17,6) <i>Enterobacter spp.</i> (2/11,8) <i>Escherichia coli</i> (4/23,5) <i>Pseudomonas aeruginosa</i> (2/11,8) <i>Klebsiella pneumoniae</i> + <i>Staphylococcus aureus</i> (1/5,9) <i>Enterobacter spp.</i> + <i>Staphylococcus aureus</i> (2/11,8) <i>Escherichia coli</i> + <i>Pseudomonas aeruginosa</i> (2/11,8) <i>Pseudomonas aeruginosa</i> + <i>Staphylococcus aureus</i> (1/5,9)

заввичай не розглядаються маркерами загострення патологічного процесу; ще одна третина — це хворі, котрі практично постійно кашляють, виділяють харкотиння, хоч і не мають бронхоектазів. Саме у хворих останньої категорії найчастіше виникають інфекційні загострення ХОЗЛ. У зв'язку з цим метою нашого дослідження було з'ясувати можливість мікробної колонізації дихальних

шляхів хворих на ХОЗЛ у стабільну фазу та визначити клініко-діагностичну роль її у подальшому перебігу захворювання.

Матеріали і методи. Нами було обстежено 46 хворих на ХОЗЛ (середній вік $66,7 \pm 4,5$ років; чоловіків — 34 (73,9 %)) різних стадій патологічного процесу (I ст. — 7 хворих, II ст. — 18 хворих, III ст. — 21 хворий) у стабільну фазу захворювання за умов практично постійного виділення ними гнійного харкотиння. Були проведені мікробіологічні та бактеріологічні дослідження харкотиння хворих.

Результати дослідження. Не дивлячись на те, що у всіх обстежених хворих харкотиння було репрезентативним для проведення бактеріологічного дослідження, лише у певній частині їх були виділені патогенні збудники (табл.).

Як видно із таблиці, у хворих з більш вираженими бронхообструктивними порушеннями (у 55,6 % з II ст. та у 81,0 % з III ст. ХОЗЛ) підвищується процент колонізації грам-негативної (бацilli "кишечної" групи) та мікстної флори. Такий стан може бути зумовлений погіршенням мукоциліарного кліренсу (поступово від I до III ст. захворювання) та впливом частого або постійного прийому хворими ІГКС.

Висновки: 1. Характер мікробного пейзажу відображає фази розвитку патологічного процесу при ХОЗЛ і є маркером прогресування захворювання.

2. Мікробіологічний моніторинг повинен розглядатися одним із основних методів обстеження хворих на ХОЗЛ за наявності персистуючого кашлю з виділенням гнійного мокротиння.

3. Респіраторна гігієна повинна стати основою профілактики інфекційних загострень ХОЗЛ.

Перцева Т. А., Дмитриченко В. В., Братусь Е. В., Кононович О. С. РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ ШТАММОВ *HAEMOPHILUS INFLUENZAE*, *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE*, *MORAXELLA CATARRHALIS*, ВЫДЕЛЕННЫХ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИЯМИ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Днепропетровская государственная медицинская академия
Диагностический центр Днепропетровской государственной медицинской академии

Цель: анализ чувствительности к антибиотикам этиологически значимых штаммов *H. influenzae*, *S. pneumoniae*, *M. catarrhalis* для определения региональной картины резистентности.

Материалы и методы: проанализированы антибиотикограммы 28 штаммов *S. pneumoniae*, 26 штаммов *H. influenzae*, 3 штамма *M. catarrhalis*, выделенных из мокроты больных внегоспитальной пневмонией и инфекционным обострением хронического обструктивного заболевания легких до начала антибактериальной терапии.

Выделение и идентификация проводились общепринятыми методами, чувствительность — диско-диффузионным методом согласно рекомендаций NCCLS. Проводилось тестирование к нитроцефину с использованием диска с нитроцефином (bioMerieux) для выявления продукции β-лактамаз.

Определение чувствительности выделенных штаммов *S. pneumoniae* проводилось к следующим антимикробным препаратам: оксациллину, эритромицину, клиндамицину, ванкомицину, моксифлоксацину, тетрациклину, хлорамфениколу, триметоприм/сульфаметоксазолу.

Для *H. influenzae* определяли чувствительность к ампициллину, амоксицилин/клавуланату, цефтриаксону, имипенему, ципрофлоксацину, триметоприм/сульфаметоксазолу и хло-

рамфениколу, а для *M. catarrhalis* еще к цефтриаксону, цефепиму и цефотаксиму, моксифлоксацину.

Результаты. К ампициллину были резистентны 6 % штаммов *H. influenzae*, а продукция β-лактамаз подтверждена тестом с нитроцефином. Устойчивыми к тетрациклину были 2 % штаммов, в то время как 6 % проявляли умеренную резистентность. Резистентность к триметоприм/сульфаметоксазолу составила 43 %.

Из 28 штаммов *S. pneumoniae* умеренно резистентными к оксациллину оказались 6%. При определении чувствительности к эритромицину у 3 % выявлена резистентность, в то время как отмечалась 100 % чувствительность к клиндамицину. К хлорамфениколу и тетрациклину выявлена устойчивость у 3 % штаммов соответственно и у 6 % к триметоприм/сульфаметоксазолу, по 3 % проявляли умеренную резистентность к триметоприм/сульфаметоксазолу и тетрациклину.

Все штаммы *M. catarrhalis* являлись продуцентами β-лактамаз, однако сохранили 100 % чувствительность к цефтриаксону, цефепиму, имипенему, моксифлоксацину.

Выводы: высокую активность по отношению к *H. influenzae*, *S. pneumoniae*, *M. catarrhalis* проявляют фторхинолоны, β-лактамы антибиотиков. Триметоприм/сульфаметоксазол не рекомендован для эмпирической терапии из-за высокого уровня резистентности. Отмечается высокий уровень β-лактамазопродуцирующих штаммов *M. catarrhalis*.

**Петренко В. М., Черенько С. О., Бялик Й. Б., Циганкова Л. М.,
Сенько Ю. О., Тарасенко О. Р., Журило О. А.
ПРОФІЛЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ МБТ У РАНІШЕ ЛІКОВАНИХ
ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ**

ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України"

Хворі, які раніше лікувались з приводу туберкульозу, мають високий ризик резистентності МБТ до протитуберкульозних препаратів I ряду. Метою даного дослідження було вивчення профілю медикаментозної резистентності МБТ у хворих, які раніше лікувались.

Дослідження по встановленню профілю медикаментозної резистентності МБТ серед хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, які раніше лікувались, та з рецидивами захворювання проводилось як рандомізоване ретроспективне. В нього було включено 507 хворих, у яких проводили повторне лікування в 2 терапевтичному відділенні ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського АМН України" з 2002 по 2007 роки, та в Чернігівському обласному протитуберкульозному диспансері в 2006 році та за 6 міс 2007 року. Дані про хворих отримували зі стаціонарних історій хвороб, які включали дані тесту медикаментозної чутливості МБТ. Серед них було 72 осіб на вперше діагностований туберкульоз легень, у яких зареєстровано невдачу першого курсу хіміотерапії (ХТ), 200 осіб були з перерваним лікуванням більше ніж на 2 місяці, 40 осіб з невдачею повторного курсу (серед них були як хворі з вперше діагностованим туберкульозом легень, так і з рецидивами, яких лікували до 10 місяців), 195 хворих з рецидивом туберкульозу, яких ще не лікували за 2 клінічною категорією. Профіль резистентності вивчали окремо в 2 групах хворих: хворі, які потребували призначення повторного курсу ХТ (невдача першого курсу ХТ, рецидиви, переважне лікування), та хворі з невдачею повторного курсу ХТ.

Результати тесту чутливості отримували в середньому через 3 місяці від поступлення хворих у стаціонар. У хворих, які потребують призначення повторного курсу ХТ, визначали високі рівні резистентності МБТ до ізоніазиду (H), рифампіцину (R), стрептоміцину (S) — відповідно 61,5 %, 63,0 %, 59,1 %. У

хворих з невдачею повторного курсу ХТ рівень резистентності до цих препаратів був суттєво вищим — відповідно 95,0 %, 95,0 %, 90 %, $p < 0,05$. Рівень резистентності до етамбутолу вірогідно не відрізнявся в обох групах і був відносно невисоким (відповідно 24,0 % та 17,5 %). Рівень резистентності МБТ до піразинаміду (Z) був відносно невисоким в групі хворих, які потребували повторного лікування, — 21,2 %, проте у хворих з невдачею повторного курсу ХТ, частота резистентності МБТ до Z була суттєво вищою — 37,5 %, $p < 0,05$. Така ж тенденція визначалась і для канаміцину та етіонаміду. В групі пацієнтів, які потребували повторного курсу ХТ, рівень резистентності МБТ до цих препаратів становив 23,8 % та 26,6 %, а у хворих з невдачею повторного курсу ХТ був суттєво вищим — відповідно 50,0 % та 42,5 %, $p < 0,05$. До фторхінолонів та парааміносаліцилової кислоти (PAS) визначали низьку частоту резистентності МБТ, проте у хворих, які потребували повторного лікування, рівні резистентності до цих препаратів були суттєво нижчими, ніж у хворих з невдачею повторного курсу — відповідно 3,4 % та 0,9 % проти 17,5 % та 5,0 %, $p < 0,05$.

Проведені дослідження дозволяють заключити, що у хворих, які потребують повторного лікування, значно обмежені можливості застосування H, R, S через високий ризик резистентності МБТ до цих ліків. У хворих з невдачею повторного курсу ХТ H, R, S не слід включати в режими ХТ через майже повну резистентність МБТ до цих препаратів (90–95 %). У цих пацієнтів обмежена можливість застосування K, Et, Z через високий рівень резистентності до цих препаратів (50 %, 42,5 %, 37,5 %). При призначенні емпіричних режимів хворим з рецидивом туберкульозу або перерваним лікуванням хіміотерапії перевагу слід надавати фторхінолонам та PAS через низький рівень резистентності до цих препаратів.

**Плеханова О. В., Дмитриченко В. В., Братусь Е. В., Кононович О. С.
ИНФЕКЦИОННОЕ ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ
ЛЕГКИХ: ОСОБЕННОСТИ СПЕКТРА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ В РЕГИОНЕ ПРИДНЕПРОВЬЯ**

*Днепропетровская государственная медицинская академия
Диагностический центр Днепропетровской государственной медицинской академии*

Цель: изучить региональные данные относительно основных возбудителей инфекционного обострения хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ), определить чувствительность выделенных патогенов к антибиотикам.

Материалы и методы: в исследование было включено 29 пациентов (23 мужчин и 6 женщин) в возрасте от 38 до 77 лет с I или II типом обострения ХОЗЛ по Anthonisen. Всем больным до назначения антибактериальной терапии было проведено общеклиническое обследование; исследование функции внешнего дыхания при помощи компьютерного спирографа Master Screen Body/Diff фирмы "Jaeger" (Германия) с вычислением петли "поток-объем"; микробиологическое и бактериологическое исследование мокроты с последующим определением чувствительности выделенных возбудителей к антибиотикам диско-диффузионным методом. Выделение микроорганизмов в диагностически значимых титрах (10^6 КОЕ/мл и более) считалось критерием этиологической значимости патогена.

Результаты: в 11 образцах мокроты (37,9 %) бактериально-го роста не было. Всего было выделено 19 штаммов микроорганизмов, из них *H. influenzae* — 10 (52,6 %), *S. pneumoniae* — 7 (36,8 %), и по одному штамму *Kl. pneumoniae*, *Ps. aeruginosa* и *H. parainfluenzae*. Микробные ассоциации наблюдались у 3 (10,3 %) пациентов и были представлены *Ps. aeruginosa* и *S. pneumoniae* в одном случае, *H. influenzae* и *S. pneumoniae* — в другом, *H. parainfluenzae* и *S. pneumoniae* — в третьем. Приводим результаты определения чувствительности к антибиотикам наиболее распространенных возбудителей обострения ХОЗЛ. 2 из 10 штаммов *H. influenzae* являлись продуцентами β -лактамаз; чувствительность *H. influenzae* к амоксициллину/клавуланату, цефтриаксону, ципрофлоксацину, моксифлоксацину и имипенему составила 100 %, к тетрациклину — 37 %. Все выделенные штаммы *S. pneumoniae* были чувствительны к оксациллину; чувствительность к амоксициллину/клавуланату, ципрофлоксацину, моксифлоксацину, клиндамицину и ванкомицину также составила 100 %, к эритромицину — 97 %.

Выводы:

1. Доминирующими возбудителями обострения ХОЗЛ в регионе Приднестровья являются *H. influenzae* и *S. pneumoniae*.

2. Полученные данные свидетельствуют о сохранении высокой активности β -лактамовых антибиотиков и фторхинолонов в отношении основных возбудителей инфекционного обострения ХОЗЛ.

Победьонна Г. П.
СИСТЕМНІ ПОРУШЕННЯ ПРОДУКЦІЇ ЦИТОКІНІВ У ХВОРИХ
НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ТА ШЛЯХИ ЇХ КОРЕКЦІЇ

Луганський державний медичний університет

Запальний процес у трахеобронхіальному дереві при бронхіальній астмі (БА) є результатом дії медіаторів і цитокінів, що секретуються різними клітинами. Цитокіни, зокрема, інтерлейкіни (IL), — це білки, що виробляються переважно активованими клітинами імунної системи, без специфічності стосовно антигенів. Експресія цитокінових генів чи посилення їхньої активності при БА здійснюється під впливом ряду зовнішніх факторів, наприклад, антигенів і власних змінених клітин і тканин. Цитокіни продукуються і секретуються клітинами імунної системи і виконують функції її медіаторів, які забезпечують міжклітинну кооперацію, позитивну і негативну імунорегуляцію. Цитокіни регулюють амплітуду і тривалість запальної і імунної відповіді. Для них характерними є плейотропність, дублюючі та перекриваючі ефекти, взаємодія різних цитокінів у каскадах єдиної регуляторної мережі. В даний час ідентифіковано і клоновано близько 20 IL. Джерела синтезу цитокінів досить різноманітні — синтез одного й того самого цитокіну можуть здійснювати принципово різні клітини, в свою чергу вивільнені цитокіни впливають на синтез і секрецію інших цитокінів.

Мета роботи: виявити особливості системних — у сироватці крові та конденсаті вологи видихнутого повітря (КВВП) змінень секреції різних цитокінів (IL-1 β , IL-4, IL-8, IL-10, фактору некрозу пухлин — TNF- α) у хворих на БА різних ступенів тяжкості та визначити напрями їх корекції.

Матеріал та методи дослідження. Дослідженню підлягали 222 пацієнтів із БА різних ступенів тяжкості. Діагностика та лікування БА здійснювалися згідно існуючим рекомендаціям. Легкий перебіг БА було діагностовано у 110 осіб, середньої тяжкості — у 71 хворого, тяжкий — у 41 пацієнта. Склад досліджуваних цитокінів сироватки крові та КВВП IL-1 β , IL-4, IL-8, IL-10 та TNF- α вивчали спектрофотокolorиметричним методом із використанням наборів реактивів для імуноферментного аналізу, розроблених фірмою "Протеїновий контур" і ТОВ "Цитокінін" (Росія, м. Санкт-Петербург) на основі "сандвіч"-методу. Контрольну групу склали 30 здорових осіб.

На початку лікування у пацієнтів із БА ми констатували системне порушення цитокінів, виразність якого залежала від

ступеню тяжкості перебігу хвороби. У пацієнтів із легким перебігом БА у період загострення у сироватці крові і КВВП відзначалось тільки підвищення рівнів IL-1 β та IL-4. Зміни інших цитокінів у цих хворих були незначними. У хворих із середньотяжким перебігом на початку лікування в сироватці крові і у КВВП відмічалось інтенсивніше підвищення прозапальних цитокінів — IL-1 β , TNF- α і IL-8, IL-4 — майже вдвічі від референтної норми. Протизапальний IL-10 до лікування був наближеним до належних значень у сироватці крові, а у КВВП — вірогідно вищим за референтну норму. У хворих із тяжким перебігом БА у сироватці крові і у КВВП IL-1 β значно перевищував референтну норму, TNF- α був вищим за контрольні значення у сироватці крові майже у 5 разів, у КВВП — втричі; IL-8 мав концентрацію у КВВП вищу, ніж у сироватці крові, IL-4 і у сироватці крові, і у КВВП був також більшим за належні значення; вміст IL-10 у сироватці крові і КВВП наближався до значень здорових осіб.

Таким чином, у хворих на середньотяжку і тяжку БА відзначалося системне порушення продукції цитокінів. При лікуванні базисними засобами у середні терміни стаціонарного лікування у пацієнтів із легким перебігом БА вміст цитокінів і у сироватці крові, і у КВВП відновлювався. У хворих із середньотяжким і тяжким перебігом захворювання поряд з поліпшенням клінічного стану не відбувалося нормалізації показників продукції цитокінів ні у сироватці крові, ні у КВВП. Для корекції системного порушення продукції цитокінів додатково до базисного лікування був обраний препарат омега-3 поліненасичених жирних кислот (ПНЖК), в яких поряд із антизапальними, гіполіпідемічними та антиагрегантними властивостями була виявлена здатність поліпшувати клінічний перебіг хронічних бронхозапальних захворювань. На тлі вживання базисних засобів із препаратом омега-3 ПНЖК були отримані кращі клінічні результати, ніж за умов тільки базисного лікування. Вміст цитокінів сироватки крові та КВВП у осіб із середньотяжким перебігом БА відновлювався, а у хворих із тяжким перебігом поліпшувався в більш повному обсязі, ніж у пацієнтів, що отримували тільки базисні засоби.

Победенная Г. П., Акулова Н. А., Андреева З. Б., Ревунова Н. В.,
Безуглая И. А, Солоня О. Г.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ МЕТОДА СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ
У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Луганский государственный медицинский университет
Луганская областная клиническая больница

Аллергическая бронхиальная астма — астма, вызываемая действием аллергенов. Метод специфической иммунотерапии (СИТ) состоит во введении в организм пациента возрастающих доз аллергена, к которому у него выявлена повышенная чув-

ствительность и который ответственен за клинические проявления заболевания. СИТ имеет принципиальные преимущества перед всеми другими методами лечения аллергии, так как действует не на симптомы заболевания, а видоизменяет характер реак-

рования организма на аллерген, вмешивается собственно в патогенез заболевания и потому влияет на все патогенетические звенья аллергического процесса.

В настоящее время внимание большинства исследователей обращено на иммунологические аспекты метода. Нашими изучениями было показано наличие нарушений клеточного метаболизма у больных бронхиальной астмой, которые в полной мере не устраняются применением препаратов базисной терапии.

Цель исследования — изучить влияние метода СИТ на состояние клеточного метаболизма у больных БА.

Исследование проводилось у 47 больных легкой персистирующей БА. Диагноз БА устанавливался в соответствии с существующими рекомендациями. Причиннозначимые аллергены определялись путем кожного тестирования на основании анамнестических указаний больных. Позитивные результаты при проведении кожных тестов с бытовыми аллергенами были зарегистрированы у 34 больных, пыльцевыми — у 22 обследованных. Бытовую и пыльцевую аллергию выявили у 13 пациентов. Наиболее часто отмечалась у больных аллергия к пыльце амброзии, полыни, лебеды, кукурузы, подсолнечника, ежи сборной, мятлика, тимофеевки, пырея. СИТ проводилась парентерально экспресс-методом.

Изучение состояния клеточного метаболизма проводилось путем определения общей оксидантной и антиоксидантной активности конденсата влаги выдохнутого воздуха (КВВВ), метаболитов оксида азота в сыворотке крови и КВВВ, среднемолекуляр-

ных пептидов (СМП) в сыворотке крови и КВВВ исследуемых пациентов. Лабораторные данные оценивались через 1 неделю и через 2,5–4 мес. от начала лечения (перед началом поддерживающего этапа лечения). Клинические показатели изучались через 6 мес. При лечении бытовыми и через 1 год — при лечении бытовыми и пыльцевыми или только пыльцевыми аллергенами. Контрольную группу составили 30 здоровых добровольцев.

Наблюдения показали, что на момент начала лечения у больных БА показатели СМП, метаболитов оксида азота в сыворотке крови и КВВВ не отличались от таковых у здоровых лиц. Однако, в КВВВ показатели общей оксидантной активности (ОАА) у пациентов были существенно выше, чем в контрольной группе. Через 1 нед. от начала лечения в КВВВ пациентов отмечено достоверное повышение ОАА и тенденция к повышению метаболитов оксида азота, в сыворотке крови изменений указанных показателей не отмечалось.

Через 4 мес. от начала терапии в КВВВ больных ОАА уменьшилась в 2,5 раза от исходного, однако остались повышенной, остальные показатели существенно не отличались от таковых у здоровых лиц. Отличные результаты при отдаленных клинических наблюдениях — через 6 мес. у больных с наличием бытовой аллергии и через 1 год — с пыльцевой были выявлены у 11 (23,4 %) пациентов, хорошие — у 20 (42,6 %), удовлетворительные — у 15 (31,9 %), без динамики — у 1 (2,1 %).

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о безопасности и высокой эффективности СИТ.

**Подгаєвський С. Г., Кужко М. М., Процик Л. М., Гульчук Н. М.,
Загаба Л. М., Бережна І. В., Кужко З. Ф.
ДЕЯКІ АСПЕКТИ КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЕРДОСТЕЇНУ В
КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ІЗ СУПУТНІМ
ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ**

ДУ "Національний інститут фізіотерії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України"

Метою дослідження було вивчення ефективності лікування хворих на туберкульоз легень (ТЛ) із супутнім хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) із застосуванням муколітика ердостеїну ("Муцитус") виробництва "Маклеодс фармасьютикалс Лімітед".

Матеріали та методи: 45 хворих, переважно чоловіки, віком 40–65 років з діагнозом ТЛ із супутнім ХОЗЛ були розподілені на основну 22 хворих і контрольну групи 23 хворих. Діагноз встановлювався на підставі даних клінічного, рентгенологічного, лабораторних методів, дослідження функції зовнішнього дихання (ФЗД), фібробронхоскопії (ФБС). Клінічне обстеження проводилося при поступленні у відділення, а потім через кожні 10 діб. Враховувалась наявність симптомів інтоксикації, кашлю, характер і кількість харкотиння, задишки, дані аускультативні легень. Рентгенологічне дослідження призначалося кожні 2 місяці, аналіз мокроти на мікобактерії туберкульозу (МБТ) щомісячно. ФБС, ФЗД проводилися при поступленні, а потім щомісячно. Хворі отримували стандартну антимікобактеріальну терапію (АБТ), бронхолітики тривалої дії (фенотерол+іпратропіум бромід). Пацієнтам основної групи додатково призначали ердостеїн у дозі 600 мг на добу. Хворі у групах були подібні за статтю, віком, формою туберкульозу, наявністю резистентності МБТ, стадією ХОЗЛ. Робота виконана за кошти державного бюджету.

Результати дослідження: через 10 діб у хворих основної групи у порівнянні з контрольної була виявлена достовірна позитивна динаміка клінічної симптоматики. Так, інтенсивність кашлю, його частота зменшувалась відповідно — у 13 (59,1 %) та 12 (54,5 %) хворих основної групи та у 7 (30,4 %) і 5 (21,7 %) пацієнтів контрольної групи ($p < 0,05$). Задишка набула менш інтенсивного характеру у 7 (31,8 %) хворих основної та у 3

(13,0 %) пацієнтів контрольної групи ($p < 0,05$). Кількість харкотиння та її характер у хворих обох груп змінився у бік зменшення її об'єму, та припинилося виділення слизово-гнійного харкотиння, але ці зміни не були достовірні. Катаральні явища перестали вислуховуватися — у 10 (45,4 %) і у 3 (13,0 %) пацієнтів основної і контрольної груп ($p < 0,05$).

Дослідження ФЗД виявили збільшення ОФВ₁ і ЖЄЛ (у порівнянні з базовими даними) в основній групі відповідно на 25,4 % і 20,8 %, в контрольній групі дані показники становили 6,3 % і 9,6 % ($p < 0,05$). Повторна ФБС через 1 місяць лікування, показала зменшення ступеня запалення слизової оболонки бронхів в групі хворих яким було призначено ердостеїн — у 18 (81,8 %) і в контрольній — у 12 (52,1 %) випадках ($p < 0,05$).

Через 2 місяці лікування була виявлена позитивна рентгенологічна динаміка в обох групах, але достовірної різниці між групами хворих виявлено не було. Так, припинення мікобактеріовиділення через 2 місяці лікування спостерігалось у 19 (81,8 %) хворих основної і у 17 (73,9 %) пацієнтів контрольної групи ($p > 0,05$). Суб'єктивне покращення загального стану було констатовано — у 12 (54,5 %) і 9 (39,1 %) хворих основної та контрольної груп відповідно ($p < 0,05$).

Висновок: призначення ердостеїну хворим в комплексному лікуванні ТЛ із супутнім ХОЗЛ підвищує ефективність лікування, що головним чином підтверджується достовірною позитивною динамікою клінічної симптоматики (зменшенням інтенсивності кашлю, його частоти, задишки), покращенням показників ФЗД, зменшення ступеню запалення слизової бронхіальної дерева. Враховуючи вище зазначене, застосування ердостеїну, який поєднує муколітичні, антиоксидантні, протизапальні та антибактеріологічні властивості можна рекомендувати для застосування в лікуванні ТЛ в поєднанні з ХОЗЛ.

Полякова В. Г., Волошина В. В, Сідорова Н. С.
ЧАСТОТА РЕЄСТРАЦІЇ ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОСТІ СЕРЕД ОСІБ ІЗ РЕЦИДИВАМИ
ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ЛУГАНСЬКІЙ ОБЛАСТІ

*Луганський державний медичний університет
 Луганський протитуберкульозний диспансер*

Щорічно у Луганській області спостерігається збільшення кількості випадків із рецидивами туберкульозу. Так у 2007 році зареєстровано у 1,5 рази більшу захворюваність на рецидив туберкульозу у порівнянні із 2006 роком (відповідно 31,3 та 21,2 на 100 тис. населення).

Метою нашого аналізу було з'ясувати строки виявлення рецидивів туберкульозу та вивчити наявність резистентності до протитуберкульозних препаратів.

Нами вивчено 57 історій хвороб пацієнтів із рецидивами туберкульозу, що знаходилися на лікуванні в Луганському протитуберкульозному диспансері в 2007 року та в першому кварталі 2008 року.

Серед хворих в 8 разів більше реєструвалося чоловіків (89,2 %), ніж жінок (10,8 %). Пацієнти були від 19 до 79 років і середній вік склав — $42,3 \pm 18,2$ років. Серед них значна більшість хворих були безробітними і лише п'ята частина пацієнтів

(21,6 %) мала постійне місце роботи. Крім того, тільки половини пацієнтів вказували на наявність сім'ї (54,4 %).

Рецидив туберкульозу зареєстровано майже у половини хворих на протязі перших трьох років після закінчення лікування вперше діагностованого туберкульозу (47,4 %), через 4–6 років у 17,5 % випадків, рецидив виявлено протягом від 6 до 20 років в 24,5 % випадків, і поява рецидиву через 20 і більше років виявлена лише у 10,6 % випадків.

За клінічними формами туберкульозу у пацієнтів при першому зверненні частіше виявлявся інфільтративний туберкульоз (64,9 %) але при реєстрації рецидиву туберкульозу у цих хворих практично однаково часто діагностовано дисемінований туберкульоз легенів (43,8 %) та інфільтративний (47,4%) (таблиця).

При госпіталізації виявлено порожнини розпаду легеневої тканини у 57,9 % випадків серед пацієнтів із рецидивами туберкульозу. У 54,3 % випадків було зафіксовано бактеріовиділення. Серед бактеріовиділювачів у 87,7 % випадках реєструвалася хіміорезистентність мікобактерій туберкульозу до протитуберкульозних препаратів I та II ряду і лише у 12,3 % випадків зберігалася чутливість до препаратів. Монорезистентність виявлена у 14,0 % випадків, полірезистентність — 59,7 %, мультирезистентність — 14,0 %. Причому найчастіше реєструється полірезистентність до ізоніазиду та стрептоміцину.

Таким чином, у 47,4 % випадків рецидив туберкульозу реєструється на протязі перших трьох років після завершення основного курсу протитуберкульозної терапії. Серед хворих із рецидивами дисемінований туберкульоз виявляється у 3 рази частіше, ніж на початку лікування вперше діагностованого туберкульозу. Більша частина пацієнтів із рецидивом туберкульозу при наявності бактеріовиділення мають хіміорезистентність до протитуберкульозних препаратів I та II ряду (87,7 %).

Таблиця

№	Клінічна форма туберкульозу	Тип туберкульозного процесу (%)	
		Вперше діагностований туберкульоз	Рецидив туберкульозу
1.	Вогнищевий	14,0	—
2.	Інфільтративний	64,9	47,4
3.	Дисемінований	14,0	43,8
4.	Фіброзно-кавернозний	—	5,3
5.	Плеврит	5,3	3,5
6.	Первинний туб. комплекс	1,8	

Просветов Ю. В., Гусарова А. Ю.
ЗАХОДИ ПО ПРОФІЛАКТИЦІ ТА ПОДОЛАННЮ УСКЛАДНЕНЬ ХІМІТЕРАПІЇ
У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Медична академія післядипломної освіти, м. Запоріжжя

Епідемічна ситуація з туберкульозу (ТБ) у світу протягом останніх років не має суттєвих зрушень на покращення, хоча сучасна фізіотерапія і має достатній арсенал протитуберкульозних препаратів (ПТП). Існує багато об'єктивних та суб'єктивних причин, що негативно впливають на повноцінну хіміотерапію (ХТ) туберкульозу та на поліпшення епідемічної ситуації щодо цієї недуги. Однією з причин неефективної боротьби з ТБ на сучасному етапі залишаються побічні реакції на ПТП, оскільки інколи вимагають відмови від подальшого проведення ХТ. Заміна старих схем новими не завжди буває адекватною. ХТ може стати більш обтяжливою та більш витратною для хворого. Перспективним є пропозиції нових підходів та методів профілактики і лікування ускладнень ХТ.

Аналіз 643 історій хвороби показав, що у кінці 60-х років минулого століття частота побічної дії ліків (ПДЛ) у хворих на активний туберкульоз легень (ТБЛ) дорівнювала ($50,5 \pm 3,6$) %. Алергічні ускладнення склали ($9,9 \pm 2,2$) %. Через тридцять років частота ускладнень ХТ сягала вже ($68,7 \pm 2,8$) % ($P < 0,001$). Зростання було обумовлено алергічними реакціями — ($25,3 \pm 2,6$) % ($P < 0,001$). Підходи до лікування ТБЛ зараз змінилися.

За новими режимами ускладнення ХТ складають ($62,4 \pm 3,8$) %. Алергічні побічні реакції дорівнюють ($28,5 \pm 3,5$) %.

Високий рівень ПДЛ вимагає вже на ранніх етапах ХТ ТБЛ проводити заходи по їх профілактиці. Одним з важливих компонентів цих заходів є ретельний аналіз алергологічного та фармакотерапевтичного анамнезу (АФА) хворого. Нами встановлено, що при ТБЛ без обтяжливого АФА побічні реакції на ПТП виникають у 64,8 % пацієнтів, з ускладненим анамнезом — у 78,8 % ($P < 0,05$).

Високий рівень частоти ускладнень при ХТ хворих на ТБЛ вимагає застосування превентивних заходів щодо виникнення ПДЛ. Особам з обтяжливим АФА, прихованою сенсibiliзацією до ПТП ХТ треба починати та проводити її у подальшому на тлі тривалої неспецифічної гіпосенсибилізації (ТНГС), ефективність якої за нашими даними складає 57,8 %. Короткотермінова гіпосенсибилізація ефективна у 16,4 % хворих ($P < 0,001$). ТНГС ефективна також при лікуванні ПДЛ, які виникли протягом специфічного лікування. А тому цей метод виступає і як спосіб усунення побічних реакцій на ПТП, і як спосіб профілактики рецидивів ускладнень ХТ при подальшому лікуванні хворого.

Для збереження оптимальних схем ХТ у хворих з побічними реакціями на ПТП проводилась специфічна гіпосенсибілізація (СГС) до специфічних засобів на фоні ТНГС. СГС до препаратів першого ряду була застосована нами 60 хворим на ТБЛ з ускладненою ХТ. Ефективність метода становила 67,7 %.

Як метод неспецифічної гіпосенсибілізації виступає лікувальний плазмаферез (ПФ). Рецидивуючі та важкі ускладнення ХТ, які перебігають на тлі супутніх ТБЛ захворювань, що часто загострюються на фоні цих ускладнень, процеси з вираженою туберкульозною інтоксикацією вимагають застосування більш радикальних методів впливу на організм. Цим вимогам відповідає ПФ. Він здатен виступати і як лікувальний захід, і як профілактичний засіб щодо виникнення або рецидиву ПДЛ. Спостереженнями за 138 хворими на ТБЛ з побічними реакціями на ПТП

було доведено, що ефективність ПФ щодо усунення клінічних проявів ускладнень ХТ сягала 88,4 %. Уже після двох сеансів лікувального ПФ клініка ускладнень ХТ зникла у 56,7 % хворих.

Можна констатувати, що протягом останніх сорока років суттєво зростає у хворих на ТБ частота ускладнень ХТ, головним чином реакцій алергічного типу. ПДЛ виникають достовірно більш часто у хворих з обтяжливим АФА, прихованою сенсibiliзацією до ліків, що має бути враховано при призначенні специфічної терапії. Застосування ТНГС хворим на ТБ з побічною дією до ПТП та ризиком виникнення ускладнень сприяє підвищенню ефективності заходів як по усуненню ПДЛ, так і по профілактиці цих ускладнень. Високоєфективним методом усунення важких, рецидивуючих побічних реакцій на ПТП у хворих на ТБ є лікувальний дискретний ПФ.

**Прохорова Е. А., Паршин В. Д., Нелюбин С. П., Ховрин В. В.,
Фельдшеров М. В., Головинский С. В.
ВОЗМОЖНОСТИ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ РУБЦОВЫХ
СТЕНОЗОВ ТРАХЕИ**

ГУ РНЦХ имени академика Б.В. Петровского РАМН, г. Москва, Россия

В России растет число рубцовых стенозов трахеи, основной причиной которых является повреждение трахеальной стенки при дыхательной реанимации, искусственной вентиляции легких. Развитие эндоскопических методов облегчает диагностику стенотических заболеваний дыхательных путей, однако лучевые методы не только не утратили своей актуальности, но и, с появлением цифровых методов, нашли новое применение в данной области.

В отделении с 1963 года пролечено более 600 пациентов с рубцовыми стенозами трахеи. За это время сменилось много различных вариантов лучевой диагностики, и, в настоящее время, позволило практически полностью отказаться от таких инвазивных методов исследования как, например, контрастная контурная трахеография. Последний метод применяли в отделении с 1973 года, который также подвергался усовершенствованию. На смену стандартной рентгенографии и томографии пришли цифровые установки, которые значительно расширили возможности рентгеновского метода исследования. Путем цифровой доработки изображения и графических измерений стало возможно достаточно точно рассчитать все интересующие размеры, касающиеся стеноза трахеи: протяженность сужения, расстояние от трахеостомы и до бифуркации трахеи, степень сужения трахеи и ее неравномерность на различных участках, утолщение стенок трахеи и ее деформацию, плотность тканей.

Более полную информацию позволяет получить высоко разрешающая многоспиральная компьютерная томография (КТ) с возможностью построения изображения в 3-D режиме. Перспективна, так называемая, виртуальная эндоскопия. Метод основан на математическом анализе сканов КТ, что позволяет получить геометрическую модель и виртуальное изображение трахеи. Однако далеко не всегда этот метод удовлетворяет

клиническим потребностям. Дальнейшее усовершенствование математических программ позволит получать более наглядные изображения трахеобронхиального дерева.

Являясь основным методом диагностики стенотических заболеваний дыхательного пути, эндоскопические методы имеют некоторые недостатки: осмотр ограничивается только слизистой оболочкой, невозможность изучения трансмурального патологического процесса, относительная трудность топической диагностики поражения по отношению к костным ориентирам и крупным сосудам, что важно для определения объема вмешательства и хирургического доступа к тому или иному отделу дыхательного пути и профилактики повреждения артерий и вен, невозможность определения степени хондроперихондрита хрящей гортани и трахеи.

В последние годы появилась возможность использовать магнитно-резонансную томографию для определения патологии трахеи. Однако этот метод исследования еще не нашел своего места в алгоритме диагностики подобной категории пациентов, что требует дальнейших разработок в этой области.

Наряду с вышеперечисленными методами лучевой диагностики, в ряде случаев, может быть использована внутриспросветная ультрасонография, которая позволяет выявить крупные артериальные и венозные сосуды и их отношение к патологическому процессу в трахее.

Таким образом, появившиеся в последние годы методы лучевой диагностики рубцовых стенозов трахеи могут существенно дополнять эндоскопические методы исследования и позволяют достаточно точно выявлять характер повреждения. Однако остается ряд нерешенных вопросов по точному определению места каждого из этих методов в алгоритме обследования пациентов с данной патологией.

Процик Л. М., Кужко М. М.
ЕФЕКТИВНІСТЬ АМІНОХІНОЛІНОВИХ ПРЕПАРАТІВ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ
НА САРКОЇДОЗ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

ДУ "Національний інститут фізйатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України"

З метою вивчення ефективності препаратів амінохінолінового ряду у лікуванні хворих на саркоїдоз органів дихання під спостереженням знаходилися 58 хворих. Критеріями включення пацієнтів у дослідження були: наявність гістологічно або цитологічно підтвердженого саркоїдозу, II-III рентгенологічні стадії захворювання, які супроводжувалися незначними порушеннями (ОФВ₁ < 80 % від належних величин, ОФВ₁/ЖЄЛ ≥ 70 %) функції зовнішнього дихання (ФЗД).

Всі пацієнти за умовами призначення препаратів амінохінолінового ряду були розподілені на 2 групи: 1-й групі (40 хворих) терапію призначали тільки після 3–6 місяців спостереження, коли не наступала спонтанна регресія або відмічали прогресування захворювання, яке не супроводжувалося значним погіршенням дихальної функції. У 2-й групі (18 хворих) отримували відповідне лікування тільки в разі протипоказань до призначення системних кортикостероїдів (цукровий діабет, гіпертонічна хвороба, виразкова хвороба шлунку та ін.).

У всіх хворих саркоїдоз був вперше виявлений, раніше лікування кортикостероїдами не проводилося. Згідно міжнародної класифікації, II стадія захворювання була констатована — у 28 (70,0 %) і 13 (72,2 %), III — у 12 (30,0 %) і 5 (27,8 %) хворих у 1-й і 2-й групах відповідно. Позалеженеві прояви захворювання виявлені у 12 пацієнтів: у 5 було відмічено залучення у процес шкіри, у 4 периферичних лімфатичних вузлів, по 1 випадку селезінки та печінки. Переважна більшість пацієнтів — 26 (65,0 %) і 11 (61,1 %) в обох групах отримували хлорохін (Делагіл) у дозі 250 мг двічі на день протягом 6–12 місяців, у подальшому 250 мг один раз на день ще протягом 6–12 місяців. Іншій частині хворих призначали гідроксихлорохін (Плаквеніл) у дозі 200 мг двічі на день, у подальшому 200 мг раз на день у зазначені вище терміни. Кожних три місяці проводилася оцінка клініко-рентгенологічної картини захворювання, ФЗД, наявності побічних дій.

У 1-й групі хворих вже через 3 місяці лікування у відмічали часткову або значну регресію патологічних змін — у 23 (57,5 %), через 6 місяців — у 26 (65,0 %), через 12 місяців — у 31 (77,5 %) хворого. Позитивна динаміка підтверджувалася і покращенням показників ФЗД: ЖЄЛ — (76,8 ± 2,7) %, (82,9 ± 2,6) %, (84,1 ± 2,5) %, (88,5 ± 2,6) %; ОФВ₁ — (68,4 ± 2,9) %, (73,1 ± 2,6) %, (76,9 ± 2,4) %, (81,7 ± 2,6) % — перед початком лікування, через 3, 6 і 12 місяців терапії відповідно. Загальна тривалість лікування становила (15,2 ± 2,1) місяці. У 9 (22,5 %) пацієнтів лікування виявилось неефективним і у подальшому їм були призначені системні кортикостероїди. У 6 (12, %) випадках констатовані загострення або рецидиви захворювання при зменшенні дози до 200–250 мг або відміні амінохінолінів.

У 2-й групі через 3 місяці лікування часткову або значну регресію спостерігали тільки — у 3 (16,7 %), через 6 місяців — у 5 (27,8 %), через 12 місяців — у 7 (38,8 %) пацієнтів. Позитивна динаміка змін у легенях практично не супроводжувалася змінами у показниках ФЗД. Загальна тривалість лікування становила (25,4 ± 2,6) місяців. У 11 (61,2 %) хворих лікування виявилось неефективним, саркоїдоз набув хронічно-рецидивуючого перебігу, що вимагало у подальшому призначення інгаляційних кортикостероїдів, цитостатиків і т.д.

Таким чином, при II і III стадіях саркоїдозу, при якому не настає спонтанна регресія або спостерігається прогресування без значних вентиляційних порушень, амінохінолінові похідні можуть вважатися препаратами вибору і дозволяють досягти терапевтичного ефекту у 77,5 % випадків. При саркоїдозі із порушеннями ФЗД та протипоказаннями до призначення системних кортикостероїдів, препарати амінохінолінового ряду у третині випадків (38,8 %) дозволяють досягти позитивного результату, і у деяких випадках можуть бути успішною альтернативою гормональній терапії.

Процик Л. М., Кужко М. М.
САРКОЇДОЗ В УКРАЇНІ У 2001–2005 рр.
ЗА ДАНИМИ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИХ ДИСПАНСЕРІВ

ДУ "Національний інститут фізйатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України"

З метою вивчення динаміки захворюваності, поширеності саркоїдозу, ефективності лікувально-діагностичних заходів в Україні використовувалися дані анкетного опитування обласних протитуберкульозних диспансерів (ОПТД), у яких наводилася дані офіційної статистики даних установ. Це обумовлено тим, що переважна більшість хворих продовжують лікуватися у протитуберкульозних установах, і у подальшому знаходяться під наглядом лікарів-фізйатрів. Тому єдиний статистичний облік по саркоїдозу проводиться лише у ОПТД. Використовувалися дані анкет із 20 ОПТД, інші фізйатричні установи не дали відповідь на анкети, або статистична звітність по саркоїдозу у них не ведеться. Робота виконана за кошти державного бюджету.

За даними 20 ОПТД, спостерігається збільшення захворюваності на саркоїдоз із 0,7 у 2001 р. до 0,9 у 2005 р. Найбільші показники захворюваності всіма формами саркоїдозу відмічалися у Західному регіоні країни, де у більшості областей у 2005 р. захворюваність була вищою ніж загалом по Україні — у Львівській — 3,2, Івано-Франківській — 1,4, Тернопільській — 1,2, Чернівецькій — 1,9 на 100 тис. населення. У більшості областей захворюваність становить менше 1,0 на 100 тис. населення. У структурі захворюваності згідно міжнародної класифікації саркоїдозу переважали хворі із I стадією захворювання — 0,3–0,4 випадки на 100 тис. населення. На протязі 2001–2005 рр. більш ніж на половину виросла захворюваність на II стадію від 0,25 до 0,4 на 100 тис. населення, а в останні роки (2004–2005 рр.) захворюваність на I і II стадію практично була однаковою.

Хворобливість на саркоїдоз за 2001–2005 рр. постійно збільшувалася, хоча темпи зростання були невеликі — із 2,3 у 2001 р. до 3,3 на 100 тис. населення у 2005 р. Найбільша поширеність саркоїдозу у 2005 р. була у таких областях: Харківська — 8,2; Львівська — 7,5; Тернопільська — 6,2 на 100 тис. населення. Рівень хворобливості у цих областях перевищував середньостатистичний (3,3 на 100 тис. населення) у 2,5–1,9 рази.

Саркоїдоз у дітей за даними ОПТД практично не діагностували. За вказаний період часу тільки по 2 випадки було зареєстровано у Львівській і Херсонській, та 1 у Закарпатській області.

Позалеженевий саркоїдоз виявляли також надзвичайно рідко — лише у 6 ОПТД. Найбільше таких випадків було діагностовано у Чернівецькій — 1,1, Львівській — 0,4, Харківській — 0,1, Чернігівській — 0,1 на 100 тис. населення областей.

Смертність від саркоїдозу за період 2001–2005 рр. була вкрай низькою: лише по 2 випадки було зареєстровано у Львівському і Донецькому, та по 1 у Івано-Франківському та Чернігівському ОПТД.

Показник первинної інвалідності працездатного населення внаслідок саркоїдозу в Україні за даними ОПТД не збільшився і становив у середньому 0,1 на 100 тис. працездатного населення. Найвищий показник інвалідності у 2005 р. відмічався у м. Севастополі та Тернопільській області, відповідно 0,5 та 0,27 на 100 тис. населення.

Ефективність лікування, в т.ч. частота спонтанних регресій залежала від стадії, поширеності процесу. Найвищою вона була

при I стадії, найнижчою при II-III стадії захворювання. Загалом оцінити ефективність лікування немає можливості, оскільки відсутні єдині критерії по його призначенню (чи необхідності вичікувальної тактики), тривалості і т.д.

Таким чином, в Україні продовжується, хоча і незначне, але збільшення захворюваності і поширеності саркоїдозу. Значні коливання у рівнях захворюваності, хворобливості (більше ніж у 10–15 разів) між різними областями України свідчить про відсутність єдиних підходів до діагностики, спостереження, обліку, лікування даних пацієнтів і вимагає невідкладних реорганізаційних заходів для їх вирішення.

Процюк Р. Г.

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ПОЄДНАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ТА ВІЛ / СНІДУ

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ

На початку III тисячоліття глобальною проблемою у світі стало значне зростання захворюваності на туберкульоз та епідемія ВІЛ/СНІДу, а за останні роки — і наркоманії серед молоді, яка зумовила вибухове розповсюдження ВІЛ-інфекції.

Актуальність проблеми туберкульозу у ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД у світі стала очевидною з кінця 80-х — початку 90-х років XX століття. Фахівці центру з контролю за хворобами у США у 1992 р. визначили сполучення ураження населення на СНІД і туберкульоз як пандемію.

Туберкульоз у хворих на СНІД є найчастішою опортуністичною інфекцією і складає 50–60 % від загального числа усіх випадків СНІД-індикаторних захворювань, при який госпітальна смертність досягає 55–80 %.

За останні 11 років (1997–2007) показник захворюваності на туберкульоз в Україні збільшився на 62,5 % (з 49,1 у 1997 р. до 79,8 на 100 тис. населення у 2007 р.) або у 1,6 рази. У 2007 р. захворюваність на туберкульоз у порівнянні з 2006 р. (83,2) зменшилася на 4,1 %. За цей же період показник смертності від туберкульозу зростає на 32,2 % (з 17,1 у 1997 р. до 22,6 на 100 тис. населення у 2007 р.) або у 1,3 рази. В Україні щодня помирають від туберкульозу 28–29 осіб.

Високий рівень захворюваності на туберкульоз пов'язують із соціально-економічною ситуацією в країні, зокрема зниження рівня життя населення, недостатнє фінансування протитуберкульозних закладів, наявність значної кількості хворих, які перебувають у місцях позбавлення волі, несвоєчасним і запущеним виявленням (в основному занедбані форми) туберкульозу в структурі контингенту хворих, низькою ефективністю заходів боротьби з туберкульозом серед вразливих груп населення, зростанням епідемії ВІЛ/СНІДу.

За період виявлення першого випадку ВІЛ-інфекції у 1987 р. і до 2007 р., включно серед громадян України, офіційно зареєстровано 122674 випадків ВІЛ-інфекції, 22424 випадків захворювання на СНІД та 12490 випадків смерті від захворювань обумовлених СНІДом.

На протязі 2007 р. серед громадян України зареєстровано найвищі за весь період епідемічного нагляду нових випадків інфікування ВІЛ — 38,0 на 100 тис. населення (17669 осіб), захворюваності на СНІД — 9,8 (4573 осіб), та смертності від СНІДу — 5,4 (2507 осіб).

В останні роки в Україні одночасно розвивається епідемія двох соціально небезпечних хвороб — туберкульозу і ВІЛ / СНІДу, що часто уражають одні і ті ж групи населення (дві хвороби — один хворий). Туберкульоз, як найбільш розповсюджене опортуністичне захворювання при ВІЛ-інфекції, став головною причиною захворюваності і смертності у хворих на СНІД. ВІЛ-інфіковані — те підґрунтя, на якому розвивається епідемія туберкульозу. ВІЛ-інфекція та СНІД значно впливає на зростання захворюваності туберкульозом і є найбільш серйозним за останнє сторіччя фактором ризику розвитку туберкульозу у

осіб, інфікованих МБТ. Загроза поєднання туберкульозу і ВІЛ-інфекції зумовлена тим, що майже кожна третя людина на Землі є носієм МБТ, тобто, інфікована.

Особи, одночасно інфіковані ВІЛ та МБТ, є особливою групою ризику. У хворих, інфікованих МБТ, ВІЛ-інфекція є причиною прогресування безсимптомної туберкульозної інфекції в захворювання на туберкульоз. Ризик захворіти на туберкульоз у ВІЛ-інфікованих в 20–30 разів вище, ніж у ВІЛ-серонегативних осіб.

Епідеміологічна ситуація в Україні щодо туберкульозу в поєднанні з ВІЛ-інфекцією з кожним роком продовжує погіршуватись. Якщо у 2000 р. за офіційними даними захворюваність на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз склала 0,2 на 100 тис. населення (103 особи), то у 2007 р. зросла до 5,0 на 100 тис. населення (2345 осіб), тобто захворюваність зросла у 25 разів. Померло хворих на туберкульоз, зумовленого СНІДом у 2004 р. 945 осіб або 2,0 на 100 тис. населення, у 2007 р. — 1827 осіб або 3,9 на 100 тис. населення. Перебуває під наглядом на 01.01.2008 р. 4588 хворих на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз.

Поміри прогресування ВІЛ-інфекції імунна система втрачає здатність затримувати ріст і розповсюдження мікобактерій туберкульозу. Частіше розвивається дисемінований та позалегеновий форми туберкульозу.

Висока смертність хворих на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз обумовлена як тяжкістю перебігу туберкульозу на фоні ВІЛ-інфекції так і несвоєчасним виявленням тяжких генералізованих форм. Однією з причин затримки діагностики туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД є атипичний перебіг туберкульозу та клінічні особливості асоційованого захворювання. На ранніх стадіях ВІЛ-інфекції перебіг туберкульозу мало відрізняється у порівнянні з ВІЛ-негативними особами з переважним ураженням легень. На пізніх стадіях ВІЛ-інфекції туберкульоз спостерігається у кожного третього хворого, перебігає часто атипично, характеризується схильністю до генералізації та ураження лімфатичної системи. В 10–70 % випадків мають місце позалегенові локалізації туберкульозу, насамперед ураження внутрішньогрудних лімфатичних вузлів, периферичних лімфатичних вузлів, головним чином, передньошийних груп, перикардити, плеврити, туберкульоз мозку та менінгіальних оболонок, нирок, печінки, селезінки тощо. При такому епідеміологічному становищі очікують значне зростання захворюваності на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз.

Таким чином, проблема туберкульозу і ВІЛ/СНІДу взаємопов'язані та взаємозалежні, що потребують рішення у трьох напрямках: соціальному, медичному та юридичному, розв'язання проблеми на державному рівні, але не у декларативних установах та програмах, а у комплексному підході. Перш за все необхідна підтримка лікувально-профілактичних закладів, які пов'язані безпосередньо з хворими. Дані сучасної літератури та власний досвід переконують нас в актуальності проблеми поєднання ВІЛ-інфекції і туберкульозу у світі, що викликано епідемією СНІДу.

Пурська М. Б., Ільницька Л. І., Балита Т. М.
ДИНАМІКА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОСТІ ЗБУДНИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ
ЗА ПЕРІОД 1996–2006 РОКІВ У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Національний медичний університет ім. Д. Галицького, м. Львів

Зростання частоти хіміорезистентного туберкульозу спостерігається в багатьох країнах світу. В Україні дані щодо розповсюдженості резистентних штамів мікобактерій туберкульозу (МБТ) в різних регіонах значно відрізняються. Епідеміологія резистентних штамів МБТ вивчена недостатньо і одержані результати не завжди порівняльні між собою. Медикаментозна резистентність МБТ є одним із факторів, що визначає ефективність лікування та епідемічну ситуацію з туберкульозом.

Метою роботи було вивчення динаміки та структури показників первинної та вторинної медикаментозної резистентності штамів МБТ до протитуберкульозних препаратів у Львівській області протягом 1996–2006 років. Проведено ретроспективний аналіз даних мікробіологічних досліджень на стійкість збудника МБТ до антимікобактеріальних препаратів (АМБП), виконаних у лабораторії бактеріології Львівського регіонального фтизіопульмонологічного лікувально — діагностичного центру. Для більш повного відображення матеріалів, які підлягали аналізу, термін вивчення даних був поділений на 2 періоди: 1-й період — 1996–2000 р.р. і другий період — 2001–2006 р.р.

Мікробіологічні дослідження включали вивчення чутливості мікобактерій до протитуберкульозних препаратів на 5864 штамів: за 1996–2000 роки (1-й період) — 940 штамів і за період 2001–2006 років (2-й період) — на 4924 штамів, виділених від хворих на деструктивний туберкульоз легень. За перший період спостерігали ріст частоти резистентних штамів МБТ з 51,8 % до 83,3 % ($P < 0,05$); за другий період відзначено зниження резистентності штамів, яке за 2001–2003 р.р. утримувалося на рівні 52,2–52,4 %, а з 2004 року — знову різке зростання резистентності МБТ до 83,8 %, яке продовжувало утримуватися на цьому рівні до 2006 року і становило 82,9 %. Частка штамів МБТ, чутливих до АМБП, за період 2001 по 2006

рр. знизилася з 43,8 % до 9,3 % або в 4,7 раза. Середній показник чутливих штамів МБТ за період 2001–2003 р.р. у порівнянні з 2004–2006 р.р. знизився в 3,4 раза (з 43,1 % до 12,7 % з 2,3 %, $P < 0,05$).

В структурі резистентності штамів МБТ вивчено частоту мультирезистентності до комбінації препаратів (HR) за період 2001–2006 р.р. За цей період мультирезистентність до (HR) зросла в 6,8 раза (з 5,2 % у 2001 р. до 35,4 % у 2005 р., $P < 0,001$), а у 2006 р. спостерігали її зниження до 10,6 %. Середній рівень мультирезистентних штамів МБТ за цей період становив $(15,3 \pm 2,1) \%$, що в 2,9 раза перевищувало рівень, який був у 2001 р. ($15,3 \pm 2,1) \%$ проти $(5,2 \pm 1,3) \%$, $P < 0,05$. В структурі резистентності штамів МБТ до комбінації трьох АМБП (H R S, H R E, H R Z) частка мультирезистентних штамів зазнала зростання з 45,0 % (у 2001 р.) до 64,2 % (у 2004 р.). У 2005 і 2006 роках цей показник знизився і становив відповідно 33,9 % і 32,8 %. Середня частота мультирезистентних штамів за період 2001 — 2006 р.р. склала $(47,7 \pm 5,2) \%$, що статистично достовірно не відрізнялася від рівня мультирезистентності у 2001 р. ($47,7 \pm 5,2 \%$ проти $45,0 \pm 1,2 \%$, $P > 0,05$). Констатовано зростання показника мультирезистентності за період 1996 — 2006 р.р. в 1,2 раза (з 44,1 % до 52,3 %, $P < 0,05$), причому середній рівень мультирезистентності штамів за другий період (2001–2006 р.р.) в 1,4 раза перевищував середній показник за перший період (1996–2000 р.р.) ($55,3 \pm 1,8 \%$ проти $38,3 \pm 5,1 \%$, $P < 0,05$).

Встановлено за період 2001–2006 рр. збільшення частки монорезистентних штамів, зростання частоти бірезистентних МБТ, збільшення резистентності виділених МБТ (з 51,8 % у 1996 р. до 82,9 % у 2006 р.), що свідчить про несприятливі тенденції в епідеміологічній ситуації з туберкульозом.

Пухальська Н. С., Шальмін О. С.
ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ВИБОРУ БРОНХОЛІТИКІВ ПРИ ЛІКУВАННІ
ХВОРИХ НА РЕЦИДИВИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ З ПОРУШЕННЯМИ
ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ

Запорізький державний медичний університет

Істотний вплив на небезпечну епідеміологічну ситуацію щодо туберкульозу легень в Україні мають його рецидиви. Велика кількість факторів і причин, які визначають взаємозв'язки макро- та мікроорганізму, призводять до виникнення рецидивів туберкульозу, обумовлюють характер його перебігу, розвиток функціональних і морфологічних змін з боку дихальної, серцево-судинної та інших систем організму.

Метою нашої роботи стало підвищення ефективності лікування хворих на рецидиви туберкульозу легень шляхом корекції порушень функції зовнішнього дихання та диференційованого підходу до вибору бронхолітичних препаратів із урахуванням стану вегетативної регуляції серцевої діяльності.

Матеріали та методи дослідження. І групу склали 79 (69,3 %) хворих на рецидиви туберкульозу легень (РТБ) з порушеннями функції зовнішнього дихання (ФЗД), до II групи увійшли 35 хворих (30,7 %) без порушень ФЗД.

В залежності від комплексу проведеного лікування, хворі I групи були розподілені на 2 підгрупи: IA підгрупу — 40 (50,6 %) пацієнтів, серед яких 14 осіб отримували на тлі хіміотерапії комбінацію бронхолітичних препаратів іпратропіум броміду і

сальбутамолу (ІБр+СБ), 17 осіб — іпратропіум броміду і фенотеролу (ІБр+ФТ), 9 пацієнтів отримували тіотропіум бромід (ТБр). Підгрупу ІБ склали 39 (49,4 %) хворих, які отримували лише протитуберкульозні препарати. Маркером вибору бронхолітиків було визначення типу і ступеня вентиляційних порушень, а також вихідного вегетативного тонуусу ВНС: у хворих з симпатикотонією використовувались ІБр+ФТ чи ІБр+СБ, хворим з підвищеною активністю парасимпатичного відділу ВНС — тіотропіум бромід.

Результати досліджень та їх обговорення. Доведено, що між порушеннями ФЗД і змінами вегетативної регуляції серцевої діяльності існує взаємозв'язок: по мірі зростання ступеня вентиляційних порушень спостерігаються більш виражені ознаки напруження і виснаження симпатичного відділу вегетативної нервової системи і зниження адаптаційно-компенсаторних можливостей організму.

В залежності від комплексу лікування, отримано достовірну різницю якісного і кількісного характеру у регресії патологічної симптоматики. Застосування в комплексі з хіміотерапією бронхолітичних засобів підвищує частоту припинення бактеріови-

ділення на 8 %, скоротивши терміни його досягнення на $(1,1 \pm 0,3)$ міс, також збільшує частоту загоєння деструкцій в легневій тканині на 11 %, скорочуючи терміни на $(1,0 \pm 0,2)$ міс. Зазначена комплексна терапія призводить до зменшення на $(0,3 \pm 0,02)$ міс тривалості стаціонарного лікування хворих.

При вивченні ефективності бронхолітиків різних груп на динаміку клініко-рентгенологічної симптоматики отримано достовірну різницю в термінах зникнення та кількісному зниженні деяких суб'єктивних і об'єктивних симптомів. Терміни зникнення задишки були достовірно коротшими при застосуванні ТБр — $(1,6 \pm 0,1)$ міс, ніж при лікуванні комбінованими бронхолітиками: ІБр+ФТ — $(2,3 \pm 0,3)$ міс, ІБр+СБ — $(2,4 \pm 0,2)$ міс. Використання тіотропіум броміду сприяло достовірному скороченню термінів ліквідації інтоксикаційних симптомів, припинення бактеріовиділення і загоєння деструкції, скороченню строків перебування хворих в стаціонарі.

При прийомі ТБр терміни нормалізації показників ФЗД були достовірно коротшими $(1,6 \pm 0,1)$ міс, ніж при прийомі ком-

бінації ІБр+СБ $(2,2 \pm 0,2)$ міс, і достовірно не відрізнялись при застосуванні комбінації ІБр+ФТ $(1,8 \pm 0,2)$ міс. Вже через місяць лікування ТБр спостерігалось достовірне зростання об'ємних і швидкісних показників на рівні прохідності всіх бронхів, попередньо знижених на початку лікування.

При проведенні порівняльного аналізу впливу різних бронхолітиків не отримано достовірної різниці в динаміці показників ЕКГ-моніторингу, варіабельності серцевого ритму при використанні того чи іншого препарату. Всі бронхолітичні препарати сприяли зниженню активності симпатичного та підвищенню активності парасимпатичного відділів вегетативної нервової системи, призводили до зростання кількості хворих із симпатикотонічною реактивністю та нормальним вегетативним забезпеченням, підвищеною адаптаційними можливостями серцево-судинної системи за рахунок покращення показників нейрогуморальної регуляції. Найкращі результати були отримані при лікуванні тіотропіум бромідом, що підтвердилось вірогідним зменшенням кількості хворих з асимпатикотонічним варіантом вегетативної реактивності.

Пухальська Н. С., Разнатовська О. М., Висоцький А. Л., Євтушенко В. І, Гречка Ю. Ю. ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ НАДАННЯ ФТИЗИАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ В СЛІДЧИХ ІЗОЛЯТОРАХ КРИМІНАЛЬНО — ВИКОНАВЧОЇ СИСТЕМИ ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСТІ

*Запорізький державний медичний університет
Управління виконання покарань в Запорізькій області*

Туберкульоз залишається суттєвою проблемою в закладах кримінально-виконавчої системи. Запорізька область серед всіх регіонів України займає одне із ведучих місць по численності ув'язнених і підслідних. Щорічно через заклади кримінально-виконавчої системи (КВС, розташованих на території області проходить близько 3 % від чисельності населення.

В структурі пенітенціарних закладів (ПЗ) по проведенню і організації протитуберкульозних заходів найбільш складною ланкою є слідчі ізолятори (СІЗО) — перший етап надходження хворих на туберкульоз з постійним переміщенням та частою зміною контингенту.

Метою роботи було вивчення розповсюдженості і структури захворюваності в слідчих ізоляторах Запорізькою області і визначити основні шляхи удосконалення надання медичної допомоги хворим на туберкульоз, своєчасного виявлення і діагностики захворювання.

Матеріалами дослідження були історії хвороби, медичні картки стаціонарних і амбулаторних хворих, що знаходились на лікуванні в медичній частині слідчих ізоляторів області (м. Запоріжжя, м. Вільнянськ), дані когортного аналізу. Використовувались загально прийняті методи оцінки основних епідеміологічних показників з туберкульозу, клініко-лабораторні та інструментальні дослідження.

Результати. За останні 3 роки в слідчих ізоляторах області відмічається зниження захворюваності на туберкульоз легень з 1928,5 до 429 хворих на 100 тис., в той час як в закладах охорони здоров'я спостерігалась тенденція до зросту: в 2005 р. — 82,4, в 2006 — 82,2, в 2007 — 86,4 хворих на 100 тис. населення. В структурі захворюваності вперше діагностованого туберкульозу (ВДТБ) переважають інфільтративні і вогнищеві форми (75 %), відсутні випадки виявлення хронічних, занедбаних форм. Останній факт пояснюється двократними у році, регулярними флюорографічними оглядами, охоплення якими складає 100 %. Крім того, перш, ніж надійти до слідчого ізолятора, підслідні проходять ретельний медичний огляд фахівцями різних спеціальностей, і в разі виявлення у них туберкульозу,

направляються на лікування до обласного протитуберкульозного диспансеру. Тільки по закінченню інтенсивної фази хіміотерапії, повного припинення бактеріовиділення для продовження основного курсу переводяться на лікування до медичної частини слідчих ізоляторів. В слідчому ізоляторі м. Вільнянська налагоджено флюорографічне обстеження усіх підслідних (100 %), що надійшли в перші 2 доби перебування з метою раннього і своєчасного виявлення хворих на активні форми туберкульозу.

Питома вага хворих на туберкульоз в обох слідчих ізоляторах області, виявлених при профілактичному рентгенофлюорографічному обстеженні складає майже 80%, що значно перевищує даний показник в закладах охорони здоров'я. Бактеріовиділення серед ВДТБ у 2005 р. встановлено у 43,5% випадках, в 2007 — 18,2 %. Деструкції в легенях мали місце у 45,2% хворих (2005 р.) та у 40,2 % осіб (2007 р.). Звертає на себе увагу, що більш, ніж 60 % бактеріовиділювачів, що знаходяться на лікуванні в СІЗО, мали резистентність до протитуберкульозних препаратів, серед яких у 62,5 % визначалась полірезистентність, у 22,1 — мультирезистентність.

Заключення. Покращенню епідеміологічної ситуації в слідчих ізоляторах області сприяли тісне співробітництво медичних робітників СІЗО з лікарями громадянських закладів охорони здоров'я; використання основних принципів DOTS-стратегії при проведенні протитуберкульозних заходів в закладах КВС, достатня забезпеченість хіміопрепаратами 1 та 2-го ряду, контрольоване лікування, якісна 3-х місячна хіміопротифлактика осіб з залишковими змінами в легенях, обов'язкова хіміопротифлактика контактних, незалежно від наявності бактеріовиділення у хворого; санітарно-просвітня робота, покращення матеріально-технічної бази медичних частин СІЗО. Все це дозволило за останні 3 роки знизити захворюваність в СІЗО в 4 рази, а кількість випадків смерті від туберкульозу за 2006—2007 рр. взагалі не спостерігалась. Завдяки постійній консультативній допомозі, взаємодії з фахівцями закладів охорони здоров'я кількість хворих на туберкульоз із невстановленим раніше діагнозом знизилась на 36 %.

П'ятночка І. Т., Корнага С. І., Білик С. О., Корнага Н. В.
**СТАН ЛЕГЕНЕВО-СЕРЦЕВОГО АПАРАТУ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ,
УСКЛАДНЕНИЙ СПЕЦИФІЧНИМ ЛАРИНГІТОМ**

Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського

Клінічні прояви туберкульозу легень, в значній мірі, залежать і від наявності чи відсутності специфічних, неспецифічних уражень бронхів та інших ускладнень, зокрема, туберкульозу гортані. Проте, за останні роки недостатньо висвітлені питання клініки, діагностики, функціонального стану легенево-серцевого апарату і ефективності лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, ускладнений специфічним ларингітом.

Метою дослідження було вивчення особливостей функціонального стану легенево-серцевого апарату і ефективність лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень і гортані.

За даними обласного протитуберкульозного диспансера, у вперше діагностованих хворих на туберкульоз легень, специфічний ларингіт спостерігався у 2,1 % із 1500 пацієнтів. Аналізу піддано 55 осіб на вперше діагностований туберкульоз легень і гортані. Пацієнтів чоловічої статі було 47 (85,4 %), жіночої — 8 (14,6 %). Вік хворих коливався в межах 17-78 років.

Серед клінічних форм переважала дисемінована — у 42 (76,4 %), інфільтративна була у 11 (20 %), у 2 (3,6 %) пацієнтів — фіброзно-кавернозна. Порожнини розпаду констатовані у 46 (83,6 %), мікобактерії туберкульозу виділяли 51 (92,7 %) хворих. Монорезистентність спостерігалася у 8 (16 %), полірезистентність — у 2 (3,9 %).

На фоні вираженої інтоксикації, легенево-гортанної та серцевої симптоматики, спостерігалася значне зниження резистентності організму, що проявлялося і зниженою туберкуліновою чутливістю.

Згідно з нашими даними, переважаючою формою ураження гортані була інфільтративна — у 44 (80 %) хворих, значно рідше виразкова форма — у 11 (20 %). Характер реакції в більшості осіб — 41 (74,5 %) — був продуктивний і лише у 14 (25,5 %) пацієнтів — ексудативний.

З метою вивчення функціонального стану легенево-серцевого апарату у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень і гортані та без цього ускладнення, проводили пневмотахометричні та електрокардіографічні дослідження. З'ясувалося, що з показників, які характеризують легеневу вентиляцію, поряд з гіпервентиляцією у пацієнтів відмічено зниження життєвої ємкості легень ($71 \pm 2,22$) %, об'єму форсованого видиху за першу секунду ($72 \pm 2,44$) %, максимальної вентиляції легень ($70 \pm 3,62$) % і проби Тіффно ($70,0 \pm 2,56$) %. Отже, приведені дані свідчать про виражені, переважно, обструктивно-рестриктивні порушення вентиляції, які зумовлені переважно специфічним процесом в самій гортані.

Зміни ЕКГ проявлялись, в більшості випадків, гіпоксією і дифузними змінами міокарда, перевантаженням правої половини серця внаслідок спазму легневих судин. Це підтверджувалося зниженими цифрами проби Штанге і Собразе, які відображають функціональний стан легенево-серцевого апарату ($39 \pm 3,52$) с та ($23 \pm 2,64$) с. Отже, у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, ускладнений специфічним ларингітом, частіше і більш виражені порушення функції зовнішнього дихання і серцево-судинної системи у вигляді розладів бронхіальної прохідності, зниження вентиляційної здатності легень, а також гіпоксії і дифузних змін в міокарді, перевантаження правої половини серця внаслідок спазму легневих судин.

В результаті комплексного лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, ускладнений специфічним ларингітом загоєння порожнин розпаду наступило у 65,2 %, припинення бактеріовиділення у 92,2 % хворих. Це свідчить про те, що у хворих на туберкульоз легень і гортані знижені захисні сили організму і залишкові зміни після одужання більш виражені.

**Б. В. Радионов, В. П. Костромина, А. А. Отрощенко
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ БЦЖ У ДЕТЕЙ***ГУ "Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии имени Ф.Г. Янов-ского АМН Украины", г. Киев*

Согласно рекомендациям ВООЗ, одним из важных методов профилактики туберкулеза является специфическая иммунопрофилактика вакциной БЦЖ (Кальмета-Джерена). Эта вакцина сегодня обязательно используется в 64 странах мира и рекомендована еще в 113. В Украине вакцинация является обязательной для новорожденных и должна проводиться в роддомах. Качественно проведенная иммунизация уменьшает заболеваемость туберкулезом в 7–10 раз, а инфицированность в 1,5–2 раза. При этом вакцина БЦЖ — живая культура; она может создавать специфические осложнения, частота которых увеличивается в условиях современной эпидемии туберкулеза.

В литературе описано немало нежелательных реакций, часто системного характера, в ответ на БЦЖ-вакцинацию. Их условно можно разделить на 2 категории: легкие осложнения, в том числе в результате некачественно проведенной вакцинации и нарушения техники введения вакцины: подкожный "холодный" абсцесс, язва кожи, келоидный рубец, лимфаденит; тяжелые осложнения, связанные с генерализацией инфекции: БЦЖ-остеомиелит, генерализованная лимфоаденопатия, диссеминированная БЦЖ-инфекция, туберкулезная волчанка, медиастинальный БЦЖит.

Все перечисленные тяжелые поствакцинальные осложнения требуют длительной специфической, симптоматической и патогенетической консервативной терапии, эффективность которой зависит от целого ряда факторов, носящих индивидуальный характер. Среди поствакцинальных осложнений, требующих хирургических вмешательств, следует назвать, пожалуй, только 2 варианта — лимфадениты и БЦЖиты. В тех случаях, когда формируется кальцинат лимфоузла размером 1 см и больше и сохраняются симптомы интоксикации, необходимо выполнять инкапсулярное удаление лимфоузла с последующей длительной специфической химиотерапией. Формирование

хронических, различных размеров поствакцинальных БЦЖитов, имеющих преимущественно подкрыльцовую локализацию, происходит в различных возрастных группах и в индивидуальные временные периоды. Их течение носит хронический, рецидивирующий характер, т.к. протекает обычно на фоне специфической терапии, местного и симптоматического лечения.

Под нашим наблюдением находилось 47 пациентов в возрасте от 4 мес. до 6 лет. У 36 детей патология локализовалась в подкрыльцовой области с размерами флюктуирующих инфильтратов от 3 до 12 см. Свищевые формы БЦЖитов имели место у 21 (44 %) ребенка. Локализация патологии в области верхней трети плеча наблюдалась у 11 детей. Различной выраженности симптомы интоксикации (субфебрильная температура, отставание в развитии, снижение аппетита, изменения в формуле белой крови) отмечались у 23 (59 %) пациентов.

Из 47 детей у 9 выполнено поднаркозное вскрытие абсцессов, иссечение краев нежизнеспособной кожи, удаление гноя, некротических масс и тканей и дальнейшее открытое лечение повязками с антибиотиками и антисептиками. У 38 (81 %) детей выполнено поднаркозное экстракапсулярное удаление воспалительного участка с последующим ушиванием мягких тканей и кожи. Гладкое течение послеоперационного периода было у 35 (74 %), — рана зажила первичным натяжением. У трех больных образовался подкожный инфильтрат, который в течении 3 недель имел регрессию после применения компрессов димексида с рифампицином. Рецидивов нагноительного процесса не было.

Продолжение приема противотуберкулезных препаратов под контролем фтизиопедиатров у детей, перенесших оперативное вмешательство, является обязательным условием во всех случаях. Длительность и характер химиотерапии носит индивидуальный характер, который определяется лечащим врачом-педиатром.

**Радионов Б.В., Калабуха И.А.
К 90-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ОСНОВАТЕЛЯ ДЕТСКОЙ ФТИЗИОХИРУРГИИ
НА УКРАИНЕ ИВАНА МОИСЕЕВИЧА СЛЕПУХИ***ГУ "Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии имени Ф.Г. Янов-ского АМН Украины", г. Киев*

Слепуха Иван Моисеевич, родился 25 июля 1918 г. в с. Здоровка Васильковского района Киевской области в семье рабочего-железнодорожника. После окончания фельдшерско-акушерской школы с отличием в 1936 г. поступил во 2-й Киевский медицинский институт. Все 5 лет учебы совмещал с работой лектора в больнице. С первых дней Великой Отечественной войны, будучи уже врачом-ординатором Киевской горбольницы им. Октябрьской революции, оказывал хирургическую помощь эвакуированным раненым воинам, а затем — защитникам города Киева. С конца 1945 г. по 1951 г. продолжал работать в Кировоградской области главврачом и заведующим хирургическим отделением райбольницы в селе Онуфриевка. Имея десятилетний опыт самостоятельной работы по общей хирургии, Слепуха И. М. заинтересовался самым сложным, в то время, ее разделом — легочной хирургией. Для освоения ее он в конце 1951 г. поступил в клиническую ординатуру по фтизиохирургии Киевского НИИ туберкулеза им. академика Ф. Г. Яновского.

Дальнейшая судьба Слепухи И.М. связана с этим институтом, в котором он прошел путь от ординатора до руководителя отделения хирургического лечения туберкулеза. Он, один из первых в нашей стране, уточнил показания к резекциям легких

и изолированному удалению казеозных внугригрудных лимфатических узлов и туберкулом легкого, отметил особенности проведения этих операций у детей и подростков, изучил вопросы реабилитации после пневмонэктомии.

Иван Моисеевич Слепуха был первым специалистом на Украине, основавшим и возглавившим важнейший и ответственный раздел фтизиатрии — оперативное лечение туберкулеза у детей и подростков. В детском противотуберкулезном санатории им. Горького (Пуца-Водица) им было создано хирургическое отделение, которым заведовала Мак Р.М. В течение 15 лет И.М. Слепуха вместе с Р.М. Мак выполнили более 700 операций у детей с различными туберкулезными поражениями. Эффективность хирургического лечения этого контингента больных была одной из самых высоких среди всех республик СССР.

В звании профессора по специальности "Хирургия" Слепуха И. М. утверждён в 1971 г. За 34 года научной деятельности им выполнено 195 работ, большинство из них было опубликовано в центральных журналах, в межведомственных сборниках, он являлся соавтором двух монографий и двух руководств по туберкулезу, шести методических рекомендаций, трех авторских свидетельств. Слепуха И. М., совместно с профессором Горо-

венко Г. Г., розробив методику одномоментної кавернопластики з використанням межреберних м'язових лоскутів.

Слепуха І. М. займався самими важкими розділами легочної хірургії, стремився до підвищення ефективності лікування туберкульозних хворих.

Ім підготовлено 14 кандидатів і один доктор медичних наук, причому 7 з них були практичними лікарями.

Он систематично займався підготовкою кадрів. Спочатку був асистентом на циклі фтизіохірургії при інституті

усовершенствования лікарів (1954-1955 гг.), згодом декілька років на кафедрі торакальної хірургії, організованій в 1956 г. професором Амосовим Н. М.

Вклад Івана Моїсеєвича Слепухи в отечественную фтизіатрію, його високе професійне майстерство як торакального хірурга і наставника молодіжні снискали йому уваження багатьох учеників, фтизіатрів, педіатрів і хірургів республіки, багатьох багаторазових і вічно вдячних пацієнтів.

Разнатовська О. М., Пухальська Н. С., Захаренко О. В., Євтушенко В. І., Гречка Ю. Ю. ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ЛОМЕФЛОКСАЦИНУ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ В ЗАКЛАДАХ КРИМІНАЛЬНО-ВИКОНАВЧОЇ СИСТЕМИ ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСТІ

*Запорізький державний медичний університет
Управління виконання покарань в Запорізькій області*

Проблема хіміорезистентного туберкульозу в Україні надзвичайно складна. Лікування даного контингенту хворих потребує значно більших зусиль, залишається малоефективним і доволі складним.

В закладах кримінально — виконавчої системи Запорізької області проблема лікування хворих на туберкульоз з множинною лікарською стійкістю (МЛС) набула значної актуальності у зв'язку зі зростом випадків як первинної, так і вторинної резистентності до хіміопрепаратів серед осіб, що лікувались в закладах охорони здоров'я. Проблема посилюється ще й недостатнім забезпеченням та перебоєм у постачанні протитуберкульозних препаратів 2-го ряду до слідчих ізоляторів (СІЗО) і виправних закладів. Тому, вивчення можливостей ефективного використання фторхінолонів та включення їх до режимів хіміотерапії залишається актуальною задачею, особливо в пенітенціарних закладах.

Метою нашого дослідження стало визначення ефективності і безпеки використання ломефлоксацину в комплексній терапії хворих на хіміорезистентний туберкульоз в СІЗО Запорізької області.

Вивчали використання ломефлоксацину (Ломадей — виробництва компанії "Dr. Reddy's lab. Ltd") у 32 хворих на хіміорезистентний туберкульоз на протязі 4 місяців в умовах медичної частини слідчих ізоляторів м. Запоріжжя і м. Вільнянська. Набір клінічного матеріалу здійснювали на протязі 15 місяців. В дослідження увійшли 14 хворих на вперше діагностований туберкульоз (ВДТБ), 8 — з рецидивами (РТБ) і 10 хворих з хронічним туберкульозом (ХТБ). Дані про чутливість отримували із попередніх місць лікування хворих (обласний протитуберкульозний диспансер, міжвідомча протитуберкульозна лікарня при виправній колонії № 55, міські протитуберкульозні диспансери м. Запоріжжя).

Ломефлоксацин призначали по 400 мг 1 раз на добу після сніданку. В комплексній терапії ломефлоксацин поєднували з рифабутіном, етамбутолом, піразінамідом, ПАСК, канаміцином. Методами динамічного спостереження процесу у хворих були

щоденний огляд, рентгенографія (кожні 2 місяці), визначення кислотостійких бактерій (КСБ) в харкотинні методом мікроскопії (кожний місяць). Також оцінювали частоту і характер побічних дій препарату на підставі скарг хворих.

Інфільтративна форма туберкульозу діагностувалась у 14 (43,7 %) хворих, дисемінована — у 10 (31,2 %), фіброзно-кавернозна — 8 (25 %) осіб. Всі хворі мали розповсюджений деструктивний процес в легенях (100 %). Монорезистентність мали 41,6 % хворих, множинна лікарська стійкість визначалась у 59,4 % хворих, значну частину яких склали хворі на дисемінований і фіброзно-кавернозний туберкульоз (78,9 %).

В результаті 4-х місячного курсу використання ломефлоксацину клінічні прояви інтоксикації значно зменшились у 19 (59,4 %) хворих, повністю зникли у 13 (40,6 %). При цьому у 3 (23,1 %) хворих симптоми інтоксикації ліквідувались вже через 1 місяць застосування ломефлоксацину, у 4 (30,8 %) — через 2 міс, у 5 (38,5 %) — через 3 міс, у 1 (7,8 %) — кінцю 4-го міс.

Припинення бактеріовиділення, підтвердженого мікроскопічним дослідженням к кінцю 4-го міс використання у комплексній терапії ломефлоксацину визначалось у 21 (65,6 %) осіб, серед яких множинну лікарську стійкість мали 10 (47,6 %) хворих. Включення ломефлоксацину в комплексну хіміотерапію сприяло розсмоктуванню інфільтративних змін у легенях, зменшенню розмірів вогнищ, фокусів, формуванню тонкостінних каверн, запобігало подальшому розповсюдженню некрозу, появам нових вогнищ відсіву. Через 4 міс лікування закриття деструкцій відбулось у 7 (21,9 %) хворих, переважна кількість яких мала інфільтративну форму туберкульозу.

За період спостереження ми не відмічали небажаних побічних дій ні у одного хворого при використанні ломефлоксацину в комплексній хіміотерапії.

Таким чином, використання ломефлоксацину у хворих на хіміорезистентний туберкульоз дозволяє досягнути позитивної клініко-лабораторної і рентгенологічної динаміки лікування при низькій частоті побічних явищ.

Райхерт И. П.
ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО ОТВЕТА ПРИ СОЧЕТАННОМ ТЕЧЕНИИ ХОЗЛ И
ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ КУРСА ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ
ХИМИОТЕРАПИИ

*Крымский республиканский научно-исследовательский институт физических методов лечения
и медицинской климатологии им. И. М. Сеченова*

Клинические наблюдения за больными хроническим obstructивным заболеванием легких (ХОЗЛ) нередко указывают на наличие отчетливой связи быстро прогрессирующего течения с перенесенным туберкулезом (ТВС) легких — клинического маркера резкого снижения эффективности функционирования многочисленных защитных систем органов дыхания (Brazil A. Z. и соавт., 2005). Установлено также, что ХОЗЛ и ТВС легких имеют такие особенности иммуновоспалительного патогенеза, как дисбаланс системы факторов роста, — весомый фактор прогрессирования фиброобразования и деформации воздухоносных путей при ХОЗЛ (Fortes A. и соавт. 2005).

Основной целью исследования явилось научное обоснование целесообразности коррекции дисбаланса факторов роста в комплексном лечении ХОЗЛ у лиц, перенесших ТВС легких. В настоящей работе у больных ХОЗЛ, госпитализированных по поводу ТВС легких, после завершения курса противотуберкулезной химиотерапии исследована цитокин-продуцирующая функция клеток бронхиального эпителия.

Обследовано 45 больных, разделенных на две группы. В 1-ю группу вошли 26 больных, завершивших курс противотуберкулезной химиотерапии по поводу различных форм ТВС легких. 2-ю группу составили 19 больных различными формами ТВС легких, развившимися у больных ХОЗЛ и получивших полный курс противотуберкулезной химиотерапии. Контролем служили 16 здоровых донора. Концентрацию цитокинов в культуральной среде культуры клеток (Лурия Е.А., 1972) эпителия бронхов определяли иммуноферментным методом с использованием коммерческих наборов (ООО "Цитокины" IL-1 β , протеиновый контур — TNF- α , IL-4). Содержание в сыворотке крови активной формы TGF- β 1 определяли методом иммуноферментного анализа с использованием тест-системы "TGF β 1 E_{max}[®] ImmunoAssay System" (Promega, США).

Нами установлено что уровень активной формы TGF- β 1 и IL-4 в супернатанте культуры клеток бронхиального эпителия у больных 2-й группы после завершения курса противотуберкулезной химиотерапии соответственно в 2,6 раза ($p < 0,001$) и 1,5 раза ($p < 0,001$) выше, чем у больных 1-й группы, а уровни TNF- α и IL-1 β соответственно в 1,6 ($p < 0,001$) и в 2,8 раза ($p < 0,001$) ниже.

Для идентификации типа иммунного дисбаланса у больных 1-й и 2-й групп нами дополнительно изучено содержание основных иммунорегуляторных субпопуляций лимфоцитов в системном кровотоке и установлено, что у больных ТВС легких после завершения курса противотуберкулезной антибиотикотерапии и клинико-рентгенологическими признаками успешности проведенного лечения содержание CD4⁺-лимфоцитов не выходит за пределы диапазона их физиологического содержания, а у больных 2-й группы — снижено на 25,3 % (p и $p_1 < 0,001$); существенной динамики содержания CD8⁺-лимфоцитов у больных 1-й и 2-й групп не выявлено. Таким образом, достоверно сниженный системный уровень TNF- α в сочетании с повышенным уровнем IL-4 и сниженным содержанием CD4⁺-лимфоцитов свидетельствует, что у больных ХОЗЛ после завершения курса противотуберкулезной химиотерапии формируется особая Th2-ассоциированная форма иммунного дисбаланса, характерная, по данным научной литературы, для мультипрепарат-резистентных форм ТВС легких. Наличие ХОЗЛ у больных ТВС легких после завершения курса противотуберкулезной химиотерапии формирует условия повышенного риска развития и прогрессирования фиброза легких за счет повышенного уровня фактора роста TGF- β 1. С другой стороны, повышенный уровень TGF- β 1 формирует у больных ХОЗЛ благоприятный эндогенный фон для рецидивирования ТВС.

P

Речкіна О. О.
ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ДІТЕЙ
ТА ПІДЛІТКІВ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

ДУ "Національний інститут фізичної та пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України"

Актуальність вивчення проблеми виникнення туберкульозу у дітей пояснюється високим рівнем захворюваності на туберкульоз, який зберігається серед дитячого та підліткового населення. Опублікована статистика свідчить, що в Україні за 1995-2006 роки рівень захворюваності всіма формами туберкульозу серед дітей віком до 14 років збільшився з 7,1 до 9,6 на 100 тис. дитячого населення, тобто у 1,4 рази або на 35,2 %. При цьому розвиток локального туберкульозу у зазначеного контингенту обумовлюється не тільки дією туберкульозної інфекції, що проникла в організм, а й комплексом факторів, що сприяють виникненню хвороби.

Був проведений аналіз 85 історій хвороби дітей та підлітків (в віці до 18 років), хворих на активний вперше діагностований туберкульоз. Погіршився соціальний статус захворілих дітей: біля 30,0 % — із соціальних груп ризику, 29,4 % дітей — із малозабезпечених сімей, 18,8 % — із сімей соціально дезадаптованих. У багатьох хворих на туберкульоз дітей та підлітків в анамнезі були часті простудні захворювання органів дихання. У

37,6 % хворих дітей були відсутні відомості про туберкулінової проби. У 22,4 % дітей туберкулінодіагностика проводилася не регулярно. У 30,6 % хворих були відсутні поствакцинальні знаки, 7,0 % — не вакциновані БЦЖ. Первинне туберкульозне інфікування визначалося у 22,7 % дітей, гіперергія — у 32,9 %, інфікування та наростання туберкулінової чутливості — у 44,7 % захворілих на туберкульоз.

Важливим фактором, що приводить до захворювання, особливо у дітей та підлітків, є контакт з хворим на туберкульоз. Характер контакту був різним: від періодичного (із джерелом інфекції за межами проживання: під час навчання, спілкування із знайомими або сусідами) до постійного (перебування в тісному сімейному контакті з хворими на туберкульоз родичами). Джерелом зараження частіше був батько. Постійний контакт із бактеріовидільвачем мав місце у 28 осіб, із них "подвійний" — у 9. Узагальнюючи отримані дані, слід зазначити, що захворювання розвивалося в основному тоді, коли порушувалися регламентовані у наказах та методичних документах рекомендації по про-

веденню профілактичних заходів у вогнищах туберкульозної інфекції та ранньому виявленню туберкульозу у дітей. Протитуберкульозні диспансери приділяли недостатньо уваги обстеженню контактних осіб, а в поліклініках анамнестичні дані при постановці діагнозу не враховувалися. Хіміопротифілактику не проводили у 55,2 % дітей. Відсутність чітко налагодженого обліку туберкулінової чутливості в динаміці утруднило своєчасну діагностику віражу та проведення хіміопротифілактики у найбільш раціональні терміни, що призвело до розвитку локального туберкульозного процесу у частини хворих. Більш третини дітей направлялися педіатрами в протитуберкульозний диспансер несвоєчасно, з давниною первинного інфікування більше 2–3

років. Підозра на туберкульоз виникала в більшості випадків внаслідок неефективності проведеної протизапальної терапії, при цьому не проводилося цілеспрямоване обстеження: туберкулінодіагностика, рентгенологічне обстеження, дослідження мокроти на МБТ, консультація фтизіатра та інше. Отже, з метою поліпшення раннього виявлення туберкульозу у дітей та підлітків необхідно підвищувати кваліфікацію педіатрів та фтизіопедіатрів та їх відповідальність за своєчасне формування й обстеження груп з підвищеним ризиком захворювання на туберкульоз та проведення повного комплексу профілактичних заходів в цих групах.

Робота виконана за кошти держбюджету.

Речкіна О. О.

ХАРАКТЕРИСТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ В ІСНУЮЧІЙ ЕПІДЕМІЧНІЙ ОБСТАНОВЦІ

ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України"

Аналіз захворюваності на туберкульоз легень (ТЛ) у дітей та підлітків у період 1983–1992 рр. (1-й період), який характеризувався стабільною епідемічною ситуацією з туберкульозу і тенденцією до її поліпшення у порівнянні з 1995–2006 рр. (2-й період), якому притаманне погіршення епідемічних показників з туберкульозу та розвиток епідемії туберкульозу, виявив наступні тенденції. В середньому питома вага ТЛ за 1-й період складала 16,9 %, а за другий — 23,1 %. 2-й період характеризується більш значимими темпами зростання кількості хворих на ТЛ, відбулося збільшення показника у 2,5 рази.

Структура захворюваності підлітків значно відрізняється від дітей та наближається до дорослих: на активні форми ТЛ: у 2004 р. припадало 82 % хворих, а у 2006 р. — 80,3 %. Аналізуючи структуру ТЛ у дітей за 1983–1992 рр., виявлено, що за цей період кількість вогнищового туберкульозу зменшилася з 38 % до 12,3 %, інфільтративного — з 25 % до 18 %, дисемінованого — з 29,4 % до 16 %, що відповідно супроводжувалося збільшенням кількості хворих із первинним туберкульозним комплексом (28,1–29,1 %) та туберкульозом внутрішньогрудних лімфатичних вузлів. В умовах епідемії туберкульозу вогнищевий туберкульоз має тенденцію до збільшення та на його частку припадає 16,7–20,4 %, на інфільтративний — 26,4–28,9 %, але у 2001 р. його рівень навіть дорівнював 36,1 %, тобто більш третини дітей мали інфільтративний туберкульоз, тоді як в період стабільної ситуації з туберкульозу таких хворих було лише 5 частина. Починаючи з 1983 р., коли рівень дисемінованого туберкульозу у дітей становив 29,4 %, протягом подальших років спостерігалася тенденція до збільшення його кількості до 30,6 % у 1985 р. Але тільки за один наступний рік цей показник різко зменшився (майже в 2 рази), й рівень хворих з цієї формою дорівнював 16 % у 1986 р. В подальшому відбувалося незначне коливання показника й у 1993 р. він досягнув 18 %. У 2-й

період спостерігається щорічне зменшення кількості хворих з дисемінованим туберкульозом з 23,6 % у 1995 р. до 4,4 % у 2000 р., але в подальшому спостерігається достовірне зростання показника, який у 2003 р. досяг 13,8 %.

Вивчення динаміки захворюваності на деструктивні форми туберкульозу (ДФТ) серед дітей, показало, що в 1-й період рівень ДФТ серед дітей залишався майже на одному рівні та складав лише 2,7–3,1 % від загальної кількості хворих на туберкульоз органів дихання. За 1995–2003 рр. спостерігається щорічне поступове збільшення кількості дітей, що мали фазу розпаду (3,2 % проти 5,7 %), а за 2004–2006 рр. спостерігається зростання показника з 8,4 % до 16 % у відповідні роки, тобто темп зростання показника — 90,5 %. Захворюваність на ДФТ серед підлітків за 2004–2006 рр. складає 36,4–30,8 %. Захворюваність на бактеріальні форми туберкульозу (БФТ) за 1-й період була неоднаковою та зазнавала хвилеподібних змін, але в цілому показник складав лише 3,5–4,6 %. У 2-й період з показником БФТ відбувалися неоднозначні зміни: він дещо збільшувався й у 1998 р. дорівнював 8,1 %, далі зменшувався до 3,2 % у 2001 р. й знов зростав до 8,3 % у 2003 р., але за 2004–2006 рр. його рівень досяг 11,7 %. Тільки за 2006 рік темп зростання рівня захворюваності на бактеріальні форми туберкульозу серед дітей склав 12,5 %. Серед підлітків кількість випадків бактеріального туберкульозу із вперше виявленим туберкульозом становить 28,4 % у 2004 р. та 25 % у 2006 р.

Таким чином, однією із особливостей сучасного туберкульозу у дітей та підлітків є зростання кількості занедбаних форм серед вперше виявлених хворих, деструктивні процеси, збільшення хворих із бактеріовиділенням, а це в свою чергу призводить до зниження якості лікування.

Робота виконана за кошти держбюджету.

Родіонова В. В., Лисенко Антон О., Лисенко Андрій О.

КОРЕКЦІЯ ДОБОВОГО ПРОФІЛЮ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ З СУПУТНЬОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ НА ФОНІ ВИКОРИСТАННЯ ЛОЗАРТАНУ КАЛІЮ

*Дніпропетровська державна медична академія
Черкаський обласний кардіологічний диспансер*

Мета: Визначити ефективність впливу антагоністу ангіотензину II — лозартану калію на профіль артеріального тиску (АТ) у хворих на ХОЗЛ II та III стадії з супутньою АГ.

Матеріали та методи: Досліджено 30 хворих на ХОЗЛ II та III стадії з супутньою АГ II стадії 1 та 2 ступеню (середній вік $50,25 \pm 1,14$ років) в комплексне лікування яких включено ло-

зартан калію в добовій дозі 50–100 мг (середньодобова доза препарату склала $85,5 \pm 5,50$ мг), з метою досягнення цільового артеріального тиску нижче 140/90 мм рт. ст. Через 4 тижні спостереження при недосягненні цільових рівнів АТ хворим додавали до лікування гіпотіазид в добовій дозі 12,5 мг. Термін спостереження склав 12 тижнів. Всім хворим проводили добовий моніторинг артеріального тиску (АТ) проводили на апаратах АВРМ-04 ("Meditech", Угорщина). Вимірювання проводили кожні 15 хвилин в період денної активності та кожні 30 хвилин під час нічного сну. Аналізували: 1) середні показники систолічного (САТ), діастолічного (ДАТ), пульсового (ПАТ) і частоти серцевих скорочень (ЧСС) на протязі доби, активного (дня) та пасивного (ночі) періодів; 2) Добовий індекс (ДІ), ступінь добового пониження АТ розрахованого в відсотках; 3) Середньоденну та середньнонічну варіабельність систолічного (ВАР САТ), діастолічного (ВАР ДАТ) артеріального тиску; 4) "Навантаження тиском" оцінювали за результатами вимірювання індексу часу (ІЧГ) та індексу площі (ІПГ) гіпертензії.

Результати: У хворих на фоні застосування лозартану калію у використаних дозах наприкінці спостереження було досягнуто цільових цифр "офісного" артеріального тиску у всіх досліджених хворих, серед яких у 24 (80%) пацієнтів нормальних показників "офісного" АТ було досягнуто за допомогою застосування лозартану калію, САТ наприкінці спостереження знизився на 9,7 % ($p < 0,05$), ДАТ знизився на 7,3 % ($p < 0,05$). Відповідно до отриманих даних у хворих на ХОЗЛ з супутньою артеріальною гіпертензією на фоні лікування лозартаном наприкінці спостереження зафіксовано достовірне зниження всіх середніх показників як САТ, так і ДАТ, причому показники діастолічного артеріального тиску досягли рівня показників групи контролю в усі періоди доби. Рівень показників пульсового артеріального тиску наприкінці спостереження був достовірно

нижче ніж на початку застосування лозартану калію і досяг верхньої межі загальноприйнятої норми, причому ПАТ доби та ПАТ ночі були співставними з аналогічними показниками групи контролю. Так на фоні лікування ПАТ доби знизився на 13,4 % ($p < 0,05$), ПАТ дня на 18,5 % ($p < 0,05$) та ПАТ ночі на 14,4 % ($p < 0,05$). Динаміка добового індексу у хворих на ХОЗЛ з супутньою АГ на фоні застосованої терапії спостерігається достовірне зростання показників ДІ САТ на 99,8 % ($p < 0,01$) та ДАТ на 48,4 % ($p < 0,05$). Показники варіабельності АТ на протязі дня як для САТ, так і для ДАТ виявилися достовірно нижчими наприкінці спостереження на фоні застосування лозартану калію у хворих з супутньою АГ, показники варіабельності на протязі ночі виявили тенденцію до зниження. Відповідно до отриманих даних показники ВАР САТ та ДАТ дня достовірно нижчими на 15,9 % ($p < 0,05$) та 12,8 % ($p < 0,05$) відповідно, показники ВАР САТ та ДАТ ночі виявилися співставними з показниками групи відносно здорових осіб. Показники ІЧГ САТ доби, дня і ночі та ІЧГ ДАТ доби і дня мали достовірне зниження в порівнянні з початком спостереження на 46,9 % ($p < 0,01$), 57,7 % ($p < 0,01$), 44,6 % ($p < 0,01$) та 35,3 % ($p < 0,05$), 38,9 % ($p < 0,05$), зареєстровано достовірне зниження ІПГ САТ доби на 39,5 % ($p < 0,05$), ІПГ ДАТ виявив тенденцію до зниження.

Висновки: отримані результати динаміки показників добового профілю АТ у хворих на ХОЗЛ з супутньою АГ на фоні лікування лозартаном продемонстрували покращення середніх показників тиску як для САТ, так і для ДАТ, покращення показників добового ритму, які досягли рівнів нормальних значень, покращення показників короткострокової варіабельності АТ в різні періоди доби та зменшення індексів часу та площі гіпертензії, що засвідчує ефективність препарату з групи антагоністів ангіотензину II лозартану використаних з метою корекції порушення профілю АТ у хворих на ХОЗЛ з супутньою АГ.

Родіонова В. В., Лисенко Антон О., Лисенко Андрій О.

ОСОБЛИВОСТІ ДОБОВОГО ПРОФІЛЮ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ З СУПУТНЬОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

*Дніпропетровська державна медична академія
Черкаський обласний кардіологічний диспансер*

Мета: Оцінити профіль артеріального тиску у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) II та III стадії з супутньою артеріальною гіпертензією.

Матеріали та методи: Досліджено 96 чоловіків хворих на ХОЗЛ II та III стадії в фазу ремісії хвороби (середній вік склав $51,28 \pm 1,07$ років). Серед досліджених пацієнтів у 60 (62,5 %) мало місце ХОЗЛ II стадії та 36 (37,5 %) хворих ХОЗЛ III стадії. Серед обстежених хворих у 45 (46,9 %) чоловіків була діагностована артеріальна гіпертензія II стадії (есенціальна артеріальна гіпертензія 1 та 2 ступеню) (середній рівень "офісного" САТ $152,22 \pm 2,17$ мм рт.ст., ДАТ $91,67 \pm 1,60$ мм рт.ст.), 51 (53,1 %) хворого були нормальні цифри "офісного" артеріального тиску (середній рівень "офісного" САТ $135,02 \pm 1,13$, ДАТ $82,73 \pm 0,61$). Всім хворим проводили добовий моніторинг артеріального тиску (АТ) проводили на апаратах АВРМ — 04 ("Meditech", Угорщина). Вимірювання проводили кожні 15 хвилин в період денної активності та кожні 30 хвилин під час нічного сну. Аналізували: 1) середні показники систолічного (САТ), діастолічного (ДАТ), пульсового (ПАТ) і частоти серцевих скорочень (ЧСС) на протязі доби, активного (дня) та пасивного (ночі) періодів; 2) Добовий індекс (ДІ), ступінь добового пониження АТ розрахованого в відсотках; 3) Середньоденну та середньнонічну варіабельність систолічного (ВАР САТ), діастолічного (ВАР ДАТ) артеріального тиску; 4) "Навантаження тиском" оцінювали за результатами вимірювання індексу часу (ІЧГ) та індексу площі (ІПГ) гіпертензії. Групу порівняння склали 20 відносно здорових осіб співставних за віком.

Результати: Відповідно до отриманих результатів у хворих на ХОЗЛ з супутньою АГ зафіксоване достовірне перевищення середніх показників САТ та ДАТ в різні періоди доби в порівнянні з хворими на ХОЗЛ з нормальними цифрами АТ. У хворих на ХОЗЛ з нормальними цифрами "офісного" АТ тільки показники САТ доби та САТ ночі достовірно перевищували аналогічні показники групи відносно здорових осіб, решта показників були співставними з показниками групи контролю. Аналіз показників пульсового АТ в групі з супутньою АГ і в групі з нормальними цифрами АТ виявив достовірне перевищення всіх значень аналогічних показників групи контролю. Причому у хворих з АГ показник ПАТ доби був вищим від показника групи з нормальними цифрами АТ на 9,3 %, ПАТ дня на 9,1 %. ПАТ ночі не досяг достовірної різниці, але виявив тенденцію до зростання в порівнянні з хворими без супутньої АГ. Дослідження добової варіабельності АТ виявило порушення ДІ у 73,4 % хворих з супутньою АГ, та у 61,9 % нормотонічних хворих. Аналіз розподілення хворих в залежності від добового ритму АТ виявив, серед досліджених хворих з нормальними цифрами "офісного" АТ у 16 пацієнтів (38,1 %) визначався достатній рівень нічного пониження АТ (нормальний тип добової кривої АТ — *dippers*), у 24 (57,1 %) пацієнтів був визначений недостатній ступінь пониження АТ — *non-dippers* та у 2 (4,8 %) зафіксовано надмірне пониження АТ в нічні години — *over-dippers*. У хворих на ХОЗЛ з супутньою АГ у 7 (15,6 %) пацієнтів зафіксовано нічне підвищення АТ (тип кривої *night-peakers*), та у 26 (57,8 %) хворих був визначений недостатній ступінь пониження АТ — *non-dippers* і тільки у 12 (26,2 %) хворих

пацієнтів ступінь нічного пониження АТ знаходився в межах нормальних значень. Всі показники варіабельності АТ в різні періоди доби в групі хворих з супутньою АГ були достовірно вищими в порівнянні з групою контролю за виключенням ВАР САТ ночі, тоді як достовірна різниця між дослідженими групами хворих виявлена тільки для ВАР ДАТ дня. Показники ІЧГ та ІПГ виявилися достовірно вищими в групі хворих з супутньою АГ, причому у нормотонічних хворих також зафіксовано зростання навантаження тиском на серце в порівнянні з відносно здоровими особами.

Висновки: Відповідно до отриманих даних у хворих на ХОЗЛ навіть з нормальними цифрами "офісного" артеріального тиску зафіксовано схильність до зростання середніх показ-

ників добового профілю артеріального тиску визначених доготривалим вимірюванням АТ. У хворих на ХОЗЛ з супутньою АГ виявлене переважання добових кривих non-dippers і night-reakers, тоді як у нормотонічних хворих виявлено порушення за типом non-dippers. У хворих на ХОЗЛ спостерігається зростання короткострокової варіабельності АТ як з супутньою АГ, так і у нормотонічних хворих. Зростання "навантаження тиском" на серце спостерігається у хворих на ХОЗЛ навіть з нормальними цифрами "офісного" АТ. Поєднання АГ і ХОЗЛ підвищує ризик органних уражень, погіршує прогноз і вимагає оптимізувати стратегію курації хворих з такою поєднаною патологією з обов'язковим включенням добового моніторингу АТ в програму дослідження.

Рубцов Р. В., Ковальчук Т. А.
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ
ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ
У РАБОЧИХ ГОРНОРУДНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Украинский НИИ промышленной медицины, г. Кривой Рог

Многообразие клинических проявлений хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ) профессиональной этиологии, возникающего вследствие многолетнего воздействия на слизистую оболочку бронхов кварцосодержащих аэрозолей железной руды, ставит на повестку дня решение новых аспектов в изучении этого заболевания. При длительном диффузном неаллергическом воспалении слизистой бронхов возникающие процессы инфильтрации его стенок субстратами аллергического воспаления (эозинофилы, тучные клетки, Т-лимфоциты и др.) приводят к существенному изменению клинической картины заболевания — появлению симптомов характерных для бронхиальной астмы (БА),

Оценка характера течения БА в сочетании с ХОЗЛ профессиональной этиологии у рабочих горнорудной промышленности, показала, что длительность ХОЗЛ до появления приступов удушья составляла $7,9 \pm 0,9$ года, возраст больных на момент появления симптоматики характерных для БА — $48,6 \pm 1,5$ года, стаж работы в условиях горнорудного производства $20,5 \pm 1,2$ года. Физическое развитие большинства горнорабочих считалось удовлетворительным (более 2/3 обследованных), хорошим и неудовлетворительным — по 11,4 %. Сопутствующая патология ЛОР-органов была выявлена у 25,5 % горнорабочих, в большинстве случаев в виде хронического субатрофического ринита, в единичных случаях — хронического синусита. Обострения БА, в сочетании с ХОЗЛ профессиональной этиологии у 65,7 % больных регистрировались круглый год, преимущественно осенью — у 1/3 обследованных и у немногим более чем 1/5 — в весеннее время.

Анализ клинической симптоматики и особенностей течения БА, показал, что это заболевание у большинства горнорабочих дебютировало симптоматикой характерной для персистирующей тяжелой формы заболевания, у 1/5 — средней степени тяжести и в единичных случаях, как персистирующая легкая форма болезни. Триггерами обострения БА в большинстве случаев

была физическая нагрузка, раздражители внешней среды, производственные поллютанты (в случаях невозможности рационального трудоустройства), а также аллергены внешней среды, что указывает на значительную роль так называемых производственно-экологических факторов в возникновении и развитии БА у этой категории больных. Клинические проявления БА у всех горнорабочих проявлялись классическими симптомами болезни, возникающими на фоне ХОЗЛ профессиональной этиологии. Значительной была частота приступов удушья (в течение суток и в ночное время), степень тяжести удушья у 2/3 больных была тяжелой и у 1/3 средней степени тяжести. Длительность обострения БА превышала 3 недели, длительность ремиссии продолжалась не более 35 дней, у большинства из них (2/3 пациентов) была неудовлетворительной.

Характер нарушений функции внешнего дыхания (ФВД) показал, что возникшая на фоне выраженных обструктивных нарушений, БА привела к еще большему ухудшению функционального состояния легких. При сравнении с группой горнорабочих с ХОЗЛ без сопутствующей БА выявлено значительно более выраженное снижение показателей, характеризующих бронхиальную проходимость (ОФВ₁, ПОС, МОС_{25-75%}), при одномоментности более высокой суточной вариабельности ОФВ₁.

Таким образом, БА в сочетании с ХОЗЛ профессиональной этиологии у рабочих горнорудной промышленности, значительно ухудшая течение основного заболевания, проявляется, как правило, симптоматикой тяжелой или средней степени тяжести заболевания, частыми обострениями, ежедневными приступами удушья, длительными сроками лечения и незначительным периодом ремиссии, которая в большинстве случаев имеет неудовлетворительное качество. Имея более выраженные, в сравнении с ХОЗЛ обструктивные нарушения ФВД с явлениями генерализованной обструкции бронхов, данное заболевание, тем не менее, характеризуется значительной суточной вариабельностью ОФВ₁.

Савельєва Л. А. ПНЕВМОЦИСТОЗ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ТА ХВОРИХ НА СНІД

Медичний інститут УАНМ, м. Київ

Актуальність теми. Пневмоцистоз — протозойне захворювання, обумовлене *Pneumocystis carinii*, яке являється одною із самих частих причин розвитку пневмонії в осіб зі зниженим імунітетом. *Pneumocystis carinii* — позаклітинний умовно патогенний збудник, який локалізується в легеневій тканині на альвеолоцитах першого та другого порядку. Пневмоцистоз — опортуністична інвазія. У людей з нормальною функцією імунної системи, пневмоцисти не викликають патології. При дефекті клітинного імунітету та зниженні функціональної активності альвеолярних макрофагів, збудник активно розмножується. У пацієнтів з імунodefіцитом інфікування *P. carinii* супроводжується персистенцією збудника. Серед хворих на ВІЛ/СНІД пневмоцистоз являється однією із самих частих опортуністичних інфекцій (більше 80 %) і без відсутності лікування має тяжкий перебіг і високу летальність (до 60–100 %).

Метою роботи було вивчити інфікованість пневмоцистами у пацієнтів з ВІЛ/СНІДом.

Матеріали і методи дослідження: проаналізовано 50 медичних карт хворих на ВІЛ/СНІД; використані епідеміологічні,

мікробіологічні, імунологічні, статистичні дані.

Результати дослідження. В результаті вивчення медичних карт хворих на ВІЛ-інфекцію нами виявлений пневмоцистоз в 18 (72 %) хворих із 25 у яких досліджувалось харкотиння на пневмоцисту. Серед 25 ВІЛ-інфікованих пневмоциста виявлена у 12 (48 %) осіб, що в 1,5 рази рідше в порівнянні з хворими на СНІД. Серед 50 хворих, найбільш активним джерелом пневмоциста являються споживачі ін'єкційних наркотиків на клінічній стадії ВІЛ-персистуюча генералізована лімфаденопатія, що становить 70 %. Серед хворих зі статевим шляхом передачі ВІЛ найбільшу небезпеку як джерело пневмоцистозу мають пацієнти на стадії СНІДу 60 %.

Висновки. Пневмоцисти широко розповсюджені серед ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, та не залежать від шляху зараження ВІЛ-інфекцією. Погіршення стану клітинного імунітету веде до зростання інфікованості пневмоцистами в осіб з СНІДом. Рання етіологічна діагностика має велике значення для своєчасного виявлення і відповідного лікування у хворих на пневмоцистоз.

Ю.Ф. Савенков,¹ О.В. Хмель² ЗАСТОСУВАННЯ ХІРУРГІЧНОГО ЕТАПУ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА СУЧАСНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

¹ ДОККЛПО "Фтизіатрія" м. Дніпропетровськ

² ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України"

Необхідність та доцільність застосування хірургічних втручань при лікуванні хворих на туберкульоз легень спираються на декілька фундаментальних положень.

1. Головним регламентуючим пунктом до використання хірургічних засобів є незворотність патоморфологічних змін у легень, які утворилися внаслідок туберкульозного процесу та його лікування. Це — морфологічні казеозно-деструктивні зміни, виявлені в легенях при комплексному клініко-інструментальному обстеженні, що включають конгломерати казеозно-некротичних вогнищ, туберкуломи та каверни/деструкції. Наявність цих патоморфологічних субстратів викликає сумніви щодо можливості вилікування тільки застосуванням антибактеріальної терапії. Хворі з такою патологією повинні бути негайно консультовані фтизіохірургом або госпіталізовані у фтизіоторакальне відділення.

2. Одним з ключових моментів у прийнятті рішення про застосування хірургічних методів лікування хворих на туберкульоз легень є наявність хіміорезистентності мікобактерій туберкульозу. Встановлення первинної або вторинної полі- або мультихіміорезистентності є додатковим аргументом до застосування хірургічного лікування. Це обумовлено тим, що можливості консервативного лікування хворих з резистентністю HRES вкрай обмежені і не перевищують 40 %. При медикаментозній резистентності до 4–6 препаратів режим лікування фактично складається з 1–3 препаратів, що обумовлює низьку ефективність лікування. Наш досвід хірургічного лікування 200 хворих з поліхіміорезистентним туберкульозом дозволив досягти 88,5 % вилікування. Проте термін основного курсу антибактеріальної терапії у таких хворих необхідно продовжувати до 8 — 10 місяців.

3. Хірургічне втручання повинно застосовуватись своєчасно, як плановий етап комплексного лікування хворих. На нашу

думку, оптимальними термінами проведення курсу антибактеріальної терапії для хворих 1-ї категорії є 6 місяців, 2-ї категорії — 8 місяців і 3-ї категорії — 4 місяці. У хворих з вперше виявленим фіброзно-кавернозним туберкульозом легень антибактеріальна терапія розглядається лише як заходи до стабілізації загального процесу, що у більшості випадків досягається за 3–4 місяці інтенсивної поліхіміотерапії.

Після 6–7 місяців інтенсивного лікування хворих з ВДТБ необхідно оцінити динаміку процесу та прогноз лікування. За відсутності позитивної рентгенологічної динаміки необхідно вирішувати питання щодо застосування хірургічного етапу. У цьому контексті хірургічне лікування слід розглядати як основний засіб прискореного вилікування хворих з ВДТБ, тим більше, у поєднанні з хіміорезистентністю.

4. Хірургічне втручання у хворих на туберкульоз вигідно застосовувати при припиненні бактеріовиділення та клінічної стабілізації процесу. Досягати цього дозволяє проведення спеціальної передопераційної підготовки, яку доцільно виконувати в умовах фтизіоторакального відділення за участю фтизіохірурга та анестезіолога. Основу такої інтенсивної терапії повинна скласти внутрішньовенна поліхіміотерапія із застосуванням не менш 3 протитуберкульозних препаратів у розчинній формі. Останнім часом нами застосовується також у якості передопераційної підготовки парастернальна відеоторакоскопічна френікотрипсія та ретростернальна лімфотропна хіміотерапія.

Підвищення ефективності хірургічного лікування хворих на туберкульоз легень ми бачимо у застосуванні не тільки рутинних резекційних методик, а у поєднанні їх з симультанними втручаннями такими, як інтраопераційна плевропластика, що дозволяє корегувати об'єм оперованого гемітораку більш ефективно, ніж за допомогою інтраопераційної торакопластики.

Таким чином, резервом підвищення ефективності лікування хворих на сучасний туберкульоз є хірургічні втручання, які дозволяють досягнути клініко-рентгенологічного та бактеріологічного вилікування. Наріжним каменем успішного зас-

тосування хірургічних втручань є чітка організація роботи всієї протитуберкульозної служби, взаєморозуміння адміністрації та клініцистів.

**Савченко В. М., Ковальчук С. И., Ковганко А. А., Юсупалиева М. М.,
Яковлев А. П., Пьянков А. Ф., Лаврентьев Ю. А.
ОСОБЕННОСТИ ВЕНТИЛЯТОРНОЙ РЕАКЦИИ НА ГИПЕРКАПНИЧЕСКИЙ СТИМУЛ
У БОЛЬНЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ**

*Крымский республиканский НИИ физических методов лечения и медицинской климатологии им. И. М. Сеченова, г. Ялта
Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского, г. Симферополь*

С целью изучения вентиляторной чувствительности к гиперкапническому стимулу обследовано 177 человек, в числе которых было 87 мужчин (49,15 %) и 90 — женщин (50,85 %). Средний возраст составлял $47,0 \pm 1,10$ лет. Обследованы 42 практически здоровых человека (контрольная группа), 46 больных с бронхиальной астмой (БА) персистирующего течения легкой степени тяжести и 89 пациентов с хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ) 1 и 2 степени тяжести.

Изучали прирост минутного объема дыхания (МОД) при постепенном увеличении концентрации углекислого газа (CO_2) во вдыхаемом воздухе в процессе возвратного дыхания. Исследование проводили с помощью диагностического комплекса, состоящего из спирографа с отключенным поглотителем CO_2 , газоанализатора и двухкоординатного регистрирующего устройства. Для оценки уровня вентиляторной чувствительности рассчитывали процентный прирост величины МОД (ПП) при изменении концентрации CO_2 во вдыхаемом воздухе на один процент.

Как показали ранее проведенные нами наблюдения, прирост МОД во время возвратного дыхания носит нелинейный характер и в компенсируемом диапазоне нагрузки (до 5–6 % CO_2) находится в экспоненциальной зависимости от концентрации CO_2 во вдыхаемом воздухе. Расчет показателя проводили по формуле:

$$\text{ПП} = (e^k - 1) \cdot 100\%,$$

где:

e — основание натурального логарифма

k — константа экспоненциальной линии тренда, проведенной через эмпирические точки значений МОД

Анализ полученных данных выявил достоверно более высокое ($p < 0,05$) значение ПП у больных ХОЗЛ ($64,25 \pm 1,20 \%^{-1}$), по сравнению с контрольной группой ($53,85 \pm 2,03 \%^{-1}$) и группой больных БА ($49,96 \pm 1,04 \%^{-1}$).

Выявленную повышенную вентиляторную чувствительность у обследованных больных ХОЗЛ можно рассматривать как адаптивный механизм, компенсирующий газообменную функцию в начальной стадии легочной недостаточности. Полученные результаты могут служить объяснением того факта, что у больных ХОЗЛ даже небольшие физические нагрузки вызывают неадекватно повышенную одышку.

Показатель ПП в группе больных БА ($49,96 \pm 1,04 \%^{-1}$) существенно не отличался от такового в контроле ($P > 0,05$). Можно предполагать, что у обследованных больных БА с легкой степенью тяжести течения еще не формируется дыхательная недостаточность и не возникает необходимость в коррекции дыхания, обеспечивающей адекватный газообмен в условиях функционального напряжения.

**Садомова Г. В.
ЛАТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ У ВАГІТНИХ ЖІНОК ТА ШЛЯХИ ЙОГО ВИЯВЛЕННЯ**

Медичний інститут УАНМ, м. Київ

Інфікованість мікобактеріями туберкульозу (МБТ) (латентний туберкульоз) в Україні вивчається досить інтенсивно, але що стосується вагітних жінок, то такі дані поодинокі.

Мета роботи. Вивчити розповсюдженість латентного туберкульозу серед вагітних жінок та оцінити чутливість та специфічність імунохроматографічного серологічного тесту.

Матеріали та методи дослідження. На кафедрі інфекційних захворювань, фтизіатрії і пульмонології медичного інституту УАНМ (зав. каф. проф. Мельник В.П.) інфікованість МБТ та ефективність щеплення вакциною ВСГ вивчається протягом 12 останніх років. Обстежено понад 3500 людей репродуктивного віку, в тому числі 1620 жінок, із них 200 — вагітних жінок.

Для визначення латентного туберкульозу використовувалась туберкулінова проба Манту з 2 ТО, а у 200 вагітних жінок та 250 жінок репродуктивного віку паралельно проводився імунохроматографічний серологічний "Hexagon test".

Результати дослідження.

Латентний туберкульоз виявлений у 72% чоловіків, у 63,2% жінок репродуктивного віку та у 54% вагітних жінок.

Частота латентного туберкульозу зростала з віком (від 40% до 83%) не залежно від статі, але в віці до 18 років у жінок, в тому числі і у вагітних жінок, латентний туберкульоз мав місце в 1,5 раз рідше від чоловіків і пов'язували ми це переважно з палінням тютюну, адже юнаки в 2,2 рази частіше палили тютюн на відміну від дівчат.

Після 20 років життя суттєвої різниці в інфікуванні МБТ в залежності від статі нами не виявлено.

Окремо зупинимося на частоті латентного туберкульозу серед вагітних жінок. Із обстежених 200 вагітних жінок позитивний туберкуліновий тест, обумовлений латентним туберкульозом, мав місце у 108 (54%), тоді як в США він становить близько 10%. В віці до 20 років латентний туберкульоз зустрічається з однаковою частотою як серед вагітних жінок, так і не вагітних (40 та 45%). Після 20 років частота латентного туберкульозу серед жінок зростає з віком в 1,5–2 рази, тоді як серед вагітних — значно менше (1,2–1,4 рази) і становить в віці 21–30 років 50,5%, а в віці 31–40 років — 62%. Частота паліїв тютюну серед вагітних жінок також зростає з віком в 1,5–2 рази, але за-

лишається майже в 2 рази меншою порівняно з невагітними жінками такого ж віку.

У всіх вагітних жінок поряд з пробою Манту використаний "Hexagon test". Із 92 жінок, що мали негативний туберкуліновий тест — "Hexagon test" позитивний мав місце у 4 (4,4 %), а серед 108 вагітних жінок із позитивним туберкуліновим тестом Манту у 51 (47,2%) "Hexagon test" також був позитивним і у 57 (52,8 %) — негативним. Таким чином можна стверджувати, що "Hexagon test" є високо специфічним (95,6 %), але недостатньо чутливим (47,2 %) і не може замінити пробу Манту для виявлення латентного туберкульозу.

Висновок.

Латентний туберкульоз є широко розповсюдженим серед осіб репродуктивного віку і становить 72 % у чоловіків, 63,2 % — у жінок та 54 % — у вагітних жінок; зростає з віком і пов'язаний з палінням тютюну. Латентний туберкульоз є досить розповсюдженим серед вагітних жінок (від 40 до 70 %) і, особливо, серед паліїв тютюну.

Імунохроматографічний серологічний "Hexagon test" у вагітних жінок є високо специфічним, але недостатньо чутливим і не може замінити пробу Манту з 2 ТО для виявлення латентного туберкульозу.

Сахарчук І. І., Москаленко В. Ф.

ПРЕОДОЛЕНИЕ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПАЛОЧКИ — ЕДИНСТВЕННЫЙ ПУТЬ ЛИКВИДАЦИИ ЭПИДЕМИИ ТУБЕРКУЛЕЗА В УКРАИНЕ

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, г. Киев

В 1995 г. в Украине официально объявлена эпидемия туберкулеза. Биологическая резистентность палочки туберкулеза диктует необходимость одновременного применения 3-х или 4-х туберкулостатических препаратов в течение 3, 6 и, даже, 12 месяцев. Американской компанией "Бавет-Ледерле" в 1989 г. синтезирован комплексный препарат Майрин-П, состоящий из разовых доз этамбутола, рифампицина, изониазида и пиперазида. При раздельном применении этих препаратов не всегда удавалось внушить больным необходимость регулярного использования одновременно 4-х указанных антибиотиков. Все это обусловило необходимость проведения лечения использованием фиксированных комбинаций препаратов (ФПК или DOT — directly observed therapy). Недостаточная эффективность даже такого лечения в значительной мере связана со способностью палочки туберкулеза быстро мутировать, приобретая новый уровень резистентности.

Хорошо известно, что все живые объекты являются генераторами энергий определённого волнового диапазона. Так, Хильда Кларк (1995, США) установила волновые спектры частот различных бактерий и вирусов, что послужило основой для российских учёных в создании лечебно-диагностического аппарата "ДЭТА-Профессионал". По мнению акад. РАМН проф. М. И. Перельмана, использование биорезонансного тестирования (БРТ) позволяет в течение 10–15 минут безошибочно диагностировать туберкулёзную палочку.

На протяжении последних 12-ти лет непеременимым условием проводимого нами комплексного лечения больных с различными заболеваниями была предварительная диагностика методом БРТ всех микроорганизмов и гельминтов, степени их активности и органной локализации. Определялись также характер и глубина морфо-функциональных нарушений в органах и системах, вызванных различными микроорганизмами и паразитами, наряду с учётом выраженности иммунодефицита. Методика БРТ позволяла безошибочно определять онкорезистентность различных органов, степень стрессового и вегетативно-нервно-

го напряжения, электромагнитной нагрузки, а также "зашлакованности" мезенхимальной ткани и всего организма в целом. Вполне естественно, что при этом регистрировалась туберкулёзная инфекция любой, в том числе самой недоступной локализации (надпочечники, яичники, забрюшинные лимфоузлы). Следует подчеркнуть, что метод БРТ даёт возможность определять наличие в организме человека гриба-слизевика ликогала (*Lycogala tridendrum*), постоянными носителями которого является две трети всего населения Украины.

Проведенными нами исследованиями впервые в мировой практике было установлено, что главной причиной резистентности туберкулёзной палочки по отношению к новейшим туберкулостатическим препаратам является её своеобразная "кооперация" с грибом-слизевиком ликогала, а также с аденовирусами 30-го типа. Таким образом, в организме больных туберкулёзом грибов-слизевиков ликогала и указанный тип аденовирусов выступают в роли надёжных "телохранителей" туберкулёзной палочки. В этой связи можно считать единственным рациональным путём борьбы с туберкулёзной инфекцией предварительная нейтрализация гриба-слизевика ликогала и аденовирусов 30-го типа. Исходя из таких принципов лечения больных туберкулёзом, может оказаться излишней чрезмерная туберкулостатическая химиотерапия. Однако устранение туберкулёзной инфекции методом БРТ и гриба-слизевика с сателлитным аденовирусом еще не означает, что лечение больных туберкулёзом на этом завершается. После ликвидации туберкулёзной инфекции требуется целенаправленное проведение лечебно-оздоровительных мероприятий на устранение морфо-функциональных нарушений в различных органах и тканях, вызванных туберкулёзным процессом.

Таким образом, установленная нами истинная причина резистентности туберкулёзной палочки открывает принципиально новые возможности лечения больных туберкулёзом и единственно рациональный путь ликвидации эпидемии этого заболевания в Украине.

Світлична Т. Г. ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА СНІД-АСОЦІЙОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ АНТИМІКОБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ

Медичний інститут Української асоціації народної медицини, м. Київ

Мета роботи. Вивчити основні показники якості життя хворих на СНІД-асоційований туберкульоз в процесі антимікобактеріальної терапії та порівняти якість життя хворих на туберкульоз та туберкульоз в поєднанні зі СНІДом.

Матеріали та методи дослідження. Матеріалом для цієї роботи були медичні карти стаціонарних хворих на туберкульоз в поєднанні зі СНІДом та українська версія опитувальника для оцінки якості життя ВООЗ ЯЖ-100; використовувались клінічні, рентгенологічні, мікробіологічні, імунологічні, математичні, статистичні методи дослідження, анкетування за опитувальником ВООЗ ЯЖ-100.

Результати дослідження. Вивчено якість життя хворих на вперше діагностований туберкульоз легень в поєднанні зі СНІДом в порівнянні з ВІЛ-негативними хворими на туберкульоз. Якість життя вивчали в 2 групах пацієнтів з СНІД-асоційованим туберкульозом — в основній та контрольній. Основну групу склали 60 пацієнтів, в яких застосовувались удосконалені режими хіміотерапії (із включенням рифацину замість рифампіцину, гатифлоксацину замість піразинаміду та використанням похідного фототиділхоліну в якості патогенетичної терапії). І контрольну групу склали 60 хворих на СНІД-асоційований туберкульоз, які отримували стандартні режими антимікобактеріальної хіміотерапії за 1 клінічною категорією. В ІІ контрольну групу включені 60 ВІЛ-негативних хворих на туберкульоз легень, які були відібрані методом підбору пари до пацієнтів з СНІД-асоційованим туберкульозом.

У всіх пацієнтів вивчалися загальна якість життя та окремі сфери життя (фізична, психічна, духовна, рівень незалежності, соціальні стосунки, вплив факторів навколишнього середовища).

У хворих на СНІД-асоційований туберкульоз загальна якість та якість життя в окремих сферах вірогідно знижена у порівнянні з ВІЛ-негативними хворими на туберкульоз за рахунок негативно орієнтованих переживань — болю, дискомфор-

ту, втомлюваності, проблем зі сном, зниження мобільності, залежності від медикаментів та втрати працездатності, відсутності соціальної підтримки та погіршення особистих відносин, труднощів з доступністю медичної допомоги, зниження відчуття безпеки та захищеності, відсутності сил долати труднощі та втрати віри в сенс життя.

Покращання в процесі антимікобактеріальної терапії, яке відзначається в темпах зникнення симптомів захворювання, припинення бактеріовиділення, позитивних рентгенологічних змін позитивно впливає на якість життя хворих на туберкульоз як з ВІЛ-інфекцією, так і ВІЛ-негативних. У хворих на СНІД-асоційований туберкульоз, які лікувались удосконаленими режимами хіміотерапії, відзначався вірогідно більший приріст балів якості життя порівняно з пацієнтами, які отримували стандартне лікування — відповідно ($5,4 \pm 0,1$) проти ($2,3 \pm 0,03$) балів. Вірогідне покращення якості життя у хворих, які лікувались удосконаленими режимами хіміотерапії, відзначається в фізичній, психологічній, духовній сферах та відчутті незалежності.

Висновок. У хворих на СНІД-асоційований туберкульоз загальна якість життя та якість життя в окремих сферах вірогідно знижена у порівнянні з ВІЛ-негативними хворими на туберкульоз за рахунок негативно орієнтованих переживань — болю, дискомфорту, втомлюваності, проблем зі сном, зниження мобільності, залежності від медикаментів та втрати працездатності, відсутності соціальної підтримки та погіршення особистих відносин, труднощів з доступністю медичної допомоги, зниження відчуття безпеки та захищеності, відсутності сил долати труднощі та втрати віри в сенс життя. У хворих на СНІД-асоційований туберкульоз, які лікувались удосконаленими режимами хіміотерапії, відзначався вірогідно більший приріст балів загальної якості життя порівняно з пацієнтами, які отримували стандартне лікування.

Свінціцький А. С. ГЕПАТОПУЛЬМОНАЛЬНИЙ СИНДРОМ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця

Гепатопульмональний синдром (ГПС) — ускладнення хронічних захворювань печінки, яке супроводжується внутрішньолегеневою судинною дилатацією і призводить до порушення перфузії легень і зниження оксигенації крові, зустрічається у 4–29 % хворих з печінковою патологією (цироз печінки, тромбоз ворітної вени, вроджений фіброз печінки, синдром Бадда-Кіарі, хронічний гепатит) і часто має поганий прогноз.

Припускається, що порушення оксигенації крові зумовлені внутрішньолегеневим артеріовенозним шунтуванням або вираженим розширенням капілярів і зміною вентиляційно-перфузійних співвідношень. Подібні зміни зустрічаються у більшості хворих з ознаками портальної гіпертензії, що розвилася в результаті цирозу печінки та інших хронічних дифузних захворювань печінки. При цьому тяжкість ГПС не завжди корелює з тяжкістю захворювання печінки. У результаті скиду крові в легеневий кровотік потрапляють субстанції, які в нормі знешкоджуються печінкою: пептид, пов'язаний з геном кальцитоніну, вазоінтестинальний пептид та інші речовини.

Розширення внутрішньолегеневих капілярів відбувається в результаті зниження тону артеріол на рівні прекапілярів, артеріовенозного шунтування, ремоделювання судин і ангіогене-

зу, що є наслідком підвищеної продукції ряду речовин, особливо оксиду азоту (NO).

Під дією надмірного надходження ендотоксинів макрофаги печінки і легень продукують підвищену кількість NO і ендотеліну-1. На фоні цих явищ знижується чутливість рецепторів судин легень до вазоконстрикторів. Всі ці процеси призводять до розширення і ремоделювання судин легень — розвитку ГПС.

Основними клінічними ознаками ГПС є задишка, яка погіршується у вертикальному положенні (платипное), і ціаноз. У деяких пацієнтів розвиваються телеангіоектазії (павукоподібні гемангіоми) на шкірі і спостерігається симптом "баранних паличок".

Фізикальні дані можуть виявити захворювання печінки, тоді як зміни з боку легень і серця за відсутності супутньої патології, як правило, мінімальні. Проте стан багатьох хворих на ГПС може прогресивно погіршуватися навіть на фоні стабільних показників функції печінки і портальної гіпертензії.

Оскільки в основі ГПС лежить гіпоксемія, діагностичний пошук починається з дослідження газів крові. Альтернативою контрастної ехокардіографії може бути сканування легень з

^{99m}Tc, зв'язаним з альбуміном. У нормі їх макроагрегати, що досягають 20 нм у діаметрі, майже повністю залишаються в легеневої циркуляції. При ГПС вони виявляються в інших органах, насамперед у головному мозку і селезінці.

Основна увага при лікуванні ГПС приділяється корекції портальної гемодинаміки: зниження портального тиску за допомогою трансгепатального портосистемного шунтування ефективно усуває гіпоксемію. Консервативна терапія ГПС полягає в призначенні лікарських препаратів, що зменшують внутрішньолегеневу судинну дилатацію, насамперед за рахунок зниження продукції NO. Однак, ще не проведені повноцінні клінічні випробування зі застосування специфічних інгібіторів різних ізоензимів NOS.

Перспективним у запобіганні ГПС може бути використання антибіотиків, які пригнічують кишкову мікрофлору і перешкоджають її транслокації. Внутрішньовенне введення метиленового синього, який інгібує продукцію NO і активність гуанілатциклази, призводить до швидкого і значного, але короткочасного поліпшення стану хворих.

У хворих з прогресуючою або рефрактерною гіпоксемією ортотопічна трансплантація печінки є методом вибору, проте тяжкі циркуляторні розлади в легенях можуть служити істотним чинником ризику, що підвищує післяопераційну летальність.

Таким чином, ГПС є важким ускладненням захворювань печінки, яке супроводжується високою летальністю і являє собою актуальну проблему, що потребує вирішення.

Сідих Н. М.

СТАН БРОНХІАЛЬНОГО ДЕРЕВА У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ І СНІД

Державна медична академія, м. Дніпропетровськ

В останні роки спостерігається інтенсивна захворюваність на туберкульоз ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД. Кількість випадків цієї хвороби збільшується з кожним роком. Зараз ми маємо епідемію туберкульозу у поєднанні його зі СНІДом.

Мета роботи: виявити патологічні зміни бронхіального дерева у хворих на туберкульоз легень і СНІД, та можливості лікування патології бронхів.

Ми проаналізували результати бронхоскопічного обстеження 64 хворих на туберкульоз легень у поєднанні його з ВІЛ-інфекцією та СНІДом, які знаходилися у відділеннях облтубдиспансеру.

Серед хворих на туберкульоз легень 21,7 % пацієнтів були на обліку у СНІД-центрі, інші виявлялися при обстеженні у перші дні госпіталізації. Переважна кількість хворих була чоловічої статі. Вік їх від 20 до 40 років. ВІЛ-інфекція у молодих чоловіків та жінок розвинулася у 85,4 % випадках внаслідок прийому ін'єкційних наркотиків, зараження статевим шляхом відбулося у 12,5 % хворих, і тільки у 2,1 % ВІЛ-інфекція була надбана іншими чинниками.

У всіх хворих на туберкульоз і ВІЛ-інфекцію спостерігали специфічний легеневий процес із деструкцією та обсіменінням. З клінічних форм туберкульозу діагностували дисеміновану форму (71 % пацієнтів), інфільтративну (16 %), та фіброзно-кавернозну (13 %). Бактеріовиділення на першому місяці виявлялося не у всіх хворих, а у 46,6 % пацієнтів, і тільки з подальшим розвитком СНІДу були виявлені мікобактерії у харкотинні.

Хворі, в яких туберкульоз розвинувся на тлі ВІЛ-інфікування та СНІДу, мали яскраву клінічну симптоматику: температуру понад 38,0, загальну слабкість, інтоксикацію, зниження маси тіла, кашель з харкотинням, пітливість, задишку. В аналізах

крові — зниження лімфоцитів, незначний лейкоцитоз, зниження гемоглобіну, нерізка збільшення ШОЕ.

При проведенні фіброbronхоскопії відмічалось значне збільшення активного туберкульозу бронхів у хворих на туберкульоз зі СНІДом. Якщо у всіх обстежених на туберкульоз легень специфічні зміни в бронхах виявлялися у 14,5 % пацієнтів, то у хворих із СНІДом — у 39,2 %. Значно збільшилася кількість виразкових форм, які у хворих тільки на туберкульоз легень є поодинокими випадками. Інфільтрати у бронхах хворих із сполученим процесом виявляються більш великими. Майже завжди вони супроводжуються незворотними стенозами, які потребують хірургічного втручання, тобто резекції частини легені. Але частіше стан хворих не дозволяє проводити операції. Розташування специфічного процесу в бронхах у цієї категорії хворих — це частіше головні, часткові та сегментарні бронхи, але протяжність процесу в бронхах значно більша. Майже завжди специфічний процес у бронхах супроводжує неспецифічне запалення у вигляді катаральних або гнійних процесів.

Клінічні прояви туберкульозу бронхів у хворих на туберкульоз легень зі СНІДом дуже різні — від тяжкого сухого кашлю, іноді з астматичним компонентом, до повної відсутності скарг на кашель. Тому кожний хворий на туберкульоз легень та СНІД повинен бути оглянутий ендоскопістом, якщо дозволяє стан хворого.

Таким чином, пацієнти з туберкульозом легень та СНІДом характеризуються більш поширеними і тяжкими специфічними ураженнями бронхів. Відсутність кашлю не є доводом не виконувати огляд бронхів. Не завжди стан хворого дозволяє виконати бронхоскопію.

С

Сенаторова А. С., Кондратова И. Ю.

КЛЕТОЧНЫЙ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЙ ОБМЕН ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ПНЕВМОНИЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Харьковский национальный медицинский университет

Цель: совершенствование диагностики и обоснования метаболической терапии детей первого года жизни с острой осложненной и неосложненной пневмонией на основе изучения изменений энергетического статуса.

Материалы и методы исследования: обследовано 45 детей первого года жизни, больных острой пневмонией. Из них 30 детей с острой осложненной пневмонией (I группа) и 15 детей с острой неосложненной пневмонией (II группа). Показатели в

обеих группах сравнивали с нормативами для здоровых детей первого года жизни (В. М. Шищенко 1988 г). Состояние клеточного энергетического обмена оценивали по уровню цитохимической активности митохондриальных ферментов лимфоцитов (сукцинатдегидрогеназы (СДГ), глицерофосфатдегидрогеназы (ГФДГ), глутаматдегидрогеназы (ГДГ) и лактатдегидрогеназы (ЛДГ)) методом Р. П. Нарциссова.

Результаты: У всех больных I группы при поступлении в стационар ведущим синдромом, определяющим тяжесть состояния, являлась дыхательная недостаточность вентиляционного и шунто-диффузионного типа. У 20 детей (67 %) на основании клиничко-рентгенологических данных диагностирован двусторонний процесс в легких, у 33 % — односторонний. Все больные I группы в качестве сопутствующей патологии имели перинатальное поражение ЦНС, 6 детей (20 %) в сочетании с бронхолегочной дисплазией (БЛД), 20 % детей — с гипотрофией, 20 % детей — с паратрофией. Патологическое течение беременности, вызывающее внутриутробную гипоксию плода имело место у всех детей, патологическое течение родов — у 9 (30 %) детей (стремительные роды, острая отслойка плаценты, длительный безводный промежуток). Во второй группе только у 6 больных (40 %) при поступлении отмечались проявления дыхательной недостаточности I ст. и кислородозависимость.

Сопутствующее перинатальное поражение ЦНС диагностировано у 10 больных (65 %). При визуальном исследовании цитохимических параметров у детей I группы было выявлено снижение активности всех митохондриальных ферментов в остром периоде заболевания. Уровень аэробных и анаэробных ферментов снижен в 2–2,5 раза ($p < 0,05$) по сравнению с норматив-

ными показателями и показателями II группы, причем наибольшее его снижение характерно для детей с двусторонней пневмонией в сочетании с бронхолегочной дисплазией, врожденными пороками сердца, синдромом системного воспалительного ответа и деструктивными изменениями в легких. К особенностям цитохимических параметров митохондриальных ферментов, отличающихся от таковых во второй группе, следует отнести большое количество мелких гранул, крупных ярких кластеров, выходящих за пределы лимфоцитов, "пустых" лимфоцитов. Максимальное снижение активности СДГ и ГФДГ определялось у детей I группы с двусторонней пневмонией, синдромом системного воспалительного ответа на фоне тяжелого перинатального поражения ЦНС, экстремально низкой массы тела при рождении. У детей с односторонней пневмонией, выраженным бронхообструктивным синдромом, отмечалось умеренное снижение активности СДГ, ГФДГ, ГДГ и повышение активности ЛДГ. Особенно высокие показатели ЛДГ регистрировались при упорном, волнообразном и резистентном к терапии обструктивном синдроме, иногда повышение активности ЛДГ в лимфоцитах предшествовало нарастанию обструктивных нарушений. Активность фермента ГДГ в 2–2,5 раза ($p < 0,05$) отличается от контроля и нормативных показателей и максимально снижена у детей с вторичной пневмонией, тяжелой гипоксемией (на фоне БЛД, ВПС). Показатели активности ферментов во II группе достоверно не отличались от нормативных показателей.

Выводы: снижение уровня митохондриальной активности наблюдается у детей с осложненными пневмониями и неблагоприятным преморбидным фоном и обусловлено перенесенной гипоксией, являющейся основным фактором повреждения.

Сенаторова А. С., Цюра О. Н. ВЛИЯНИЕ СОДЕРЖАНИЯ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В ОРГАНИЗМЕ НА ТЕЧЕНИЕ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ

Харьковский национальный медицинский университет

В структуре заболеваемости детей от 0 до 14 лет, патология бронхолегочной системы занимает первое место и составляет 62–65 %. В последнее время, отмечается увеличение частоты встречаемости бронхообструктивного синдрома, который вызывает значительный интерес педиатров, так как усугубляет течение заболевания, ухудшает состояние ребенка и пролонгирует сроки выздоровления. Чаще всего бронхообструкция развивается у детей раннего возраста с недостаточным иммунитетом, обусловленным множеством эндо- и экзогенных факторов, различных по происхождению и биологическому действию. К ним относятся преморбидный фон, факторы окружающей среды, дисбаланс микроэлементов в организме и другие.

Микроэлементы играют важную роль в формировании иммунитета. Селен усиливает иммунную защиту организма, стимулирует активность неспецифических факторов иммунитета, йод контролирует обмен веществ, повышает иммунитет. По данным ряда авторов при дисбалансе микроэлементов, в частности дефицита селена и йода, чаще регистрируются признаки вторичной иммунологической недостаточности, что осложняет течение заболеваний. Под влиянием таких факторов у ребенка с незрелыми защитно-приспособительными механизмами идет развитие срыва адаптационно-приспособительных реакций, развитие вторичных иммунодефицитных состояний, что способствует более тяжелому, затяжному течению бронхообструктивных заболеваний.

Цель исследования: совершенствование диагностики причин развития обструктивного бронхита на основании изучения содержания микроэлементов (селена, йода) и состояния иммунной системы у детей.

Материалы и методы. Обследовано 45 детей в возрасте от 7 месяцев до 5 лет с обструктивным бронхитом, которые

поступили на стационарное лечение в ОДКБ г. Харькова. Группу контроля составили эти же дети после выздоровления. Кроме общепринятого клиничко-лабораторного обследования детям проведено исследование состояния иммунной системы методом моноклональных антител, содержания селена (Se) в волосах и медианы йодурии полуколичественным методом.

Результаты и их обсуждение. Из обследованных детей 70 % составили мальчики. Острое развитие заболевания (в течение 1-3 дней) отмечалось у 62,9 % больных. При поступлении дети предъявляли жалобы на малопродуктивный кашель в 92 % случаев, одышку, преимущественно экспираторного характера — 77 %, повышение температуры тела — у 51,8 % детей. Общее состояние при поступлении было расценено как тяжелое у 59,2 % детей, у остальных — средней тяжести. У всех детей наблюдалось влияние факторов преморбидного фона: токсемии — 18 %, отягощенный аллергологический анамнез — 51,8 %, частые респираторные заболевания у 66 % детей. У 36,8 % больных выявлено хламидийное инфицирование, у 33 % детей — микоплазменная инфекция. Содержание Se в волосах было снижено у 90 % обследованных детей ($0,49 \pm 0,2$ мкг/г при норме 0,7–1,5 мкг/г). Легкий йодный дефицит был выявлен у 15% обследованных — медиана йодурии составила ≤ 70 мкг/л, у 46% детей медиана йодурии была в пределах 100–300 мкг/л, у остальных обследованных медиана йодурии была выше 300 мкг/л. Нормы медианы йодурии согласно критериям ВОЗ: до 20 мкг/л (тяжелая степень), от 20 до 49 мкг/л (средней тяжести), от 50 до 99 мкг/л (легкий дефицит йода), от 100 до 299 мкг/л (йодный дефицит отсутствует) и свыше 300 мкг/л (потребление йода увеличено). При иммунологическом обследовании у детей с обструктивным бронхитом в период

обострення по сравнению с группой контроля, выявлено снижение относительных показателей клеточного звена иммунитета (снижены показатели CD3 у 57,8%, CD4 — 42%, CD8 — 57%), однако незначительно повышено количество активированных Т-лимфоцитов (CD25 у 62% больных). У 37 % детей повышено содержание естественных киллеров CD16. Отмечалось повышение показателя НСТ-спонтанный у всех детей, однако после стимуляции латексом он снизился до пределов нормы у 80 % детей. Повышено содержание ЦИК у 60% детей наряду с

высоким фагоцитарным индексом. У 15 % детей отмечалось незначительное снижение Ig G и Ig A. У 61 % больных был значительно повышен Ig E ($183,17 \pm 444,6$).

Выводы. Таким образом, при обострении обструктивного бронхита у детей наблюдается снижение содержания селена в организме и дисбаланс в основных звеньях иммунитета (повышение фагоцитарной функции, повышение активности кислородзависимого метаболизма фагоцитов, активации натуральных киллеров на фоне снижения клеточного звена иммунитета).

Сенько Ю.О.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ДЕСТРУКТИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ З СУПУТНИМ СПЕЦИФІЧНИМ ЕНДОБРОНХІТОМ

ДУ "Національний інститут фізіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського Академії медичних наук України"

В останні роки відмічається збільшення захворюваності на туберкульоз органів дихання, обтяження клінічного перебігу захворювання з різних причин. Епідемія туберкульозу супроводжується збільшенням питомої ваги ендобронхіту туберкульозної етіології. Метою даного дослідження було вивчення впливу туберкульозного ендобронхіту на ефективність лікування хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень.

Було обстежено 60 хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень (ВДДТБЛ), які лікувались в 2 терапевтичному відділенні ДУ "Національний інститут фізіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського АМН України". Дослідження проводилось як ретроспективне, контрольоване. Всім хворим проводилось фібробронхоскопічне обстеження на початку лікування. Шляхом підбору пар за статтю, віком та характером туберкульозного процесу були сформовані 2 групи пацієнтів: основна — в яких туберкульозний процес ускладнювався обмеженим специфічним ендобронхітом (ЕБ) з локальною інфільтрацією стінки бронху, і контрольна група — без ЕБ. Бактеріовиділення визначено у 100 % хворих основної і контрольної груп методом мікроскопії та засіву на середовище Левенштейна-Йенсена. Клінічні прояви хвороби та інтоксикаційний синдром (кашель із харкотинням слизового характеру, субфебрильна або фебрильна температура тіла, схуднення від 5 до 15 кг, лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво, прискорення ШОЕ) були у 100 % пацієнтів основної та контрольної груп.

Лікування проводилось стандартним режимом хіміотерапії за 1 категорією (п'ятикомпонентний режим). Робота виконана на кошти державного бюджету.

На кінець 6 міс основного курсу хіміотерапії стандартної тривалості у хворих основної групи досягли припинення бактеріовиділення в 86,7 % проти 93,3 %, що вірогідно не від-

різнялось, $p > 0,05$. За показниками зникнення клінічних проявів хвороби та розсмоктуванням вогнищевих та інфільтративних змін у легенях також не відзначалось вірогідної різниці. Значення цих показників становили відповідно 100 % та 83,3 % проти 100,0 % та 93,3 % у пацієнтів основної групи, $p > 0,05$. Розсмоктування вогнищевих та інфільтративних змін у легенях було також частіше в пацієнтів контрольної групи, ніж основної, хоча відмінність не була вірогідною — 93,3 % проти 83,3 %. Середній термін припинення бактеріовиділення у хворих основної групи складав ($2,6 \pm 0,7$) міс, а в контрольній групі — ($1,9 \pm 0,4$) міс, що вірогідно не відрізнялось. Однак в основній групі було більше пацієнтів, в яких бактеріовиділення припинилось після 2-х місяців. В групі хворих, які не мали супутнього туберкульозного ЕБ було більше осіб, в яких бактеріовиділення припинилось протягом перших 2-х місяців лікування — 66,3 % проти 36,7 %, що вірогідно відрізнялось, $p < 0,05$. У 80,0 % хворих контрольної групи впродовж 6 місяців лікування загоїлись каверни, тоді як в основній групі у меншій кількості — у 60,0 %, хоча значення показників вірогідно не відрізнялись через невелику кількість хворих в групах спостереження. Порожнини деструкції загоювались відповідно впродовж ($4,4 \pm 0,5$) міс та ($5,6 \pm 0,3$) міс, що вірогідно відрізнялось, $p < 0,05$. Таким чином, у пацієнтів, які не мали туберкульозного ЕБ, темпи загоєння каверн були швидшими, ніж у пацієнтів з супутнім обмеженим туберкульозним ЕБ. Якщо прийняти середні терміни загоєння каверн в пацієнтів основної групи 5,6 міс за 100 %, то термін загоєння каверн в контрольній групі — 4,4 міс буде складати 78,6 % від терміну загоєння каверн в основній групі.

Отримані нами результати лікування свідчать про те, що обмежений туберкульозний ЕБ з ураженням стінки бронху знижує ефективність лікування туберкульозу легень за темпами загоєння каверн на 21,4 %, що потребує додаткового лікування ендобронхіту.

Сіваченко О. Є., Стриж В.О., Отрощенко А. О., Вербняк О. О.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗНИКІВ ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ІНФІЛЬТРАТИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ

ДУ "Національний інститут фізіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України"

У сучасних умовах епідеміологічна ситуація з туберкульозу серед дітей України характеризується як несприятлива, а в структурі вперше виявленого туберкульозу у дітей та підлітків переважає інфільтративна форма.

Робота виконувалась за кошти державного бюджету, відповідно до чинного законодавства України, етичних принципів

Хельсинської декларації. Дослідження присвячене вивченню особливостей показників крові, а також інтегральних індексів, які характеризують рівень неспецифічної адаптаційної реакції (індексу адаптації — ІА) та гематологічного показника інтоксикації (ГПІ) — у дітей та підлітків, хворих на інфільтративний туберкульоз легень. Під спостереженням перебували 87 пацієнтів — діти та

підлітки віком 9-17 років, які отримували відповідну протитуберкульозну терапію. Серед них 32 дитини ($36,8 \pm 6,0$ %) мали поширений процес у легенях, а 55 осіб ($63,2 \pm 7,9$ %) — обмежений процес. Наявність проявів інтоксикаційного синдрому спостерігалась у 68,8 % хворих з поширеним процесом та у 54,5 % дітей з обмеженою формою ІТЛ, що не перевищувало аналогічних показників за часів до епідемії ТБ. Разом із тим, сьогодні змінилась структура інтоксикаційного синдрому: збільшилась кількість скарг на загальну слабкість, інколи зі зниженим апетитом.

Аналіз результатів обстеження показав, що при поширеній формі ІТЛ спостерігається тенденція до збільшення кількості лейкоцитів — ($7,9 \pm 0,5$) · 10^9 /л, при обмеженому процесі — ($6,8 \pm 0,3$) · 10^9 /л. Також більш високим є вміст паличкоядерних нейтрофілів (6,3 та 4,8 % відповідно), при цьому у пацієнтів з поширеним процесом, на відміну від обмеженого, відмічалась лімфопенія (29,6 та 16,9 % або в 1,8 рази менше), що є ознакою зниження кількості регуляторних субпопуляцій Т-лімфоцитів (стимуляторів фагоцитарної активності макрофагів). У дітей із поширеною формою майже вдвічі вищою була ШОЕ (16,8 мм/год проти 8,9 мм/год) та показник лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ) — 2,9 у.о., ніж при обмеженому процесі — 1,8 у.о., що свідчило про наявність вираженої інтоксикації та активність туберкульозного процесу.

Ступінь ендогенної інтоксикації визначали шляхом обчислення гематологічного показника інтоксикації (ГПІ) за клітинним складом периферичної крові (на підставі лейкоцитарного індексу інтоксикації та відповідних коефіцієнтів). Норма ГПІ складає ($0,62 \pm 0,086$). У більшості дітей, хворих на поширену форму, ГПІ був вищим, ніж при обмеженій — ($11,7 \pm 1,8$) у.о. та ($7,5 \pm 0,9$) відповідно ($P < 0,05$), що свідчило про необхідність проведення інтегрального аналізу показників крові. У всіх хворих визначали рівень неспецифічної адаптаційної реакції (ІА) за відношенням лімфоцитів периферичної крові до сегментоядерних нейтрофілів. Середній показник ІА становив у хворих з поширеною формою ($0,6 \pm 0,07$), з обмеженою — ($0,6 \pm 0,05$) у.о. ($P < 0,05$), тобто переважали реакції "стресу" та реакції "тренування", що свідчить про виснаження систем гомеостазу.

Отже, проведений аналіз окремих показників ІА дозволив виявити латентні механізми неспецифічної дезадаптації при ІТЛ у дітей: при поширенні специфічного процесу прогресивно зростає ендогенна інтоксикація, що супроводжується дистресом резервів адаптації. Поширена форма ІТЛ характеризується достовірно вищим ГПІ, який може бути кількісним критерієм активності туберкульозної інтоксикації та свідчити про активність туберкульозного процесу.

Сидоренко Ю. В., Гріцова Н. А., Бургело О. М.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ, ВИКЛИКАНИЙ ПОЛІРЕЗИСТЕНТНИМИ ШТАМАМИ МІКОБАКТЕРІЙ

Луганський державний медичний університет

Вперше діагностований туберкульоз (ВДТБ) легень, викликаний полірезистентними штамми мікобактерій (МБТ), характеризується розповсюдженим процесом в легенях, зокрема великими деструктивними змінами, які корелюють зі станом системи антиоксидантного захисту (АОЗ) та перекисного окислення ліпідів (ПОЛ), на тлі імунної недостатності різного ступеню вираженості. В більшості випадків легеневої туберкульозний процес у таких хворих поєднується з неспецифічним та/або специфічним ураженням бронхів. Виходячи з викладених клініко-патогенетичних особливостей ВДТБ легень, викликаного полірезистентними МБТ, ми запропонували включити до складу комплексного лікування цих хворих в якості патогенетичної терапії комбінацію препаратів тимогену та флуїмуцил-антибіотику ІТ. Тимоген володіє чітко вираженою імуностимулюючою активністю та виявляє антиоксидантну і мембранстабілізуючу активність. Флуїмуцил-антибіотик ІТ забезпечує дезінтоксикаційний, антибактеріальний та антиоксидантний ефекти.

Під нашим спостереженням в умовах протитуберкульозного стаціонару знаходилось 98 хворих на ВДТБ, викликаний полірезистентними МБТ, що були поділені на 2 групи: I — 48 осіб (отримували запропоновану комбінацію), II — 50 осіб (лікувались традиційно). Групи були рандомізовані за віком, статтю пацієнтів, спектром хіміорезистентності МБТ та за клінічними формами туберкульозного процесу в легенях. Вік хворих, які знаходилися під наглядом, складав від 17 до 65 років, серед них було 75 (76,53 %) чоловіків та 23 (23,47 %) жінки. Пацієнти I групи додатково у складі комплексної терапії отримували курс внутрішньобронхоеального введення 3 рази на тиждень препарату флуїмуцил-антибіотик ІТ № 10 по 500 мг на добу та одночасно тимоген внутрішньом'язово № 20 по 1 мл 0,01 % розчину щоденно.

Під впливом лікування у більшості хворих I групи скоріше зникали інтоксикаційний та бронхо-легеневий синдроми, ніж у

пацієнтів II групи. Кінцева ефективність лікування в I групі теж була кращою: негативація мокротиння спостерігалась в 95,8 %, що в 1,2 рази більше ніж в II групі (76 %), загоєння порожнин розпаду відбулось у 81,25 % осіб I групи, і тільки 52 % II групи, відмічено також скорочення термінів знебацлення в 1,3 рази та рубцювання каверн в 1,49 рази у хворих I групи, відносно пацієнтів II групи. Застосування запропонованого лікувального комплексу у хворих на ВДТБ, викликаний полірезистентними МБТ, забезпечило на момент повторного обстеження в більшості випадків нормалізацію як загальної кількості імунокомпетентних клітин ($CD3^+$, $CD4^+$, $CD8^+$, $CD22^+$) у периферійній крові, так і співвідношення між основними регуляторними субпопуляціями Т-клітин — Т-хелперами/індукторами ($CD4^+$) та Т-супресорами/кіллерами ($CD8^+$), сприяло відновленню функціональної активності Т-лімфоцитів за даними реакції бластної трансформації з фітогемаглютиніном. Одночасно в I групі у більшій кількості хворих, ніж в II групі, спостерігали і відновлення показників системи фагоцитуючих макрофагів (фагоцитарне число, фагоцитарний індекс, індекс перетравлення). Разом з цим відбулося зниження вмісту в крові продуктів ліпопероксидації (дієнових кон'югат — ДК та малонового діальдегіду — МДА), підвищення активності ферментів системи АОЗ (супероксиддисмутази — СОД та каталази — КТ), і внаслідок цього нормалізації порушеного балансу між оксидантними та прооксидантними властивостями крові хворих на ВДТБ, викликаний полірезистентними МБТ I групи, тоді як у пацієнтів II групи на момент повторного обстеження залишалась перевага системи ПОЛ на АОЗ.

Таким чином, отримані дані дозволяють вважати патогенетично обгрутованим та клінічно доцільним включення комбінації препаратів тимогену та флуїмуцил-антибіотику-ІТ до комплексного лікування хворих на ВДТБ, викликаний полірезистентними МБТ.

Сідоров А. А., Мостовий Ю. М., Слепченко Н. С. ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ ПРИ ПЕРЕДОЖИРІННІ ТА ПАЛІННІ У МОЛОДІ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Ожиріння здатне призвести до виникнення гіповентиляційного синдрому, синдрому обструктивного сонного апное, підвищувати ризик розвитку хронічного обструктивного захворювання легень. Паління є найбільш потужним фактором ризику бронхолегеневих захворювань. Поєднаний вплив передожиріння (надмірна маса тіла, індекс маси тіла (ІМТ) = 25–29,9 кг/м²) та паління на функцію зовнішнього дихання в осіб молодого віку вивчений недостатньо.

Мета: визначити поширеність надмірної маси тіла (НМТ) серед осіб молодого віку (18–25 років), частоту її поєднання з палінням та вплив на показники функції зовнішнього дихання (ФЗД).

Матеріали і методи. Проведено активне анкетування за спеціально розробленою анкетною та клініко-антропометричне обстеження 511 молодих людей віком 18–25 років. Анкета містила запитання щодо харчових звичок, фізичної активності, діагностованих хронічних захворювань. Антропометричні дані включали вимірювання маси тіла, зросту, обчислення індексу маси тіла за формулою $ІМТ = \text{маса тіла (в кг)} / \text{зріст}^2 \text{ (в м}^2\text{)}$. Двом групам — 72 особи з передожирінням (ІМТ = 25–29,9 кг/м²) та 60 осіб з нормальною масою тіла (ІМТ = 18,5–24,9 кг/м²) — виконувалася спірометрія (Vitalograph Spirotrac IV, 2004) до та після фізичного навантаження (тест з 6-хвилинною ходьбою). Ступінь ніотинової залежності визначався за тестом Фагерстрема. Було виділено групу осіб з передожирінням та середнім/важким ступенем ніотинової залежності. Статистична обробка включала обчислення середніх величин, середніх квадратичних відхилень та визначення достовірності відмінностей між двома групами за t-критерієм Стьюдента.

Результати. НМТ виявлено у 14,3 % (73) обстежених. До початку проби у групі з НМТ (ІМТ = 26,9 ± 1,8 кг/м²) форсова-

на життєва ємність легень (ФЖЄЛ) = 102,2 ± 3,7 %, об'єм форсованого видиху (ОФВ₁) = 99,5 ± 6,1 %, ОФВ₁/ФЖЄЛ = 97,3 ± 4,9 %. У контрольній групі (22,7 ± 2,1) — ФЖЄЛ = 104,1 ± 4,5 %, ОФВ₁ = 105,3 ± 6,3 %, ОФВ₁/ФЖЄЛ = 101,2 ± 5,0 %. Після проби у групі з НМТ — ФЖЄЛ = 102,1 ± 4,7 %, ОФВ₁ = 100,9 ± 5,3 %, ОФВ₁/ФЖЄЛ = 98,8 ± 2,8 %, у групі з нормальною масою тіла — ФЖЄЛ = 107,2 ± 4,1 %, ОФВ₁ = 103,7 ± 4,9 %, ОФВ₁/ФЖЄЛ = 96,3 ± 6,1 %. У групі осіб з передожирінням (ІМТ = 27,5 ± 1,3 кг/м², n = 24) та середнім/важким ступенем ніотинової залежності (7,0 ± 2,1 балів за тестом Фагерстрема) після проведення проби з фізичним навантаженням ФЖЄЛ = 95,2 ± 3,1 % (p < 0,05 з аналогічним показником у групі з нормальною масою тіла). Стаж паління у цієї групи осіб складав 5,2 ± 2,1 років.

Висновки. НМТ виявлено у 14,3 % (73) обстежених, у 4,7 % (24) осіб НМТ поєднується з середнім/важким ступенем ніотинової залежності. Показники ФЗД (ФЖЄЛ, ОФВ₁, ОФВ₁/ФЖЄЛ) достовірно не відрізнялися у осіб з нормальною та надмірною масою тіла у спокої та на тлі фізичного навантаження. У групі осіб з передожирінням, що палять показник ФЖЄЛ після фізичного навантаження достовірно нижчий (95,2 ± 3,1 %), ніж у осіб з нормальною масою тіла, що не палять (107,2 ± 4,1 %), хоча обидва показники перебувають у межах норми. Поєднання передожиріння та паління у осіб молодого віку має негативний вплив на ФЖЄЛ, який не досягає значної вираженості, проте є достовірним. Імовірно, що з подальшим збільшенням маси тіла та стажу паління їх поєднаний негативний вплив на ФЗД буде посилюватися і сприятиме виникненню бронхолегеневих захворювань, зокрема ХОЗЛ.

Синько У. В.

ДИНАМІКА РІВНІВ ЛІЗОЦИМУ БРОНХОАЛЬВЕОЛЯРНОГО СЕКРЕТУ У ПАЦІЄНТІВ З ХОЗЛ НА ФОНІ ІХС НА ФОНІ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ З ВКЛЮЧЕННЯМ НАСТОЯНКИ ЕХІНАЦЕЇ

Івано-Франківський державний медичний університет

Тенденція до "постаріння" населення планети останнього десятиріччя, очевидно, викличе збільшення кількості осіб з поєднаною патологією внутрішніх органів. На сьогоднішній день поєднання обструктивної хвороби легень і ІХС, за даними різних дослідників, досягає 62 % в структурі захворюваності середніх і старших вікових груп. У пацієнтів з ХОЗЛ при поєднанні з ІХС в процесі багаторічного спостереження встановлено складні стійкі взаємообумовлені функціональні порушення, які, згідно сучасним уявленням, свідчать про їх структурну перебудову, тобто про ремоделювання дихальних шляхів і серцево-судинного русла.

Поєднання ХОЗЛ з серцево-судинною патологією зумовлене тим, що клінічні прояви захворювання, які викликають у пацієнта серйозне занепокоєння станом свого здоров'я і змушують звернутися за медичною допомогою, частіше виникають у віці старших 50 років, коли значно підвищується ризик серцево-судинних захворювань, особливо при наявності таких факторів ризику, як куріння, підвищена маса тіла, малорухомих спосіб життя, що пов'язане з втягненням в так звану "спіраль діспноє".

Метою даного дослідження було вивчення ефективності комплексної терапії з включенням імуномодуляторів рослинного походження (настоянки ехінацеї) у пацієнтів з ХОЗЛ, що страждають на ІХС.

Матеріали та методи. З метою вирішення поставленої задачі було обстежено 35 пацієнтів з ХОЗЛ в поєднанні з ІХС, які у процесі обстеження та лікування були розділені на 2 підгрупи: 1 підгрупа — 17 пацієнтів, які приймали лікування згідно загальноприйнятих схем терапії; пацієнтам 2 групи на фоні базового лікування було включено настоянку ехінацеї у дозі 15 крапель зранку і вдень протягом 1 місяця. Контрольною групою слугували 15 практично здорових осіб.

Матеріалом дослідження був бронхоальвеолярний змив, який отримували при проведенні фібробронхоскопії за методикою Clements (1967 р.) у модифікації Ramires (1980 р.) на рівні бронхів другого та третього калібру. Проводилося визначення активності лізоциму бронхоальвеолярного вмісту за методом Бухаріна О. В. (1974 р.)

Отримані результати свідчать про вищу ефективність комплексного лікування з включенням настоянки ехінацеї у по-

рівнянні з базовою терапією у даної категорії пацієнтів. У пацієнтів другої групи відмічалось швидше покращення клініко-лабораторних показників та даних контрольної фібробронхоскопії, зростання рівнів лізоциму бронхоальвеолярного вмісту. Так, якщо у хворих на ХОЗЛ у поєднанні з ІХС 1 групи рівень лізоциму секрету складав до лікування $2,5 \pm 0,31$ мкг/л і після лікування $3,81 \pm 0,28$ мкг/л, то у пацієнтів 2 групи динаміка даного показника змінювалася з $2,41 \pm 0,33$ мкг/л до $6,38 \pm 0,29$

мкг/л відповідно, тоді як у практично здорових осіб лізоцим секрету складав $11,94 \pm 0,85$ мкг/л.

Висновки. Перебіг ХОЗЛ на фоні ІХС супроводжується значним зниженням рівня лізоциму бронхоальвеолярного секрету, що не корегується загальноприйнятими схемами лікування.

Приєднання настоянки ехінацеї до комплексного лікування супроводжується кращою позитивною динамікою клініко-лабораторних показників, даних контрольної фібробронхоскопії та зростанням рівня лізоциму секрету у даної категорії пацієнтів.

Сиренко Ю. М., Міхєєва К. В.

ПОКАЗНИКИ ДОБОВОГО МОНИТОРИНГУ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ПАЦІЄНТІВ З СИНДРОМОМ НІЧНОГО АПНОЕ ТА ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

ННЦ "Інститут кардіології ім. М. Д. Стражеска"

Обслідувано 35 хворих з синдромом нічного апное (СНА), середній вік ($53,3 \pm 17,8$) років, 16 чоловіків, 19 жінок. Всім хворим проводилось нічне полісомнографічне дослідження ("SleepLab", Erich Jaeger, Німеччина) для верифікації діагнозу СНА (ДУ "Національний інститут фізичної та пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України"), та добове моніторування артеріального тиску (ДМАТ) на апараті АВМЗ-04, Угорщина. Всі хворі були розділені на дві групи в залежності від наявності або відсутності у них бронхообструктивної патології (ХОЗЛ). Групи хворих були приблизно однакові за віком та ступеню ожиріння.

В групі пацієнтів на ізольований СНА середньодобовий систолічний артеріальний тиск (САТ) склав ($124,3 \pm 2,9$) мм. рт. ст., а в групі сполученої патології СНА та ХОЗЛ — ($135,5 \pm 4,3$) мм. рт. ст. Середньодобовий діастолічний артеріальний тиск (ДАТ) відповідно склав ($71,3 \pm 2,1$) та ($81,3 \pm 2,5$) мм. рт. ст. Середньодобова частота серцевих скорочень (ЧСС) склала відповідно ($76 \pm 1,9$) та ($82,8 \pm 1,95$) за хвилину. Максимальний середньодобовий САТ склав ($158,6 \pm 4,7$) та ($174,8 \pm 6,2$) мм.

рт. ст. Максимальний ДАТ склав ($101,1 \pm 3,4$) та ($109,4 \pm 3,4$) мм. рт. ст. Максимальна ЧСС склала відповідно ($116,6 \pm 9,3$) та ($124,0 \pm 7,0$) ударів за хвилину. Мінімальний САТ був ($96,9 \pm 2,5$) та ($105,6 \pm 3,4$) мм.рт.ст. Мінімальний ДАТ був ($51,0 \pm 1,6$) та ($57,9 \pm 2,4$) мм.рт.ст. Мінімальна ЧСС склала ($57,0 \pm 1,7$) та ($62,0 \pm 2,3$) за хвилину.

Добовий ритм АТ оцінювали за ступенем нічного зниження АТ. За результатами дослідження виявлено, що з профілем "dipper" було 47,05 % хворих в групі СНА та 33,3 % хворих в групі сполученої патології; з профілем "non-dipper" — відповідно 41,17 та 61,11 %; з профілем "night-peaker" 11,76 та 5,55 % хворих.

Таким чином з отриманих результатів видно, що наявність ХОЗЛ у хворих на СНА погіршує перебіг артеріальної гіпертензії: при сполученій патології СНА та ХОЗЛ рівень АТ достовірно вищий у порівнянні з ізольованим СНА. Недостовірно зниження АТ у нічний час властиве всім хворим з СНА, а ще в більшій мірі спостерігалось у хворих зі сполученою патологією СНА та ХОЗЛ.

Сирік А. А.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ "ОСТАТОЧНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ" ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Областной противотуберкулезный диспансер, г. Херсон

Цель: микроскопическое и культуральное изучение микобактерий туберкулеза в удаленном операционном материале после хирургического лечения по поводу туберкулом легких в современных условиях.

Объект: макропрепараты 106 операций по поводу туберкулом легких с распадом у больных обеих полов с впервые выявленным туберкулезом легких, которые проходили стационарное лечение в Херсонском областном противотуберкулезном диспансере в 2007 году.

Методы: микробиологическое исследование операционного материала методом микроскопии по Цилю-Нильсону для выявления кислотоустойчивых бактерий, посев операционного материала на среду Левенштейна-Йенсена с определением чувствительности микобактерий к противотуберкулезным препаратам, статистическая обработка материалов исследования на персональном компьютере с применением программы Biostatistics 4.03 by St. A. Glantz.

Результаты: в результате анализа операционного материала в 104 случаях (98,1 %) микроскопическим или культуральным методом выявлены активные возбудители туберкуле-

за в содержимом исследованных туберкулом. В 13 случаях (12,3 %) выявлена ранее не определявшаяся резистентность микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам. При анализе дооперационных данных (сроки госпитализации и лечения, переносимость препаратов, факторы риска, сопутствующая патология и т.д.) корреляции клинических признаков с выявлением резистентных микобактерий туберкулеза в операционном материале не обнаружено.

Выводы: Согласно приложения № 5 приказа № 385 МОЗ Украины от 09.06.2006 "О утверждении Инструкции по оказанию помощи больным туберкулезом" туберкуломы отнесены к остаточным изменениям после перенесенного туберкулеза легких. Однако в их содержимом выявляются активные вирулентные микобактерии туберкулеза, которые в 12,3 % могут подвергаться патоморфозу и приобретать резистентность к противотуберкулезным препаратам. Хирургическое лечение по поводу туберкулом легких позволяет избежать рецидива заболевания, а также распространения его лекарственно устойчивых форм, что особенно актуально в современных условиях эпидемии туберкулеза в Украине.

Скороходова Н. О.
БРОНХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ У ДИФЕРЕНЦІЙНІЙ ДІАГНОСТИЦІ
ІНФІЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ ТА НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ
З ЗАТЯЖНИМ ПЕРЕБІГОМ

Запорізька медична академія післядипломної освіти

В останні роки проблема диференційної діагностики інфільтративних процесів в легенях набула важливого значення. Помилки в діагностиці пневмонії з затяжним перебігом із іншими запальними захворюваннями легень складають більше 30 %. Фібробронхоскопія є одним з інформативних методів дослідження пульмонологічних хворих. Метою даного дослідження було вивчення ендоскопічних змін у хворих з інфільтративними неонкологічними процесами в легенях для оцінки значення бронхологічного обстеження для диференційної діагностики туберкульозу та негоспітальної пневмонії з затяжним перебігом.

Проаналізовані результати клініко-лабораторного, бронхологічного дослідження у 30 пацієнтів із негоспітальною пневмонією з затяжним перебігом (група 1) та 30 хворих на туберкульоз легень (група 2), діагноз в яких був верифікований подальшим спостереженням та позитивною відповіддю на лікування антибіотиками широкого спектра дії та виділенням МБТ методом мікроскопії мазка мокротиння у хворих на туберкульоз, що знаходилися на лікуванні в Запорізькому обласному протитуберкульозному диспансері в 2007 році. В обох групах більшість становили чоловіки — відповідно 70,0 % та 76,7 %. Вік хворих із негоспітальною пневмонією становив (52,6 ± 3,5) років, а з туберкульозом легень — (35,2 ± 3,3) років. У хворих 1 групи з негоспітальною пневмонією нижньодольова локалізація процесу була в 19 (63,3,0 %) випадках, верхньодольова — в 11. У хворих на туберкульоз нижньодольова та верхньодольова локалізація процесу була з однаковою частотою — в 17 (56,7 %) хворих, що вірогідно не відрізнялось, $p > 0,05$.

У хворих обох груп з однаковою частотою (в 26,7 % та 23,3 % випадках) не виявляли ендоскопічної патології. У хворих з пневмонією вірогідно частіше визначали дифузний двобічний або

однобічний катаральний ендобронхіт I–II ступеня запалення — відповідно у 33,3 % проти 6,7 %, $p < 0,05$. Обмежений ендобронхіт вірогідно частіше визначали в пацієнтів з туберкульозом, причому переважав ендобронхіт III ступеня запалення з ураженням або без ураження стінки дренажного бронху — 40,0 % проти 70,0 %, $p < 0,05$. У хворих з негоспітальною пневмонією в жодному випадку не визначали інфільтративних змін в стінці бронху, обмежений ендобронхіт III ступеня запалення був в одинакових випадках (у 6,7 % хворих проти 33,3 % при туберкульозі, $p < 0,05$).

В БАЛ хворих на туберкульоз легень визначали підвищений вміст нейтрофілів (54,9 ± 7,2) % порівняно з хворими на негоспітальну пневмонію (22,3 ± 3,7) % та зі здоровими (11,6 ± 2,1) %, $p < 0,05$. Вміст альвеолярних макрофагів в БАЛ у хворих туберкульоз (49,4 ± 6,9) % був знижений порівняно з хворими на пневмонію (71,1 ± 5,2) % та здоровими (81,7 ± 4,1) %, $p < 0,05$. В БАЛ хворих на негоспітальну пневмонію визначали тільки помірно підвищений рівень нейтрофілів порівняно зі здоровими, $p < 0,05$.

Отже, у переважної більшості хворих негоспітальну пневмонію із затяжним перебігом та туберкульоз легень визначають зміни в бронхах при бронхологічному обстеженні (відповідно у 73,3 % та 76,7 %). Ендоскопічне дослідження є інформативним для диференційної діагностики туберкульозу та негоспітальної пневмонії з затяжним перебігом. При туберкульозі в третини хворих визначають специфічне ураження стінки дренажного бронху, в 60,0 % пацієнтів — обмежений ендобронхіт III ступеня запалення. У хворих з негоспітальною пневмонією з однаковою частотою визначали дифузний (у 33 %) та обмежений ендобронхіт переважно I–II ступеня запалення (у 33,3 %).

Слепченко Н. С., Сідоров А. А., Мостовий Ю. М.
КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ НА ТЛІ ОЖИРІННЯ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Ожиріння є фактором ризику та несприятливим фоном для перебігу багатьох бронхолегеневих захворювань. Особи з ожирінням мають у 2 рази вищий ризик виникнення пневмонії, ніж загалом у популяції. Зростання ризику пневмонії пов'язане з гіповентиляцією та імунологічними розладами на тлі ожиріння.

У дослідження було включено 2 групи хворих на пневмонію: з нормальною (індекс маси тіла (ІМТ) = 23,5 ± 1,4, $n = 32$) та з ожирінням II–III ст. (ІМТ = 38,3 ± 2,7, $n = 37$). У пацієнтів з ожирінням частота дихання (24,5 ± 1,5 проти 20,5 ± 1,1) та ЧСС (92,6 ± 6,9 уд./хв проти 79,5 ± 4,5 уд./хв., $p < 0,05$) були вищими, тривалішим був інтоксикаційний період (10,5 ± 2,5 днів проти 6,0 ± 1,5 днів, $p < 0,05$). Аускультативні ознаки пневмонії у осіб з нормальною масою тіла зникали на 5–7-й день, у пацієнтів з ожирінням — на 9–11-й день. Ускладнення у вигляді плевриту виникли у 1 (3 %) пацієнта з нормальною масою тіла і у 4 (11 %).

Супутне порушення толерантності до глюкози відзначалось у 3 (9 %) осіб з нормальною масою тіла і у 21 (57 %) па-

цієнта з ожирінням. Порушення толерантності до глюкози вимагає певної обережності при застосуванні фторхінолонів, оскільки препарати цієї групи здатні призводити до різких коливань глікемії.

Ожиріння супроводжується неалкогольною жировою хворобою печінки, тому небажаним є використання у даної категорії пацієнтів антибіотиків з переважно печінковим шляхом виведення (цефтріаксон, рокситроміцин, азитроміцин, спіраміцин). Рекомендованими є препарати, що виводяться переважно нирками (амоксцилін/клавуланат, ампіцилін/сульбактам, цефуроксим, цефтазидим, кларитроміцин).

У хворих на пневмонію у поєднанні з ожирінням при застосуванні цефалоспоринов III покоління, ряду макролідів на 7–9-й день виникали ознаки порушення функціональної здатності печінки (болі у правому підребр'ї, гіркота у роті, підвищення рівня АСТ та АЛТ). З огляду на зниження функціональної здатності печінки таким пацієнтам слід рекомендувати захищені амінопеніциліни або респіраторні фторхінолони, а саме левофлоксацин та гатифлоксацин, які виводяться переважно нирками.

Соколова Л. І., Дудка П. Ф., Брюзгіна Т. С.
ВПЛИВ ІНТЕРВАЛЬНОЇ НОРМОБАРИЧНОЇ ГІПОКСИТЕРАПІЇ НА ЖИРНОКИСЛОТНИЙ
МЕТАБОЛІЗМ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНІВ

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, м. Київ

Основні фактори ризику хронічного обструктивного захворювання легенів (ХОЗЛ) є ініціаторами утворення реактивних метаболітів кисню, що супроводжується так званим "окислювальним вибухом" та виникненням про-антиоксидантного дисбалансу.

Метою нашої роботи є дослідження особливостей порушень жирнокислотного спектру в біомембранах і плазмі крові та оцінка ефективності інтервальної нормобаричної гіпокситерапії (ІГТ) в забезпеченні нормалізації жирнокислотного метаболізму.

Матеріали і методи. Обстежено 67 хворих на ХОЗЛ І–ІІ стадії віком від 42 до 62 років. Контрольну групу склали 22 здорові особи.

Дослідження жирнокислотного обміну проводилось в плазмі крові та мембранах еритроцитів. Газохроматографічний аналіз спектру жирних кислот (ЖК) мембран еритроцитів здійснювали на хроматографі серії "Цвет-500" в ізотермічному режимі. Метод ІГТ здійснювався шляхом зворотного дихання із замкнутого об'єму повітря на апараті "Гіпотрон".

Результати та їх обговорення. В жирнокислотному спектрі фосфоліпідів мембран еритроцитів відзначено зростання рівня насичених ЖК (НЖК) переважно за рахунок міристинової (С14:0) ЖК. Підвищення насиченості ліпідного комплексу є захисною реакцією, спрямованою на гальмування процесу ліпопероксидації та запобігання дестабілізаційних процесів на рівні біомембран. Достовірно зниження ненасиченості ЖК переважно за рахунок арахідонової (С20:4) ЖК свідчить про активацію процесу ліпідної пероксидації, що підтверджується збільшенням в 1,5 рази арахідонату в плазмі крові. Суттєве зниження рівня арахідонату в біомембранах може бути зумовлене надмірною активацією процесу перетворення її в кінцеві продукти

метаболізму. Гіперпродукція при цьому ейкозаноїдів веде до ініціації запальних реакцій.

Співставлення рівня ненасиченості ліпідного комплексу показало дещо більшу ступінь її вираженості в плазмі крові. Зростання рівня С20:4 ЖК в плазмі крові, як субстрату окислення ліпідів, є визначальним в ініціації і генерації ліпопероксидації, а також посиленні деструктивних процесів на клітинно-органному рівні.

Після проведеного курсу ІГТ відзначено позитивну динаміку жирнокислотного спектру фосфоліпідів мембран еритроцитів. Так, відмічено зниження насиченості ліпідного комплексу за рахунок зниження рівня С14:0, пальмітинової (С16:0) та стеаринової (С18:0) ЖК, що позитивно позначається на мікр'язкості ліпідного бішару та функціональній активності біомембран. Достовірно підвищення сумарної величини мононенасичених ЖК є свідченням активуючого впливу ІГТ на механізм антиоксидантного захисту. Збільшення рівня С20:4 у більшості пацієнтів з найбільшою ймовірністю зумовлене мобілізацією та включенням компенсаторних механізмів адаптації, спрямованих на регуляцію мікр'язкості ліпідного бішару, стабілізацію функціональної активності клітинних мембран та зниження синтезу біологічно активних ліпідних медіаторів з їх прозапальним ефектом.

Висновки. У хворих на ХОЗЛ відзначено порушення метаболічної конверсії та жирнокислотного спектру фосфоліпідів мембран еритроцитів і плазми крові, що є свідченням надмірної активації процесу ліпопероксидації та утворення ейкозаноїдів з їх негативними ефектами на функцію бронхіального дерева. ІГТ, як один із методів підвищення неспецифічної резистентності організму, позитивно впливає на процеси метаболічної конверсії ЖК, стабілізацію молекулярного шару біомембран і активацію енергетичного потенціалу клітин, що сприяє відновленню структури та функції слизової оболонки бронхів.

Сокур П. П., Макаров А. В., Кравчук Б. О.
МЕДІАСТИНАЛЬНИЙ СИНДРОМ У ДІТЕЙ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ ПІДГРУДНИННОЇ ЗАЛОЗИ

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, м. Київ

Вступ. Патологія підгруднинної залози (тимуса) у дітей об'єднує низку вроджених і набутих патологічних станів, які супроводжуються порушенням її функції та функції суміжних органів. Одним із кардинальних синдромів, обумовлених порушенням функції, є синдром збільшеної підгруднинної залози, складовою та морфологічним субстратом якої є її гіперплазія. У поле зору дитячих торакальних хірургів потрапляють хворі переважно за умов тривалої гіперплазії залози або за підозри на новоутвори (кісти, тератоми, тимоми та ін.). Як і більшість об'ємних процесів межистіння, гіперплазія та новоутвори підгруднинної залози проявляються синдромом медіастинальної компресії.

Результати дослідження. У клініці дитячої торакальної хірургії НМАПО комплексно обстежено, проліковано та перебуває під динамічним спостереженням 178 хворих із патологією підгруднинної залози, ускладненою бронхолегеневими захворюваннями. Залежно від структурних змін підгруднинної залози діагностовано: гіперплазію у 151 хворого; тимоми — у 19 хворих (11 із них доброякісні, 8 злоякісні); тератоми у 5; кісти — у 3 хворих.

У хворих із гіперплазією типовими скаргами були респіраторні (покашлювання чи кашель, задишка, утруднене дихання). Нозологічна низка бронхолегеневих захворювань включала:

бронхіт — 85,4 %, пневмонія — 8,5 %, ГРЗ — 6,1 %. Тривалість анамнезу захворювання становила: до 1 міс. — 59,1 %, від 1 до 3 міс. — 18,3 %, від 3 до 6 міс. — 14 %, від 6 до 12 міс. — 4,3 % і більше 12 міс. — 4,3 %. Особливістю анамнезу життя був високий рівень пренатальної патології (81,8 %) та вроджених вад розвитку (33,3 %), обтяженість алергічного та фтизіатричного анамнезу виявлено у 16,6 % та 20 % відповідно, а часті респіраторні захворювання зареєстровані у 54,5 % випадків. За віком хворі поділилися наступним чином: до року — 124 дитини; від 1 до 3 років — 11; від 3 до 5 — 5; від 5 до 10 — 9 хворих і старше 10 років — 2.

У групі хворих із доброякісними тимомами (11) та тератомами (4) основними скаргами були задишка та ціаноз при фізичному навантаженні, утруднене хрипле дихання, часто від народження, кашель, біль за грудниною, загальна втома. В анамнезі життя відмічено значний відсоток пренатальної патології, вроджених вад розвитку та обтяжений сімейний анамнез, стійкий рецидивний перебіг бронхолегеневих захворювань, обумовлений явищами локальної імобілізації трахеї та головних бронхів. У 4 хворих цієї групи (у 1 з тератомою та у 3 з кістами) утвори виявлено випадково під час диспансерного рентгенологічного обстеження органів грудної клітки. За віком хворі із утворами поділилися наступним чином: до року — 1; від 1 до

3 років — 3; від 3 до 5 — 3; від 5 до 10 — 4 і старше 10 років — 8. Співвідношення хлопчики/дівчатка загалом склало 1 : 1.

Група хворих (8) зі злоякісними тимомами характеризувався тяжким та вкрай тяжким перебігом, обумовленим виразними симптомами компресії переважно органів дихання — 72,7 % та специфічної (пухлинної) інтоксикації.

У клініці хворі всебічно обстежені. Поряд із загальноклінічними виконувалися: комплексне імунологічне, променево та інструментальні обстеження. Імунологічне дослідження мало за мету вивчення клітинного імунітету та інтерфероновому статусу. Усім хворим проводилась оглядова рентгенографія ОГК у прямій та боковій проекціях. У випадках значної асиметрії часток тимусу, нечіткості та поліморфності контурів, наявності включень в паренхімі призначалась комп'ютерна томографія, а за необхідності чіткого встановлення відносин (утвір-наволишні структури) виконувалась комп'ютерна пневмомедіастинотомографія. Хворим із симптомами компресії дихальних шляхів виконувалась трахеобронхоскопія, яка дозволяє визначити рівень і ступінь компресійного стенозу, а також стан трахеобронхіального дерева. За наявності дисфагічних явищ виконувались контрастна рентгеноезофагографія і/або езофагоскопія. У хворих із явищами ДН II—III ступенів та специфічної пухлинної інтоксикації здійснювалася доопераційна верифікація утвору шляхом трансторакальної комп'ютерної або торакоскопичної аспіраційної чи ексцизійної біопсії.

Хворим із гіперплазією підгруднинної залози на тлі бронхолегеневих захворювань призначалось комплексне консервативне лікування, яке включало: глюкокортикоїди, антибакте-

ріальну, бронхосанаційну, імункорегувальну та симптоматичну терапію.

Хворі з експресивною клінікою компресії дихальних шляхів і крупних судин, гіперплазованою підгруднинною залозою (12) та із доброякісними утворами (19) оперовані. Показаннями для оперативного втручання слугували: наявність утвору межистіння, необхідність морфологічної верифікації утвору шляхом відкритої біопсії з метою з'ясування його форми та ступеня зрілості, а також випадки, коли стійке збільшення маси та об'єму підгруднинної залози викликали явища медіастинальної компресії з порушення функцій суміжних органів. Переважний доступ торакотомний (27), у чотирьох випадках стернотомія, у двох із них із пухлинами великих розмірів, комбінована з передньобочковою торакотомією. Основний обсяг оперативних втручань склав: тимектомія — 3 випадки; субтотальна тимектомія — 2; гемітимектомія — 5; гемітимомектомія — 8; гемітимом-тимектомія — 3; видалення кіст тимусу — 5; видалення тератом — 5, один випадок з резекцією ділянки перикарда. Усі хворі виписані у задовільному стані. Летальних випадків не було.

Хворі зі злоякісними тимомами (8) переведені в онкологічні заклади.

Висновки. Хворі з виразними та стійкими явищами компресії органів межистіння, гіперплазованою підгруднинною залозою та доброякісними новоутворами підлягають оперативному лікуванню

Хворі з персистуючою гіперплазією підгруднинної залози вимагають комплексного обстеження та лікування, довготривалого диспансерного спостереження та проведення постійних оздоровчо-профілактичних заходів.

Солдатченко С. С., Дониц С. Г., Игнатонис И. П., Ульченко И. Г., Мальченко А. Г. УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

Крымский республиканский НИИ физических методов лечения и медицинской климатологии имени И. М. Сеченова, г. Ялта

Цель. Изучить возможности улучшения качества жизни (КЖ) у больных хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ) в условиях пульмонологического реабилитационного центра (ПРЦ).

Материал и методы исследования. 88 больным ХОЗЛ II стадии в клинически стабильном периоде (ОФВ₁ — 64,2 ± 1,2 % от должных, ОФВ₁/ФЖЕЛ — 65,3 ± 2,2 %) проведен 8-недельный курс легочной реабилитации в ПРЦ, организованном при Военно-медицинской службе ГУ СБУ в Автономной Республике Крым. Использовались стандартные медикаментозные (GOLD-2006), а также реабилитационные методики — респираторная кинезитерапия с помощью флаттеров и устройств для создания положительного давления на выдохе; галотерапия; программы дозированных физических нагрузок. Особое внимание уделялось обучению больных в ХОЗЛ-школе, а также обеспечению их телефонной консультативной помощью. Для всех пациентов разрабатывали индивидуальные планы действий, позволяющие оперативно корректировать проводимую терапию. Исследование КЖ проводилось методом самоанкетирования с использованием общего "Краткого вопросника оценки статуса здоровья" (официального русскоязычного аналога вопросника MOS SF-36). Уровень приверженности к лечению (ПЛ) рассчитывали по вопроснику Morisky (двухуровневые ответы на 4 вопроса с числом баллов от 0 до 4).

Результаты. При исходном обследовании у больных ХОЗЛ имели место низкая ПЛ (1,4 ± 0,2 балла), а также существенное снижение оценки благополучия (SF-36) по шкалам физического (PF), психологического (MN) и общего (GH) здоровья, жизнеспособности (V), а также ролевого (RF) и социального (SF) функционирования. После курсового лечения в ПРЦ значительно улучшились ПЛ (до 2,9 ± 0,2 балла, P<0,01), а также показатели КЖ, характеризующие психологическую сферу пациента и его взаимоотношения с окружающей средой (+ 28,6 %, P<0,01). Толерантность к физической нагрузке, оцененная по результатам теста с 6-минутной ходьбой, возросла на 19,2 % (P<0,05). В ходе дальнейшего годичного наблюдения отмечено положительное изменение течения ХОЗЛ: существенно снизилась частота госпитализаций больных (с 1,5 ± 0,2 до 0,2 ± 0,1, P<0,01), а также вызовов "скорой помощи" (с 1,4 ± 0,2 до 0,2 ± 0,1, P<0,01). Количество больных, постоянно принимающих базисное лечение ингаляционными бронхолитическими препаратами, увеличилось с 33,3 % до 67,7 % (P<0,01).

Заключение. Современные медикаментозные и реабилитационные методики, оказывают существенное воздействие на КЖ и ПЛ больных ХОЗЛ, позволяя значительно улучшить течение заболевания.

**Солдатченко С. С., Дониц С. Г., Игнатонис И. П., Ульченко И. Г.,
Овсянников Н. А., Мальченко А. Г.
ОРГАНИЗАЦИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ЦЕНТРОВ
В АВТОНОМНОЙ РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ**

Крымский республиканский НИИ физических методов лечения и медицинской климатологии им. И. М. Сеченова, г. Ялта

Легочная реабилитация является мультидисциплинарной, основанной на доказательной базе, всеобъемлющей системой мероприятий для больного хроническим заболеванием органов дыхания, имеющего клинически значимое течение заболевания и нарушение уровня повседневной активности. Интегрированная в ежедневное лечение легочная реабилитация призвана уменьшить проявления болезни, оптимизировать функциональный статус больного, уменьшить стоимость лечения за счет стабилизации или уменьшения системных проявлений болезни.

В 2002 г. при Крымском республиканском НИИ физических методов лечения и медицинской климатологии им. И. М. Сеченова создан пульмонологический реабилитационный центр (ПРЦ). Здесь больные обеспечены практически всеми реабилитационными методиками, рекомендованными международным медицинским сообществом и имеющими строгую доказательную базу: небулайзерной терапией с использованием фирменных растворов кортикостероидов, бронхолитических и отхаркивающих препаратов; респираторной кинезитерапией с помощью флаттеров и устройств для создания положительного давления на выдохе; галотерапией; ароматерапией; программами дозированных физических нагрузок (велозергметрия, терренкуры). При необходимости проводится психологическое (поведенческое) воздействие.

В 2004 году при непосредственном участии Крымского НИИ им. И. М. Сеченова открыт аналогичный ПРЦ в г. Симфе-

рополе на базе Военно-медицинской службы ГУ СБУ в Автономной Республике Крым, в 2006 г. — на базе Керченской городской больницы.

В соответствии с концепцией интегрированной медицинской помощи, сформулированной Всемирной Организацией Здравоохранения (2001), для адекватного обеспечения реабилитационных программ необходимо улучшение согласованности действий медицинских работников различных специальностей. С этой целью на базе Симферопольского ПРЦ приказом МЗ АРК была создана Республиканская пульмонологическая ВКК, вошедшая таким образом в единую систему реабилитации больных хроническими заболеваниями легких (ХЗЛ). В результате достигнуто снижение интенсивного показателя первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста, страдающих ХЗЛ, с 2,9 на 10 тыс. населения в 2003 г. до 1,6 в 2007 г. (по Украине — 1,9). Что касается больных ХОЗЛ, то здесь обсуждаемый показатель снизился с 0,8 на 10 тыс. населения в 2003 г. до 0,5 в 2007 г. (по Украине — 0,8).

Для информационного обеспечения внедрения программ легочной реабилитации в практическое здравоохранение Крыма проводятся республиканские научно-практические конференции, тренинги с врачами-пульмонологами, изданы тематический номер журнала "Крымский медицинский форум", а также "Стандарты оказания помощи пульмонологическим больным", утвержденные Министерством здравоохранения АРК.

**Сташенко А. Д.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОДНОВРЕМЕННОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИСКУССТВЕННОГО
ПНЕВМОТОРАКСА И ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМА У БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ
ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ**

Областной противотуберкулезный диспансер, г.Херсон

Цель: изучение эффективности и переносимости одновременного применения искусственного пневмоторакса и пневмоперитонеума при комплексном лечении туберкулеза легких в современных условиях.

Объект: 80 больных обеих полов с впервые выявленным деструктивным туберкулезом легких, подтвержденным микроскопическим и (или) культуральным исследованием, которые проходили стационарное комплексное лечение с использованием обоих методов коллапсотерапии в Херсонском областном противотуберкулезном диспансере.

Методы: 40 больных контрольной группы получали лечение согласно требований приказов МОЗ Украины № 384 и 385 от 09.06.2006; 40 больных основной группы дополнительно к проводимой терапии накладывали пневмоперитонеум и искусственный пневмоторакс на стороне поражения. Инфильтративный туберкулез легких в контрольной группе составил 29 человек (72,5 %), диссеминированный — 11 (27,5 %), в основной группе 28 (70 %) и 12 (30 %) соответственно. Группы были сопоставимы по возрасту, полу и сопутствующей патологии. Критериями эффективности лечения выбраны сроки стационарного лечения, абацилирования и закрытия полостей распада.

Результаты: в результате проведенного исследования с 80 % мощностью на уровне 95 % вероятности получены следу-

ющие показатели: длительность стационарного лечения в группе контроля составила $222,8 \pm 12,8$ койко-дня (указана ошибка репрезентативности средней), в группе применения пневмоперитонеума и пневмоторакса — $191,8 \pm 12,6$ койко-дней. Абацилирование в группе контроля во время стационарного лечения достигнуто у 32 больных (80 %), в основной группе — 36 (90 %). Закрытие полостей распада в контрольной группе наступило у 25 больных (62,5 %), а в группе коллапсотерапии — 36 (90 %). Таким образом получен достоверный практически значимый результат применения коллапсотерапевтических методик в комплексном лечении больных впервые выявленным деструктивным туберкулезом легких.

Выводы: применение коллапсотерапевтических методик: пневмоперитонеума и искусственного пневмоторакса в комплексном стационарном лечении больных туберкулезом легких в современных условиях позволяет сократить сроки лечения на 1–1,3 месяца по сравнению только с медикаментозной терапией. Процент абацилирования повышается на 10 %, а закрытие полостей распада на 27,5 % соответственно. Использование коллапсотерапии не сопровождается увеличением количества осложнений лечения и не требует дополнительных финансовых затрат.

Сташенко А. Д.
РОЛЬ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НЕЭФФЕКТИВНОГО
ИСКУССТВЕННОГО ПНЕВМОТОРАКСА В ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Областной противотуберкулезный диспансер, г. Херсон

Цель: изучение применения видеоторакоскопического пережигания сращений для коррекции неэффективного искусственного пневмоторакса при комплексном лечении туберкулеза легких в современных условиях.

Объект: 95 больных обеих полов с впервые выявленным деструктивным туберкулезом легких, которые проходили комплексное лечение с использованием искусственного пневмоторакса в Херсонском областном противотуберкулезном диспансере.

Методы: пережигание сращений проводилось по стандартной методики при помощи видеоторакоскопических комплексов "Storz" и "Olympus" в случаях рентгенологически определяемых сращений после наложения искусственного пневмоторакса для коррекции его объема и предупреждения осложнений: напряженного пневмоторакса, внутриплеврального кровотечения, инфицирования плевральной полости.

Результаты: в исследуемой группе мужчин было 69 (72,6 %), женщин — 26 (27,4 %). Возраст больных колебался от 20 до 58 лет, средний возраст составил $34,2 \pm 1,6$ года (указана ошибка репрезентативности средней). Сельских жителей — 41

(43,2 %), городских — 54 (56,8 %). Стационарное лечение продолжалось от 4,8 до 12,2 мес, в среднем $6,2 \pm 0,45$ мес (указана ошибка репрезентативности средней). Искусственный пневмоторакс накладывался через 2 месяца после начала лечения в случаях неэффективности стандартной терапии. Пережигания сращений понадобилось у 34 пациентов (35,8 %). Осложнений при операциях не было, в послеоперационном периоде у 3 больных возник пневмоплеврит, купированный пункционно; у 6 — умеренно выраженная подкожная эмфизема, не потребовавшая дополнительного лечения. Других осложнений не было.

Выводы: видеоторакоскопическое пережигание сращений при неэффективном искусственном пневмотораксе является важным этапом лечения больных деструктивным туберкулезом легких. 35,8 % больных при лечении искусственным пневмотораксом нуждаются в пережигании сращений для его коррекции, предупреждения разрыва легкого, внутриплеврального кровотечения, инфицирования плевральной полости. Вмешательство не сопровождается тяжелыми осложнениями и не ухудшает последующее лечение больных.

Стовбан М. П., Островський М. М.
ОЦІНКА РЕГУЛЯТОРНОГО ЦИТОКІНУ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-6 В ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ
НЕГОСПІТАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЙ (НП) НА ФОНІ АНЕМІЧНОГО СИНДРОМУ

Івано-Франківський державний медичний університет

Вступ. В Україні протягом останніх років постають статистичні факти щорічного збільшення на 2–3 % поширеності НП. За останні 10 років захворюваність на дану патологію коливалася від 3,9 до 4,7 випадків на тисячу населення (Фещенко Ю. І., 2006). Однак і вітчизняні, і зарубіжні вчені одногласно стверджують, що і на сьогодні розуміння етапів формування, а особливо прогресування НП на тлі супутньої патології залишається недостатньо з'ясованим (Нейко С. М. та співав., 2005; Фещенко Ю. І., 2007, 2008). Існує вкрай мало досліджень щодо стану балансу цитокінового каскаду і його ролі в патогенезі запалення легень (Чернушенко К. Ф., 2006; Яшина Л. О., 2007).

Об'єктом дослідження є вивчення рівнів інтерлейкіну-6 у бронхоальвеолярному вмісті в процесі лікування НП на фоні анемічного синдрому.

Методи обстеження. Динаміку рівнів інтерлейкіну-6 у бронхоальвеолярному вмісті вивчали у 28 пацієнтів із НП та у 21 пацієнта із НП на фоні анемічного синдрому. Контрольна група становила 15 практично здорових осіб (ПЗО). Діагноз НП встановлено за критеріями чинного в державі наказу МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. Критеріями анемії прийнято рівень гемоглобіну менше 130 г/л у чоловіків (менше 120 г/л у чоловіків, старших 70 років), та менше 115 г/л у жінок. Рівні ІЛ-6 визначали методом імуноферментного аналізу на аналізаторі

"StatFax 303 Plus" за допомогою реагентів "ПроКон" (ТЗОВ "Протеїновий контур", Росія) в бронхоальвеолярній рідині, яку отримували з урахуванням локалізації запального ураження легень, при проведенні фібробронхоскопії за методикою Clements S. (1967) у модифікації Ramirez H. (1980).

Результати. Проведені дослідження показали, що у ПЗО рівень інтерлейкіну-6 у бронхоальвеолярному вмісті становив $(40,23 \pm 3,45)$ пг/мл ($p < 0,05$). У пацієнтів з НП до початку лікування вміст ІЛ-6 становив $(215,58 \pm 2,36)$ пг/мл ($p < 0,05$), тоді як у пацієнтів із НП на фоні анемічного синдрому (переважно верифікували нормохромну анемію легкого ступеня тяжкості) вміст ІЛ-6 становив $(254,13 \pm 2,07)$ пг/мл ($p < 0,05$). Після завершення стаціонарного лікування (21 день) концентрація ІЛ-6 у бронхоальвеолярній рідині зменшилася у 4,1 рази і становила $(53,27 \pm 1,14)$ пг/мл ($p < 0,05$) у хворих на НП, а у пацієнтів із НП на фоні анемічного синдрому — рівень ІЛ-6 був більш торпедним до терапевтичного впливу і становив $(106,03 \pm 1,07)$ пг/мл ($p < 0,05$).

Висновки. Отже, верифікація анемічного синдрому при НП супроводжується достовірно більшим вмістом у бронхоальвеолярній рідині рівня ІЛ-6, який не ліквідується при використанні загальноприйнятого базового лікування, що обумовлює подальший пошук нових більш сучасних схем терапії такої поєднаної патології.

**Стовбан М. П., Островська О. М., Макарчук О. М., Вагилевич В. В.,
Стовбан І. В., Островський М. М.**
ІМУНОКОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ ФАГОЦИТОЗУ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ЗАПАЛЕННІ

Івано-Франківський державний медичний університет

Мета: вивчити стан фагоцитарної ланки імунітету при хронічних запальних захворюваннях (ХЗЗ) і динаміку показників фагоцитарної активності на фоні проведеної імуномодулюючої терапії.

Матеріали та методи: динаміку показників фагоцитарної активності визначали у двох групах: перша група — пацієнти із загостренням ХЗЗ, які отримували традиційне лікування (20 осіб), друга група — пацієнти із загостренням ХЗЗ, які додатково отримували імуномодулятори (28 осіб). В клінічні групи увійшли пацієнти із різними ХЗЗ — хронічний бронхіт, затяжний перебіг негоспітальної пневмонії, аднексит, пієлонефрит. В якості імуномодулятора, який діє на фагоцитарну активність, використовували ербісол по 2.0 в/м 1 р/д, курсом 14 днів.

Результати: виявлено зниження фагоцитарної активності нейтрофільних лейкоцитів крові в досліджуваних групах, що проявлялось в достовірному зменшенні проценту фагоцитар-

них клітин; зниженні поглинаючої активності фагоцитів, на що вказують результати порівняння показника фагоцитарного числа при загострення ХЗЗ із групою контролю. Також спостерігалась тенденція до зниження мікробіоцидної функції фагоцитів в двох групах до початку лікування. На фоні лікування в групах пацієнтів, які одержували препарат ербісол, виявлено більш швидку динаміку нормалізації значень показників фагоцитарної активності в порівнянні із групою, яка отримувала тільки традиційну терапію.

Висновки: На основі результатів проведеного дослідження, на нашу думку, доцільно використовувати супутню імуномодулюючу терапію у пацієнтів із ХЗЗ, так як саме вона дозволяє добитися більш швидкої позитивної клінічної динаміки і відновлення фагоцитарної активності та природнього санування запального вогнища.

**Стриж В. О., Костроміна В. П., Сіваченко О. Є., Білогорцева О. І., Речкіна О. О.,
Симоненкова Н. В., Ярощук Л. Б., Отрощенко А. О., Вербняк О. О.**
**КЛІНІЧНИЙ АНАЛІЗ ОБМЕЖЕНОЇ ТА ПОШИРЕНОЇ ФОРМИ ІНФІЛЬТРАТИВНОГО
ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ У ДІТЕЙ**

ДУ "Національний інститут фізичної та пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України"

Робота виконувалась за кошти державного бюджету, відповідно до чинного законодавства України, етичних принципів Хельсінської декларації. Обстежено 87 дітей старшого віку та підлітків (9–17 років), які перебували на стаціонарному лікуванні з приводу інфільтративного туберкульозу легень (ІТЛ): I група — 55 (63,2 %) пацієнтів з обмеженим ІТЛ (ОІТЛ); II група: 32 (36,8 %) — із поширеним процесом (ПІТЛ). Незалежно від поширеності процесу на ІТЛ однаково часто захворюють як хлопці, так і дівчата. Поширена форма ІТЛ майже в 4 рази частіше виникає у віці 15–17 років. Основним методом виявлення ІТЛ у дітей і підлітків є активне звернення хворих за медичною допомогою — 41,8 % і 75,0 %, за даними туберкулінодіагностики — лише 7,3 % і 3,1 %, відповідно. Термін з моменту виникнення клінічних проявів захворювання до встановлення правильного діагнозу в середньому становить у хворих з ПІТЛ (4,1 ± 1,0) міс., а у хворих з ОІТЛ — (2,8 ± 0,5) міс.

Серед осіб із ПІТЛ виявлена тенденція до зростання частоти випадків невакцинованих ВСГ, або неякісно вакцинованих, що склало 34,4 % проти 25,5 % при ОІТЛ. Середній розмір рубчика у дітей із ПІТЛ складав (3,6 ± 0,5) мм, у групі пацієнтів із ОІТЛ — (4,8 ± 0,4) мм, $P > 0,05$. Сумнівну та негативну реакцію на пробу Манту 2 ТО туберкуліну спостерігали у 7,3 % хворих із ОІТЛ та у 18,8 % із ПІТЛ, а гіперергічну реакцію — у 25,5 % і 21,9 % відповідно. Серед обстежених дітей, які захворіли на ІТЛ, хіміопротифілактика не проводилась у 84,4 % осіб з ОІТЛ і у 89,1 % дітей з ПІТЛ. Обтяжений соматичний анамнез, хронічні вогнища неспецифічної поєднувались із більш тяжким перебігом ІТЛ у 40,0 % осіб із ОІТЛ, при ПІТЛ — у 62,5 %. Хворі на ПІТЛ достовірно частіше мали хронічні неспецифічні захворювання шлунково-кишкового тракту та гепатобіліарної системи (65,8 % проти 18,2 %). При важкому перебігу ІТЛ у 40,0 %

дітей виникають дисметаболическі розлади у міокарді. ПІТЛ удвічі частіше, ніж ОІТЛ, спостерігається у підлітків з астеничною конституцією. Для ОІТЛ більш характерний поступовий початок захворювання, для ПІТЛ — гострий, що в більшості випадків є результатом поступового інперцептного перебігу специфічного запалення в легенях в умовах порушення режимів масового флюорографічного профілактичного обстеження підлітків і дефектного тлумачення рентгенограм.

Прояви інтоксикації спостерігалась у 68,8 % хворих на ПІТЛ і у 54,5 % при ОІТЛ. Достовірна різниця встановлена за частотою виникнення задишки: обмежений процес — 3,3 %, поширений — 9,1 %. Половина хворих із ПІТЛ скаржились на поєднання загальної кволості з підвищеною пітливістю, що у 1,4 рази частіше, ніж у дітей з ОІТЛ. ПІТЛ в 1,6 рази рідше має перебіг без кашлю (34,4 % проти 54,5 % при ОІТЛ). При стетоскопічному обстеженні у 28,1 % дітей з ПІТЛ відмічалось вкорочення перкуторного тону; у 56,2 % — зміни характеру дихання, у половині дітей вислуховувалось жорстке або послаблене; у 25,0 % — хрипи при аускультатії, із них вологі на обмеженій ділянці — у 50,0 % хворих, поєднані сухі й вологі — у 50,0 %. У дітей з ОІТЛ вкорочення перкуторного тону та зміни характеру дихання виявлялись удвічі рідше. Ураження правої легені більш характерно для обмеженої форми ІТЛ (63,6 % проти 37,5 % при поширеній формі). При ПІТЛ тотальне ураження лівої легені виникало в 4,4 рази частіше, ніж правої (36,4 % проти 8,3 % відповідно). ПІТЛ у підлітків характеризується локалізацією у нижніх відділах правої легені (33,3 %), а також більш високою, ніж при обмеженій формі, частотою тотального ураження лівої легені (36,4 %) або двох легень (28,1 %). Перебіг ІТЛ супроводжувався ускладненнями у 14,5 % хворих із обмеженою формою та у 68,8 % — при поширеному процесі.

Стриж В. О., Костроміна В. П., Суслов Є. І., Ліскіна І. В.,
Сіваченко О. Є., Череднік Ю.О.

СТАН ШЛЯХІВ ВИЯВЛЕННЯ ТА ОЦІНКА РИЗИКУ РОЗВИТКУ ЛОКАЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ДІТЕЙ

ДУ "Національний інститут фізіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України"

Ефективність та своєчасність виявлення туберкульозу органів дихання (ТОД) залишаються сьогодні актуальними не тільки для фізіатрії, але й для педіатрії в цілому. Незважаючи на проведення масових профілактичних заходів, продовжується погіршення структури клінічних форм туберкульозу (ТБ) в дітей.

Мета дослідження. Визначити доцільність фотогістохімічного тесту для своєчасної діагностики обмежених форм туберкульозу у дітей.

Результати дослідження. Робота виконувалась за кошти державного бюджету, відповідно до чинного законодавства України, етичних принципів Хельсінської декларації. Вивчені особливості обмеженої форми інфільтративного туберкульозу легень у відкритому рандомізованому клінічному дослідженні 32 дітей 6–14 років (I група) і 43 осіб 15–17 років (II група). Групи складені ідентичними за параметрами фізіологічного стану, який оцінювали шляхом бальної оцінки за системою SAPS II та обчислення лейкоцитарного індексу інтоксикації. Тяжко хворих не було, у всіх встановлені рентгенологічні ознаки активності ТБ. В обох групах переважали дівчатка (2 : 1) та мешканці міста (70,0–71,9 %).

Особливо ретельно проаналізовані шляхи виявлення захворювання: при звертанні за медичною допомогою виявлено 64,8 % хворих, при профілактичних оглядах у школах — 30,5 %, внаслідок масової туберкулінодіагностики — тільки 4,7 %. Реакції на тест Манту з 2 ТО РРД-Л у більшості дітей (71,3 і 68,4 %) були позитивними (5 — 16 мм), гіперергічні зустрічались у 9,5 та 14,4 %, негативні та сумнівні — у 19,2 та 17,2 %. У 72,9 % дітей масова туберкулінодіагностика виконувалась нерегулярно, тому визначити момент "віражу" тубпроб або ранній період первинної туберкульозної інфекції, вдалось лише у 56,5 % хворих. При вступі у клініку, перед початком лікування, фотогісто-

хімічна реакція встановлена негативною у 25,9 % дітей, позитивною — в 69,2 %, слабопозитивною — в 14,8 %. Тобто, при активних формах ТБ у дітей діагностична чутливість фотогістохімічного способу відносно результатів клініко-рентгенологічної діагностики, становить лише 84,0 % (відкритим методом дослідження), що свідчить про недостатню чутливість цього методу і недоцільність його для скринінгової діагностики ТБ в дітей. Бактеріовиділення було мізерним (2,6 %), тому бактеріологічний метод також не може бути скринінговим критерієм діагностики ТБ у дітей. На ранніх етапах захворювання майже всі діти, хворі на ТБ, мали дезорганізацію в системі адаптації: серед осіб I та II груп реакції стресу зустрічались у 55,6 та 75,6 %, $P > 0,05$; тренування — у 11,1 та 8,9 %, $P > 0,05$; підвищеної активації — 33,3 та 15,6 % при $P < 0,05$. Тобто, у більшості (в середньому 90,0 %) вперше виявлених дітей, хворих на ТОД, особливо старшого віку та підлітків, системи адаптації перебувають у стані стресу та виснаження.

Висновки. З метою ранньої діагностики ТБ і/або визначення його активності можливе використання фотогістохімічного методу дослідження у вигляді експрес-аналізу з візуальною оцінкою результатів, але з одночасним обчисленням критерію адаптації за показниками формули периферичної крові. Незалежно від рівня відносної кількості лейкоцитів крові, якщо співвідношення відсотку лімфоцитів до сегментоядерних нейтрофілів складає менше 0,31 у.о. або більше 0,71 та фотогістохімічний тест дає позитивний або слабо позитивний результат, таку дитину відносять до категорії високого ризику розвитку локальної форми туберкульозу. За результатами проведених досліджень ефективність такого способу складає 92 — 93 %. Даний метод недорогий і може бути використаний практичною охороною здоров'я для скринінгу на туберкульоз дітей із груп ризику.

Султанов Н. П.

АЛЬТЕРНАТИВНАЯ КОНЦЕПЦИЯ ХИМИОПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА В ОЧАГЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

Главный военный клинический госпиталь МО Украины, г. Киев

Проводимая в настоящее время химиопрофилактика туберкулеза в очаге туберкулезной инфекции, на наш взгляд, не в полной мере учитывает сложившуюся эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу и требует коррекции. Ее недостатками являются:

— химиопрофилактика в очаге проводится без более полного учета опасности очага инфекции для окружающих больных туберкулезом лиц;

— химиопрофилактика проводится контактным в очаге практически без учета иммунного статуса и без применения иммунокорректирующих препаратов;

— название метода "химиопрофилактика туберкулеза" не отражает полного содержания метода.

При теперешней эпидемиологической ситуации по туберкулезу, когда имеет место мульти- и полирезистентность микобактерий туберкулеза к антимикобактериальным препаратам, нельзя проводить медикаментозную профилактику контактным в очаге без учета степени и опасности инфекции для окружающих. С учетом резистентности МБТ и бактериовыделения в

очаге туберкулезной инфекции нами предлагается следующая градация очагов по степени их опасности для окружающих:

1. Очаг крайне высокой степени опасности, когда в очаге больной с мульти- или полирезистентностью МБТ (очаг I а степени опасности).

2. Очаг высокой степени опасности, когда в очаге больной выделяет МБТ, резистентные к одному или двум антимикобактериальным препаратам (очаг I в степени опасности).

3. Очаг умеренно высокой степени опасности, когда в очаге больной с микобактериовыделением с чувствительными МБТ ко всем противотуберкулезным препаратами больной с деструктивным туберкулезом легких без установленного микобактериовыделения (очаг I б степени опасности).

4. Очаг умеренной степени опасности, когда в очаге больной туберкулезом без деструкции и микобактериовыделения (очаг II степени опасности).

5. Очаг не высокой (слабой степени опасности), когда в очаге больной с закрытыми формами туберкулеза (экссудативный плеврит и др.) — или после основного курса эффективного лечения.

Исходя из данной градации очагов туберкулезной инфекции по степени опасности для окружающих контактных должна проводиться разная по режиму и объему медикаментозная профилактика.

Нашими исследованиями установлено, что заболеваемость туберкулезом до 72,0 % имели место нарушения в своем иммунном статусе. Поэтому важно контактным в очагах высокой опасности перед назначением медицинской профилактики исследовать состояние иммунитета и в зависимости от выявленных нарушений назначать иммуно-корректирующие препараты.

Ныне проводимую химиопрофилактику мы предлагаем именовать как иммуномедикаментозную профилактику или иммуноантимикобактериальную профилактику — это отражает содержание проводимой профилактики и не травмирует психику получающих эту профилактику.

Предлагаемая нами концепция профилактики туберкулеза в очаге позволит с учетом степени опасности очага более эффективно проводить профилактику туберкулеза контактным, что приведет к снижению в стране заболеваемости туберкулезом.

Султанов Н. П., Веселовский Н. В. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ УКРАИНЫ ЗА 5 ЛЕТ (2003—2007 гг.) И ЕЕ ПРИЧИНЫ В АРМИИ

Главный военный клинический госпиталь МО Украины, г. Киев

Эпидемиологическая обстановка и заболеваемость туберкулезом в Вооруженных силах Украины за последние 5 лет (2003—2007 гг.) была и остается неблагополучной. На фоне эпидемии туберкулеза с 1995 года среди населения Украины наблюдается резкое повышение заболеваемости туберкулезом и у военнослужащих, в армии (табл. 1), причем уровень заболеваемости туберкулезом в армии находится в прямой корреляции с уровнем заболеваемости этой инфекцией у гражданского населения страны.

Это подобная закономерность взаимосвязи уровней заболеваемости туберкулезом у военнослужащих и остального населения страны, вполне объяснима, так как жизнь и деятельность Вооруженных Сил, их комплектация и материальное обеспечение тесно связаны с жизнью всей страны, со всеми факторами, действующими в государстве.

Как видно из таблицы 1, заболеваемость туберкулезом у военнослужащих МО по состоянию на 2007 год остается высокой и составляет у солдат — 90,0 %, у офицеров — 80,0 % на 100 тыс. личного состава и является выше, чем у населения страны. Причинами высокой заболеваемости туберкулезом у солдат и офицеров являются факторы риска, действующие в эти годы, как в общенациональном масштабе и плюс дополнительно специфические факторы, вытекающие из особенностей войскового уклада жизни. На наш взгляд, в обобщенном виде, причинами высокой заболеваемости туберкулезом в армии являются:

— ухудшение качества жизни в результате проводимых в стране политико-экономических реформ и переустройств государства;

— особые условия жизни и деятельности солдат и офицеров с частыми стрессами и действием повышенных психоэмоциональных нагрузок;

— недостаточные обследования призывников до призыва в армию, в результате которого имеет место проникновение в армию лиц с активными формами туберкулеза (4,5 % 2007 г.), несвоевременное выявление и адекватное реагирование на наличие медицинских факторов риска развития туберкулеза у призывников во время службы в армии. Имеет место недооценка этих факторов риска призывными медицинскими комиссиями.

ми. Нами установлено, что медицинские факторы риска туберкулеза у призывников встречаются довольно часто и играют существенную роль в развитии туберкулеза у них в последующие годы службы (табл. 2).

Кроме указанного, в заболеваемости туберкулезом у военнослужащих имеет значение недостаточная настороженность к туберкулезу в общей медицинской сети и у самих призывников. Сыграло свою отрицательную роль и ослабление фтизиатрической службы, как в системе МОЗ, так и в МО из-за сокращения коек, туберкулезных стационаров, диспансеров и кадров.

Минимизация действия всей совокупности факторов риска развития туберкулеза, улучшение качества жизни людей приведет к снижению заболеваемости туберкулезом.

Таблица 1
**Динамика заболеваемости туберкулезом у
военнослужащих МО инаселения Украины за период с 2003
по 2007 год (на 100 тыс. личного состава)**

Контингент	2003	2004	2005	2006	2007
Солдаты	70,0	80,0	86,0	92	90
Офицеры	60,0	90,0	78,0	81	80
Население Украины	77,3	80,9	84,1	83,2	79,8

Таблица 2
**Частота медицинских факторов риска туберкулеза у
призывников, заболевших в армии туберкулезом**

№ № пп	Фактор риска	% встречаемости	из них заболело в %
1.	Семейный туб. контакт	0,14	89,1
2.	Посттуберкулезные знаки в легких, на плевре и во внутригрудных лимфоузлах	4,04	71,6
3.	Снижение иммунитета	57,5	53,2
4.	Реакция по Манту > 20 мм	10,6	26,0

Султанов Н. П., Стратович Л. Н.
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, ИМЕЮЩИХ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ТУБКОНТАКТ

*Главный Военный клинический госпиталь МО Украины, г. Киев
 Алушкинский центральный военный санаторий МО Украины, г. Алушка, АР Крым*

Медицинские работники в туберкулезных отделениях находятся в постоянном профессиональном контакте с больными туберкулезом, что является фактором риска заболеть туберкулезом. По результатам нашего исследования, призывники, находившиеся в семейном тубконтакте, в 89,1 % случаев заболевают на службе в армии туберкулезом. Эта категория лиц болеет в 26 раз чаще, чем те, которые не имели семейного тубконтакта. Профессиональный тубконтакт по своей значимости в развитии туберкулеза у контактировавшего даже выше, чем семейный контакт, так как медицинский работник в процессе своей деятельности может контактировать с больными с запущенными формами туберкулеза, выделяющими поли- и мультрезистентные микобактерии туберкулеза.

По данным МОЗ Украины за 2007 год заболеваемость туберкулезом среди медицинских работников противотуберкулезных учреждений и кабинетов в Украине достаточно высока, она в 2007 году на 1,5 % выше заболеваемости населения и составляла 8,1 % на 10 тыс. медработников, что составило в 2007 году 674 медицинских работника.

Нами, с целью выявления заболеваемости туберкулеза среди медработников туберкулезных отделений Алушкинского центрального военного санатория МО Украины и Главного военного клинического госпиталя МО Украины, г. Киев в течении 35 лет с 1972 года велось наблюдение за 249 медицинскими работниками. Среди наблюдаемых были врачи — 42 чел., медицинские сестры — 92 чел., младшие медицинские сестры — 109 чел. По продолжительности работы в туберкулезных отделениях было: до 3-х лет — 19 чел., 3–5 лет — 20 чел., 6–10 лет — 83 чел., 11–15 лет — 61 чел., 16–20 лет — 32 чел., 21–25 лет — 28 чел., 26–30 — 9 чел., 31–35 лет — 7 чел.

По возрасту группы распределились: 18–20 лет — 12 чел., 21–30 лет — 32 чел., 31–40 лет — 42 чел., 41–50 лет — 55

чел., 51–60 лет — 68 чел., 61–70 лет — 37 чел., старше 70 лет — 3 чел. Из 249 медицинских работников за 35 лет наблюдения заболело туберкулезом 8 человек, из них: врачи — 3 чел., медицинские сестры — 4 чел., младшие медицинские сестры — 4 чел.

Заболевания врачей: инфильтративный туберкулез легких в фазе распада, МБТ (+), туберкулез у них диагностирован через 10–12 месяцев после начала работы в тубстационаре. У одного из врачей через 9 и 40 лет наблюдались рецидивы туберкулеза в виде полиорганного туберкулеза (оболочки глаза, почки, легкие). Возраст заболевших врачей от 23 до 40 лет. У медицинских сестер выявлены: очаговый туберкулез, МБТ (–) — 3 чел., туберкулез внутригрудных лимфоузлов — 1 чел., туберкулез у них выявлен через 1–3 года после начала работы в противотуберкулезных отделениях. Возраст заболевших от 20 до 40 лет. У младших медицинских сестер в процессе работы диагностированы: инфильтративный туберкулез легких в фазе распада, МБТ (+) — 1 чел., диссеминированный туберкулез фазе распада МБТ (+) — 1 чел., очаговый туберкулез легких — 1 чел., туберкулез внутригрудных лимфоузлов — 1 чел. Заболевание выявлено через 1–3 года после начала тубконтакта, возраст заболевших от 45 до 48 лет. Первичную химиопрофилактику из числа заболевших врачи не получали, медицинские и младшие медицинские сестры получали коротким курсом в течении 1 месяца. Таким образом, работа в туберкулезных отделениях для медицинских работников сопряжена с риском заболевания туберкулезом. Медицинские работники, имеющие профессиональный тубконтакт подлежат систематическому медицинскому наблюдению и нуждаются в ежегодных оздоровительных мероприятиях (оздоровление в климатическом санатории в период очередного отпуска).



Супрунець О. П.
ПОБІЧНІ РЕАКЦІЇ НА ОСНОВНІ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНІ ПРЕПАРАТИ
У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ ПРИ ЛІКУВАННЯ ВДТБ ЛЕГЕНЬ

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, Київ

Побічні дії на ті чи інші антибактеріальні препарати часто є причиною недостатньо ефективного або тривалішого лікування. З метою вивчення частоти та характеру побічних реакцій на основні протитуберкульозні препарати (ПТП) у хворих похилого віку (60 років і старші) було проаналізовано історії хвороби та амбулаторні картки 220 пацієнтів похилого віку. Результати порівнювали з даними лікування 135 пацієнтів віком від 18 до 50 років. Всі хворі були з вперше діагностованим туберкульозом легень (ВДТБ). Групи достовірно не відрізнялися між собою за такими параметрами як: стать, клінічні форми туберкульозу легень та основні характеристики тубпроцесу (поширеність змін та наявність деструкції легеневої тканини, наявність бактеріовиділення). В залежності від характеристики тубпроцесу всі пацієнти отримували стандартні 4- або 5-компонентні режими лікування згідно наказу № 385 МОЗ України від 09.06.06. Так, 163 хворих похилого віку та 90 пацієнтів молодого віку отримували 4-компонентні режими лікування. Вони включали в інтенсивну фазу щоденний прийом протягом 2 місяців 4 препаратів: ізоніазид (H), рифампіцин (R), піразинамід

(Z), стрептоміцин (S) або етамбутол (E) і в підтримуючу фазу (4 місяці) 2 препарати — HR. Ще 57 хворих похилого віку та 45 молодих пацієнтів з поширеними формами ВДТБ легень отримували 5-компонентний режим лікування. Він включав прийом в інтенсивну фазу протягом 2 місяців щоденно 5 препаратів: HRZSE і ще 1 місяць 4 препарати — без стрептоміцину, в підтримуючу фазу — 3 місяці 3 препарати: HRZ (або E) і 2 місяці 2 препарати: HR.

В процесі дослідження було встановлено, що у пацієнтів похилого віку переносимість протитуберкульозних препаратів гірша. Так, побічні реакції на основні ПТП у них зустрічались у 20,25 % проти 6,67 % в контрольній групі при застосуванні 4-компонентного режиму, і у 22,64 % випадків проти 6,67 % в групі молодих при застосуванні 5-компонентного режиму. При застосуванні 4-компонентного режиму лікування побічні реакції в обох групах частіше викликав ізоніазид — у 7,59 % випадків в основній та у 3,33 % — в контрольній групі. Вони проявлялися реакціями токсичного характеру — головокружіння, посилене серцебиття, підвищення артеріального тиску. Пірази-

намід викликав побічні дії у 5,70 % у хворих похилого віку і у 3,33 % у молодих. В основній групі це були токсичні реакції: диспепсія, реактивний поліартрит, в контрольній у 2 випадках було зафіксовано токсико-алергічний дерматит. В основній групі у 4,43 % випадків побічні реакції викликав стрептоміцин: в 1 випадку — алергічний дерматит, інші токсичного характеру — підвищення артеріального тиску, погіршення слуху. Лише у осіб похилого віку у 3,80 % токсичні побічні дії викликав рифампіцин (гепатотоксичність) і у 3,16 % — етамбутол (погіршення зору). При застосуванні 5-компонентного режиму лікування побічні реакції у хворих похилого віку частіше викликав стрептоміцин — 9,43 % і рифампіцин — 7,55% (реакції токсичного характеру). В контрольній групі побічних дій цих препаратів виявлено не було. Ізоніазид викликав побічні реакції токсичного характеру у 5,66 % осіб в основній та у 2,22 % в контрольній групі, піразинамід у 5,66 % та у 4,44 % випадків відпо-

відно. 93,3–100 % випадків побічних реакцій виявлялись під час інтенсивної фази лікування.

Здебільшого побічні реакції у хворих похилого та старечого віку носили усунний характер — в 87,18–100 % випадків для їх ліквідації було достатньо тимчасової відміни препаратів, корекції порушень із застосуванням симптоматичних засобів та зниження дози препаратів.

В цілому більша кількість побічних реакцій у хворих похилого віку ніж у молодих пацієнтів суттєво не вплинула на кінцевий результат ефективності хіміотерапії ВДТБ легень. Так, у хворих, які отримували 4-компонентний режим лікування за I категорією вилікування настало у 85,48 % в основній групі, в контрольній — у 91,80 % ($p > 0,05$), за III категорією — відповідно у 94,87 % і 93,10 % ($p > 0,05$), у осіб, які отримували 5-компонентний режим — 80,70 % проти 75,56 % в контрольній ($p > 0,05$).

Суслов Е. И., Подгаевская Т. П. ТУБПРОБА — АЛЬТЕРНАТИВА МАНТУ

ГУ "Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского АМН Украины"

Метод основан на открытом явлении кальций-белково-зависимой детерминации дифференцирования клеток и предназначен для определения риска заболевания туберкулезом.

Исследования проводят на мазках нативной крови пациентов.

Мазки обрабатывают специфическим комплексом, раствором туберкулина и проявителем кальций-белковых комплексов. При наличии активного туберкулеза в зоне нанесения реактивов после их подсыхания выявляют специфическое кольцеобразное расположение продуктов гистохимической реакции.

В случае отсутствия туберкулеза продукты реакции располагаются радиарно. Заключение по исследованию можно получить через 2–3 часа.

Имеется решение контрольной комиссии института от 20.11.2000 г. по проверке эффективности нового способа диагностики туберкулеза двойным "слепым" методом, в котором указано, что чувствительность тубпробы относительно клинических диагнозов — 81 %, а диагностическая чувствительность данного метода относительно метода микробиологического достигает 100 %.

Работа выполнена за счет средств госбюджета института.

Суханова Л. А. ДИСПЛАЗІЯ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ОПЕРОВАНИХ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Складність ситуації по туберкульозу, яка відмічається в періодичний час в Україні, обумовлена високою питомою вагою інфільтративного туберкульозу легень з розповсюдженим ураженням, розпадом і бактеріовиділенням, а також появою гостропрогресуючих та резистентних форм захворювання.

Сполучна тканина є важливою складовою всіх органів. За своїм характером вона багатофункціональна. У зв'язку з цим можливо припустити, що вона приймає участь в усіх патологічних процесах, які відбуваються в організмі, а також впливає на їх перебіг та вихід.

Мета роботи: виявлення фенотипічних ознак ДСТ (дисплазії сполучної тканини) організму і рентгенологічних критеріїв ДСТ легень у хворих, оперованих з приводу туберкульозу легень у зв'язку з відсутністю ефекту від проведеної хіміотерапії.

Матеріали та методи: проведено клінікорентгенологічне обстеження 47 хворих на туберкульоз легень, з них жінок було 13, чоловіків — 37. Віковий склад пацієнтів: 15 хворих — 18–20 років, 32 — 31–50, 3 — 51–70 років.

За клінічними формами: інфільтративний туберкульоз діагностовано у 70 % хворих, туберкульома — у 24 %, фіброзно-

кавернозний туберкульоз — у 4 %, дисемінований туберкульоз — в 2 % випадків.

Результати: При клінічному обстеженні фенотипічні ознаки ДСТ виявлено у 76,59 % хворих, які склали основну групу, решта 23,4 % чоловік, у яких були відсутні фенотипічні ознаки ДСТ, увійшли в групу порівняння.

В залежності від вираженості фенотипічних ознак у хворих основної групи було виявлено наступні ступені ДСТ: I ступінь ДСТ (5-головних і 3-другорядних ознаки) — у обстежених хворих не було виявлено; II ступінь ДСТ (3–4 — головних, 1–2 — другорядних ознаки) відмічалось у 25 % хворих; III ступінь ДСТ (2-головних і 1–2 другорядних ознаки) — у 52,8 % хворих.

При рентгенологічному обстеженні ознаки ДСТ легень відмічались у 77,8 % осіб основної групи. З них у 2,8 % хворих — 4, у 30,5 % — 3; у 19,4 % хворих мали місце 2 рентгенологічних ознаки ДСТ.

Причому у осіб з II ступінню ДСТ — 25% чоловік, у всіх мали місце 3–4 рентгенологічні ознаки ДСТ легень: у 8,3 % — 4, у 16,7 % — 3 ознаки.

У хворих з III ступінню ДСТ (за фенотипічними ознаками), рентгенологічні ознаки ДСТ легень відмічались у 52,8 % хворих, з них у 2,8 % — 4, у 30,5 % — 3, а у 19,4 % хворих — 2 ознаки.

Висновки:

1. У більшості (76,6 %) обстежених хворих на туберкульоз легень при відсутності ефекту від хіміотерапії, яка проводилась,

відмічались фенотипічні ознаки ДСТ організму і рентгенологічні ознаки ДСТ легень.

2. У хворих основної групи ступінь вираженості фенотипічних ознак організму була відповідною ступені вираженості рентгенологічних ознак ДСТ легень.

3. Стан сполучної тканини має значний вплив на перебіг патологічних процесів, в тому числі туберкульозу легень.

**Сушко В. О., Швайко Л. І., Бази́ка К. Д., Соловей Л. М.,
Ряжська А. С., Стадні́чук О. М.**

КЛІНІЧНИЙ МОНІТОРИНГ СТАНУ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЇ СИСТЕМИ ОСІБ ІЗ ГРУП ПІДВИЩЕНОГО РИЗИКУ ОНКОПУЛЬМОНОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В УМОВАХ ВПЛИВУ РАДІОНУКЛІДІВ АВАРІЙНОГО ТА ПРИРОДНОГО ПОХОДЖЕННЯ

ДУ "Науковий центр радіаційної медицини" АМН України, Київ

Віддалені наслідки інгаляційного впливу радіонуклідів на бронхолегеневу систему а також вірогідний розвиток онкопульмонологічної патології у цієї категорії населення, у тому числі постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи, являються однією з актуальних проблем сучасної медицини і пульмонології.

За останні роки серед вчених-радіобіологів, спеціалістів з радіаційного захисту та клініцистів, які вивчають дію іонізуючого опромінення і, особливо, інгаляції радіонуклідів, сформувався погляд про недооцінку впливу природних, техногенно підсиленних джерел опромінення на організм і, в першу чергу, на бронхолегеневу систему людини. Дослідженнями українських та російських пульмонологів та патологів показані клініко-біологічні ефекти інгаляційної дії радіонуклідів при вдиханні радіоактивної осколочної суміші при ліквідації наслідків Чорнобильської катастрофи, зокрема такі, що свідчать про необхідність віднесення учасників ліквідації наслідків аварії (ЛНА) на ЧАЕС 1986 року до груп онкопульмонологічного ризику.

У зв'язку із вищезазначеним, проведено дослідження випадок — контроль 184 випадків онкопульмонологічних захворювань в учасників ЛНА на ЧАЕС з відомим дозовим навантаженням, яке дозволило виявити тенденцію до дозової залежності щодо розвитку злоякісних новоутворень легень і дихальних шляхів в учасників ЛНА на ЧАЕС 1986, року опроміненних у дозах вище 10 сГр.

Проведений аналіз факторів ризику розвитку онкопульмонологічних захворювань дозволив визначити критерії відбору та сформувати групи динамічного спостереження — наявність трьох або більше факторів ризику розвитку онкопульмонологічних захворювань: ймовірне надходження радіонуклідів аварійного, внаслідок аварії на ЧАЕС, або природного, проживання на радоннебезпечних територіях, походження, наявність професійних факторів ризику, спадковий анамнез, паління.

У сформованій групі динамічного спостереження (120 учасників ЛНА на ЧАЕС) проводилось клінічне, ендоскопічне обстеження та аналіз рідини бронхоальвеолярного лаважу. Ендоскопічні ознаки новоутворення легень було виявлено у дев'ятьох із п'ятнадцяти хворих із ймовірним діагнозом раку легень. У 10 із 15 пацієнтів з ймовірним діагнозом раку легень були виявлені ознаки катарально-склеротичного або склеротичного ендобронхіту. В учасників ЛНА на ЧАЕС із групи ризику розвитку онкопульмонологічних захворювань у цитологічній картині бронхоальвеолярного лаважу характерними є зменшення відносного вмісту альвеолярних макрофагів без цитоплазматичних включень та збільшення кількості клітин з дифузним і змішаним характером цитоплазматичних включень.

Отримані результати свідчать про перспективність проведення подальших клініко-епідеміологічних досліджень щодо розвитку злоякісних новоутворень легень і дихальних шляхів в осіб, які зазнають інгаляційного впливу радіонуклідів аварійного та природного походження.

Сушко В. О., Швайко Л. І.

БРОНХОЛЕГЕНЕВА ПАТОЛОГІЯ У ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ

ДУ "Науковий Центр Радіаційної медицини АМН України", м. Київ

Внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС (ЧАЕС), що практично має визначення найбільшої техногенної екологічної катастрофи в історії людства, у навколишнє середовище потрапила й розповсюдилась повітряно-пилувими потоками велетенська кількість радіоактивних речовин, що спричинили зовнішнє і внутрішнє опромінення (у першу чергу інгаляційним шляхом) великих контингентів населення у малих дозах.

При комбінованій дії зовнішнього опромінення та інгаляції осколочної суміші радіонуклідів в умовах Чорнобильської катастрофи бронхолегенева система стала однією з основних "тканин-мішеней", що в подальшому реалізувалось хронічними об-

структивними захворюваннями легень, маніфестація яких відбулася протягом перших 3-5 років після участі пацієнтів у виконанні післяаварійних робіт. Аварія на ЧАЕС сприяла зростанню захворюваності та хворобливості на захворювання легень серед учасників ліквідації наслідків аварії, евакуйованих і мешканців забруднених територій. Перебіг хронічних обструктивних захворювань легень в учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС у перші роки характеризувався мінімальною клінічною симптоматикою, надалі — швидким розвитком фібропластичних змін у легенях і слизовій оболонці бронхів з прогресуючою деформацією останніх, гіпореактивністю

загострень і порушеннями бронхіальної секреції. У пацієнтів-ліквідаторів наявні кілька супутніх захворювань, тобто хронічні обструктивні хвороби легень є складовою поліорганної патології, яка суттєво спричинена порушеннями в інтеграційних системах забезпечення гомеостазу.

Бронхообструктивний синдром в учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС видозмінюється від гіпотонічної дискінезії мембранозної частини трахеї і обструкції дрібних бронхів до тотальної бронхообструкції з низьким рівнем зворотної обструкції.

Недостатність запальної відповіді в слизових оболонках бронхів в учасників післяаварійних робіт поєднується з перерозподілом клітин у Т-системі лімфоцитів (зниженням відносного вмісту основних субпопуляцій Т-клітин при порівняно високій кількості цитотоксичних клітин та макрофагів із високою експресією функціонально активних поверхневих антигенів), а також обмеженим надходженням крові по склеротично зміненим судинам, що загалом спричиняє хронізацію патологічного процесу.

Верифікований у пацієнтів-ліквідаторів за даними ендоскопічних досліджень хронічний дифузний атрофічний ендобронхіт зі значними фібротичними змінами слизової оболонки

бронхів морфологічно відповідний хронічному запальному процесу з виразними порушеннями регенерації, пошкодженням мукоциліарного апарату війчастих епітеліоцитів, патологією мікроциркуляції й епітеліально-сполучнотканинних взаємовідносин, трансформованим фібрилогенезом, неспроможністю місцевих механізмів захисту та ознаками інтенсифікації інволюційних реакцій у слизовій оболонці бронхів. Ендобронхіальне середовище учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС, недужих на хронічні обструктивні захворювання легень, переважно контаміноване 2–4 видами представників резидентної й патогенної мікрофлори з різною чутливістю до антибактеріальних препаратів та типовою інвазією мікроорганізмів у власну пластинку слизової оболонки бронхів. Порушення мукоциліарного апарату і зниження ефективності місцевих протективних механізмів зменшують захисні властивості слизової оболонки загалом, сприяючи активізації опортуністичної мікрофлори і подальшому поглибленню дизрегенерації.

Характер дизрегенераційних змін бронхіального епітелію у ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС дає підстави вважати окреслений контингент групою підвищеного ризику щодо розвитку ендобронхіальних новоутворень.

**Тарасюк О. О., Ткач О. А., Вербінець А. В., Павленко О. В., Лонич Л. І., Зав'ялкін В. М.,
Сенюк Н. В., Слесарчук О. М., Павлій Р. Б.**
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЩОДО СТАБІЛІЗАЦІЇ ЕПІДЕМІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УКРАЇНІ

Львівський НДІ епідеміології та гігієни МОЗ України

Питання боротьби з туберкульозом в Україні є одним з пріоритетів державної політики у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку, про що свідчить прийнятий Верховною Радою і підписаний Президентом України 08.02.2007 Закон України "Про затвердження Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007—2011 роках."

Теоретичною та науково-практичною основою профілактики та боротьби з туберкульозом є епідеміологічний нагляд. Сучасні соціально-економічні умови, погіршення епідемічної ситуації з туберкульозу, значні медико-соціальні та економічні збитки для суспільства, широке застосування різноманітних антимікобактеріальних препаратів, що спричинило значні зміни в біології збудника та розвиток хіміорезистентних штамів мікобактерій, організація проведення протитуберкульозних заходів на принципі адаптованої ДОТС-стратегії на сучасному етапі вимагають нового методологічного підходу до організації епідеміологічного нагляду. Складність та багатофакторність епідемічного процесу туберкульозу обумовили необхідність доповнити інформаційний фонд епідеміологічного нагляду даними екологічного, соціального, демографічного, медико-біологічного, епідеміологічного характеру, як факторів ризику, що впливають на розвиток епідемічного процесу. Це дасть можливість вдосконалити епідеміологічний нагляд за туберкульозною інфекцією, забезпечити постійний дієвий контроль за епідемічним процесом туберкульозу, отримати об'єктивну картину перебігу епідемії туберкульозу у просторі та часі, виявити тенденції, темпи, мінливість динаміки епідемічного процесу. Дозволить провести районування територій з врахуванням територіальної диференціації епідемічного неблагополуччя (територія ризику), виявити контингенти населення, що зазнає підвищений ризик до захворюваності (контингенти ризику), виявити причинно-наслідкові зв'язки між факторами ризику туберкульозу та захворюваністю, забезпечити раціональне планування, своєчасну розробку диференційованих протиепідемічних та профілактичних заходів, що призведе до стабілізації та покращення епідемічної ситуації з туберкульозу. В якості такого комплекс-

ного інформаційного забезпечення моніторингу останнім часом використовуються спеціальні географічні інформаційні системи (ГІС).

Важливе значення в контролюванні епідемії, перериванні ланцюга епідемічного процесу та зменшенні темпів її поширення відіграє санітарно-просвітницька робота, основною метою якої є підвищення санітарної грамотності широких верств населення з питань профілактики, лікування та подолання туберкульозу, створення поведінкового стереотипу — безпечного щодо інфікування туберкульозом, прищеплення хворому навичок, які зменшують його небезпеку як джерела інфекції для оточуючих. Важливим розділом санітарно-просвітницької роботи є пропаганда здорового способу життя, дотримання особистої гігієни, режиму праці, відпочинку, повноцінного раціонального харчування, загартовування, оптимальної рухової активності, позбавлення від шкідливих звичок.

Як показали проведені нами дослідження, за останнє десятиріччя санітарно-просвітницька робота з населенням погіршилася. Сьогодні має місце недостатня інформованість населення (а також хворих на туберкульоз) з питань профілактики, боротьби з туберкульозом, що свідчить про суттєві недоліки в поширенні санітарно-гігієнічних знань. Шляхом анкетування проведено опитування 592 хворих на туберкульоз та 135 осіб здорового населення (дोनори та діти шкільного віку) з питань попередження туберкульозу та захисту від цієї хвороби. Серед різних вікових груп найменш обізнаною щодо шляхів передачі та симптомів туберкульозу виявилась молодь (33,5 %). Гострота проблеми епідемії туберкульозу вимагає нового методологічного підходу до організації санітарно-просвітницької роботи. Важливе місце в санітарно-просвітній роботі з профілактики туберкульозу належить щорічному проведенню (24 березня) Всесвітніх днів боротьби з туберкульозом (запропоновано ВООЗ у 1996 р.), рекламним роликам на радіо та телебаченні, рекламним щитам, виставкам, науково-популярним фільмам, лекціям, друкованим виданням. Суспільство має зрозуміти, що без обізнаності населення про туберкульоз боротьба з ним приречена на невдачу.

Т

Телекі Я. М., Малкович Н. М., Гонцарюк Д. О.
**ЗНАЧЕННЯ ЗАХИЩЕНИХ АМІНОПЕНІЦИЛІНІВ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ
ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ**

Буковинський державний медичний університет

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) — одна із основних причин смертності і зростаючих економічних витрат системи охорони здоров'я у всьому світі, адже хворіє, в основному, когорта населення працездатного віку.

Більшість загострень ХОЗЛ (біля 80 %) має інфекційну природу. При цьому грампозитивні і грамнегативні бактерії зумовлюють 40—60 % загострень, на долю вірусів і атипичної мікрофлори припадає біля 30 % і 5—10 % відповідно.

Найбільш частими збудниками при загостренні ХОЗЛ легкого та середнього ступеня тяжкості є *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catharralis*.

Беручи до уваги рекомендації по лікуванню ХОЗЛ, наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 року та дані досліджень по резистентності респіраторних патогенів захищені амінопеніциліни (амоксициліну/клавуланат) можуть бути віднесені до препаратів першого вибору при загостренні ХОЗЛ легкого та середнього ступеня тяжкості.

Метою нашого дослідження стало вивчення впливу амоксициліну/клавуланат на клінічний перебіг ХОЗЛ в загостренні легкого та середнього ступеня тяжкості в амбулаторних умовах.

Для цього було обстежено 35 хворих на ХОЗЛ. Антибактеріальні середники призначалися за умов посилення задишки, збільшення об'єму харкотиння, гнійний характер (рівень доказовості В).

Оцінювали ефективність амоксициліну у порівнянні з амоксициліном/клавуланантом. Із 15 пацієнтів, що отримували амоксицилін в цьому дослідженні 7 (49,3 %) осіб видужали, у 5 (33,3 %) виявлено покращення і неефективність у 3 (17,4 %). Навпаки у 20 пацієнтів із групи амоксициліну/клавуланат 16 (82,2 %) видужали, покращення відмічено у 3 (15,1 %), у 1 (2,7 %) — неефективність терапії.

Оскільки у більшості випадків антибактеріальна терапія ХОЗЛ проводиться амбулаторно, вона не повинна бути обтяж-

ливою для хворого. Нерідко після покращення самопочуття, ослаблення симптомів захворювання, через кілька днів від початку лікування пацієнти самостійно припиняють прийом антибактеріальних засобів, у зв'язку з чим лікування здається незавершеним, не досягається ерадикації мікроорганізмів і виникає

формування стійких штамів. З урахуванням цього виправданий вибір амоксициліну/клавуланат з мінімальною кратністю і тривалістю застосування при збереженні високої ефективності і безпечності, особливо у хворих на ХОЗЛ середнього ступеня тяжкості.

Терешкович О. В.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПЕРВИННОЇ ЕКСТРАПЛЕВРАЛЬНОЇ ТОРАКОПЛАСТИКИ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України"

Ціль роботи: вивчити наш досвід застосування первинної екстраплевральної торакопластики (ПТП) у власній модифікації при лікуванні хворих на мультирезистентний туберкульоз легень (МРТБ).

Протягом останніх 5 років нами прооперовано 11 хворих на мультирезистентний туберкульоз легень із застосуванням модифікованої методики ПТП (Пат. України № 15783 "Спосіб хірургічного лікування хворих на туберкульоз легень". Чоловіків було 10 (90,9 %), жінок 1 (9,1 %). Вік хворих від 21 до 46 років. Тривалість захворювання від 18 до 53 міс. Серед прооперованих хворих 4 (36,4 %) відбували покарання в місцях позбавлення волі. Показаннями до операції були: фіброзно-кавернозний туберкульоз (ФКТ) з наявністю дисемінації в контрлатеральній легені — 7 (63,6 %), ФКТ ускладнений рецидивуючими легеневидами кровотечами — 2 (18,2 %); ФКТ ускладнений туберкульозом трахеї і бронхів — 2 (18,2 %). Всі хворі з харкотінням виділяли МБТ резистентні як мінімум до ізоніазиду і рифампіцину. Супутня патологія: 1 (9,1 %) хворий — цукровий діабет I тип, 3 (27,3 %) хворих — хронічний вірусний гепатит "С", 1 (9,1 %) хворий — алкоголізм. Передопераційна підготовка проводилась протягом 1–4 міс. і включала інтенсив-

ну протитуберкульозну терапію, ретростернальне введення туберкулостатиків, пневмоперітонеум, лікувальні ФБС.

Закриття порожнин розпаду і припинення бактеріовиділення вдалось досягти у 8 (72,7 %) хворих. У 2 (18,2 %) хворих вдалось досягти припинення прогресування і клініко-рентгенологічної стабілізації МРТБ, однак зберігалось бактеріовиділення при посіві харкотиння. 1 (9,1 %) хворий помер в ранньому післяопераційному періоді внаслідок тромбоемболії легеневої артерії. Післяопераційні ускладнення розвинулись у 3 (27,3 %) хворих (у 2 хворих — дихальна недостатність у ранньому післяопераційному періоді (2–14 днів), що потребувала проведення санаційних фібробронхоскопій і оксигенотерапії; у 1 хворого — остеомиєліт ребра, що потребував проведення додаткової резекції ребра).

Висновок: Первинна екстраплевральна торакопластика є операцією вибору при лікуванні хворих на мультирезистентний туберкульоз легень у випадках неефективності консервативної протитуберкульозної терапії, а також коли застосування резекційних оперативних втручань є неможливим внаслідок розповсюдженості або відсутності стабілізації процесу.

Терешкович О. В.

РЕЗЕКЦІЯ ЛЕГЕНІ З ОДНОМОМЕНТНОЮ ЕКСТРАПЛЕВРАЛЬНОЮ ТОРАКОПЛАСТИКОЮ І ФОРМУВАННЯМ КУПОЛУ ПЛЕВРИ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України"

Ціль роботи: вивчити наш досвід застосування резекції легень з одномоментною екстраплевральною торакопластиком (ТП) з метою удосконалення методик хірургічного лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз легень.

Протягом останніх 5 років нами проводився пошук шляхів удосконалення методик колапсхірургічного лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз легень. Ми вважаємо, що основними причинами неефективності торакопластичних втручань є: нестабільність сформованої ТП, що призводить до розправлення верхівки легень під ТП, недостатній колапс легень, зміщення легень каудально під ТП. З метою запобігання основним причинам неефективності ТП нами був розроблений "Спосіб хірургічного лікування хворих на деструктивний туберкульоз легень" (Пат. України № 24796), що включає виконання торакопластики з одномоментною резекцією легень і формуванням куполу плеври. Основними оперативними моментами, що запобігають неефективності ТП є: підшивання декостованого м'язово-плеврального клаптя до середостіння, формуючи при цьому новий купол плеври; підшивання підлопаткових м'язів та м'язів пе-

редньої грудної стінки до довгого м'яза спини протягом всієї декостованої поверхні; застосування одразу після операції пневмоперитонеуму об'ємом 1200см³. За данною методикою нами прооперовано 11 хворих. Вік хворих від 17 до 54 років. Чоловіків було 7 (63,6 %), жінок 4 (36,4 %). Тривалість захворювання від 10 до 64 міс. Закриття порожнин розпаду і припинення бактеріовиділення вдалось досягти у 9 (81,8 %) хворих. Післяопераційні ускладнення розвинулись у 3 хворих; у 2 хворих — дихальна недостатність у ранньому післяопераційному періоді (2–14 днів), що потребувала проведення санаційних фібробронхоскопій і оксигенотерапії; у 1 хворого — емпієма плеври з бронхіальною норичею, що потребувало проведення повторних операційних втручань. 1 (9 %) хворий помер внаслідок перфорації виразки шлунку в ранньому післяопераційному періоді.

Висновок. Резекція легень з одномоментною екстраплевральною торакопластиком і формуванням куполу плеври є операцією вибору при лікуванні хворих на мультирезистентний туберкульоз легень. Методика є технічно нескладною і може бути застосована в торакальних відділеннях різного рівня.

**Тимченко О. Б., Гришин М. Н., Клименкова Г. В., Охота Е. А., Байдуков Н. И.
СМЕРТНОСТЬ КАК ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ***Крымское республиканское учреждение "Противотуберкулезный диспансер № 1"*

Смертность от туберкулеза является одним из основных демографических показателей в Автономной Республике Крым.

В 2007 году умерло всего 483 человека (2006 год — 445 человек) В течение 5 лет отмечается рост смертности, особенно высокий показатель в 2005 году Это объясняется тем, что увеличилась заболеваемость туберкулезом с 76,9 до 85,4 на 100 тыс. нас., в том числе определенную роль играет выявление деструктивных распространенных форм туберкулеза. В 2003 году этот показатель составлял 22,3 в 2007 году — 24,2 на 100 тыс. нас.

При анализе смертности надо отметить, что в 2007 году в Автономной Республике Крым всего умерло 483 человека, с

вновь выявленным туберкулезом 55 чел., с хроническими формами туберкулеза 247 человек, с рецидивами туберкулезных процессов 54 человека, больные прошлых лет 95 человек, бомжи 12 человек, неизвестных диспансеру 18 человек, ВИЧ-инфекция и остаточные изменения перенесенного туберкулеза 2 человека.

Несмотря на увеличение заболеваемости сочетанной патологией туберкулез + ВИЧ/СПИД с 2006 года намечилось снижение смертности от этой патологии. Объясняется это тем, что вступили в силу приказы регламентирующие оценку постановки диагноза больным туберкулезом. Четко разделены стадии СПИДа, налажен контакт и проводится ежемесячная сверка диагнозов в СПИД-центре.

**Тимченко О. Б., Гришин М. Н., Клименкова Г. В., Охота Е. А., Богданов В. В.
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ
В АВТОНОМНОЙ РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ ЗА 2007 ГОД***Крымское республиканское учреждение "Противотуберкулезный диспансер № 1"*

В 2007 году в Автономной Республике Крым заболеваемость туберкулезом всех локализаций остается на уровне 2006 года. Зарегистрировано в 2007 году 1678 человек (2006 г. — 1678). Показатель заболеваемости составил 85,1 на 100 тыс. нас. (2006 год — 85,1). На 2,8 % увеличился показатель заболеваемости туберкулезом легких с 73,7 в 2006 году до 75,8 на 100 тыс. нас.

Заболеваемость туберкулезом городских жителей в 2007 году остается более высокой, чем в сельской местности и составила 86,5 на 100 тыс. городского населения, увеличение на 0,8 % (2006 год — 85,8). Заболеваемость сельского населения ниже и составила 78,0 на 100 тыс. сельского населения, однако увеличилась по сравнению с 2006 годом на 1,3 % (2006 год — 77,0). При этом заболеваемость бактериальными формами туберкулеза среди сельского населения выше, чем среди городского населения (39,3 и 38,6 на 100 тыс. нас. соответственно), что свидетельствует о разных уровнях оказания медицинской помощи, ее доступности этим группам населения. В селе больше внимания уделяется лабораторным методам исследования мокроты на МБТ, так как флюорографически обследовать население затруднительно.

В 2007 году наблюдается рост заболеваемости бактериальными формами туберкулеза, которая составила 39,4 на 100 тыс. нас, рост на 20,1 %. (2006 год — 32,8). Такое снижение заболеваемости бактериальными формами туберкулеза вызывает у специалистов опасение, что имеет место фактор недо выявления этих форм. По критериям Всемирной Организации Здравоохранения при эпидемии и массовой бактериоскопии мокроты кашляющих больных на выявление возбудителя туберкулеза, удельный вес бактериальных форм туберкулеза в структуре заболеваемости должен составлять не менее 50%. В Крыму организовано 164 пункта сбора мокроты. За 2007 год выявление бактериовыделителей в общелечебной сети методом микроскопии мазка мокроты на МБТ увеличилось. Обследовано 18925 человек, которым проведено 41635 исследований, выявлено 410 положительных результатов (2,2 %). В 2006 году обследовано 25518 человек, которым проведено 43382 исследования, выявлено 295 положительных результатов (1,2 %). По критериям Всемирной Организации Здравоохранения этот показатель должен быть 3—5 %.

Неблагоприятным фактором является выявление деструктивных форм туберкулеза. В 2007 году показатель заболеваемости деструктивными формами туберкулеза составил 24,1 на 100 тыс. нас. (2006 год — 23,8), рост на 1,3 %.

**Ткач С. И., Чернова С. Д., Мельник О. Г., Шамрай А. И.
ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА
У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ***Харьковская медицинская академия последипломного образования,
НИИ гигиены труда и профзаболеваний Харьковского
Национального медицинского университета*

Ведущим фактором в возникновении профессионального туберкулеза у медицинского персонала является непосредственный контакт с больными активными формами туберкулеза, а также работа с живыми возбудителями или материалом, содержащим их. Рост заболеваемости туберкулезом связан не

только с отсутствием необходимых санитарных норм труда во многих противотуберкулезных учреждениях, но и недооценкой степени опасности условий работы самим медицинским персоналом. Кроме того, не все медицинские работники после установления им диагноза туберкулеза, своевременно направляют

ся в спеціалізовані установи для підтвердження професійного характеру захворювання.

Цель работы — уточнение частоты профессионального туберкулеза и особенности течения этого заболевания у медицинских работников.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни 183 медицинских работников, которым подтвержден профессиональный туберкулез в клинике НИИ ГТ и ПЗ Харьковского Национального медицинского университета.

Установлено, что профессиональный туберкулез преимущественно был диагностирован больным, направленным из Херсонской (42,7 %) и Харьковской (32,2 %) областей. Значительно реже из Полтавской (6,0 %), Ровенской (5,5 %), Сумской (3,3 %) и Николаевской (2,2 %) областей, а также из Севастополя (3,3 %) и Автономной Республики Крым (3,8 %). К сожалению в этих областях после установления диагноза туберкулеза медики не всегда направляются в специализированные учреждения для подтверждения профессионального генеза заболевания. Отмечено, что в 75,0 % случаев туберкулез выявлялся у лиц трудоспособного возраста, работавших медицинскими сестрами (47,5 %) и младшими медсестрами (30,1 %). В 22,4 % случаев туберкулез диагностирован у врачей. Наиболее распространенными формами туберкулеза были очаговая (44,8 %) и инфильтративная (36,6 %). Бактериовыделение обнаружено у 20,0 % больных. Следует отметить, что у большинства больных длительность работы во вредных условиях труда была более 5 лет (62,0 %). Однако у 1/3 медиков (37,8 %) был относительно небольшой стаж работы (до 5 лет).

Анализ качества оформления документации, на основании которой устанавливался профессиональный туберкулез у медицинских работников показал, что у 32,0 % больных она не отвечала требованиям, предусмотренным законодательными документами. Это приводило к ненужной переписке с лечебными учреждениями и к задержке утверждения профессионального диагноза на 2–3 месяца, а иногда и более.

Таким образом, приведенные данные указывают на недостаточную выявляемость профессионального туберкулеза у медицинского персонала, ибо не всегда после диагностирования туберкулеза медики направляются в специализированные учреждения для установления профессионального заболевания. Это способствует тому, что медицинские работники не могут воспользоваться всеми правами профессионального больного, которые предусмотрены действующими в Украине законодательными документами. Своевременное направление больных в специализированные учреждения также позволяет уточнить условия труда медиков, исключить возможность развития кроме туберкулеза, других профессиональных заболеваний вследствие возможного контакта с токсическими веществами, аллергенами, канцерогенами и другими производственными факторами. Это дает возможность также учитывать влияние вредных ксенобиотиков на течение туберкулезного процесса, а следовательно, корректировать тактику лечения больных противотуберкулезными препаратами, что будет способствовать более успешному выздоровлению медицинских работников и улучшению качества жизни.

Ткачишин В. С.

ПРОФЕСІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ, ВИКЛИКАНІ ВПЛИВОМ ІОНІЗУЮЧОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, Київ

Серед фізичних факторів виробничого середовища, що можуть викликати професійні захворювання легень, виділяється іонізуюче випромінювання (ІВ). Страждають такими захворюваннями особи, що виконують роботи з радіоактивними речовинами та джерелами ІВ. Основними професійними групами, що можуть зазнавати впливу надфонового опромінення, є промислові радіографісти, деякі категорії медичних працівників, персонал, зайнятий ремонтними роботами і забезпеченням безпеки на ядерних енергетичних реакторах і зайнятих переробкою ядерного палива, гірники уранових рудників, персонал у науково-дослідних і дослідно-конструкторських установах, де використовуються ті або інші джерела ІВ.

Професійні захворювання легень можуть виникнути в результаті зовнішнього і внутрішнього опромінення при інгаляційному надходженні радіоактивних речовин в організм або мати сполучений характер. Вони можуть бути наслідком гострої та хронічної променевої хвороби. Відмічають ранні та пізні прояви дії ІВ на органи дихання.

Слід відмітити, що легені достатньо стійкі до впливу ІВ. Ступінь ураження легень обумовлена в першу чергу впливом на судини легень і слизову оболонку трахеобронхіального дерева. Це призводить до розвитку пізніх радіаційних ефектів, якими є

відповідно пневмосклероз та атрофічні процеси слизової оболонки дихальних шляхів. Ранніми проявами є променеві пульмоніти, що перебігають у вигляді сегментарної або дольової пневмонії.

Розвиток кожного конкретного захворювання обумовлює і клінічну картину патологічного процесу, яке у випадку професійного походження захворювання не має характерних ознак. В основу діагностики професійного радіаційного ураження легень у першу чергу повинний бути покладений загальний принцип діагностики променевої хвороби, відповідно до якого чітко просліджується зв'язок біологічних ефектів з рівнем опромінення. Діагностичним критерієм того, що патологічний процес в легенях дійсно має професійне походження є визначення радіоактивних ізотопів в мокроті, проведення спеціальних патогістологічних методик, що дозволяють виявити слідові реакції на опромінення в біоптатах слизової оболонки бронхів та радіометрії на лічильнику випромінювання людини.

Патологічні процеси, індуковані ІВ, мають прогресуючий характер перебігу з тенденцією до розвитку ускладнень. Найбільш частими ускладненнями є пневмонія та злоякісне новоутворення легень, прогресування дихальної та серцево-судинної недостатності.

Ткачишин В. С.

ПРОФЕСІЙНІ ЗЛОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ, ЛЕГЕНІВ ТА ПЛЕВРИ*Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, Київ*

Професійний рак носа, його придаткових пазух та легень спостерігається серед робітників, що мають контакт із сполуками нікелю. Серед сполук нікелю найбільшу канцерогенну небезпеку представляє газоподібне нікелеве з'єднання — карбоніл нікелю — $\text{Ni}(\text{CO})_4$, а також сульфат і хлорид нікелю. Перші повідомлення про рак носових ходів і легень серед робітників на підприємствах нікелевої промисловості в Англії відносяться до 1924 р. Гістологічно виявляється частіше поліморфно-клітинний, рідше плоскоклітинний рак.

Професійний рак гортані зустрічається в робітників, що мають справу з кам'яновугільною смолою.

Професійний рак легень (так само, як і непрофесійний) частіше зустрічається в чоловіків. В умовах виробничої діяльності захворювання розвивається у робітників більш молодого віку частіше на відміну від раку непрофесійного характеру. В професійній патології цей феномен носить назву омолодження раку легень.

Рак легень зустрічається у осіб, які в умовах професійної діяльності: вдихають пил (чи пари) радіоактивних і гематитових руд, кам'яновугільних смол, контактують із з'єднаннями нікелю, миш'яку, хрому, азбесту, берилію, бензпірену.

Пухлина часто виходить з носових ходів, із кліток ґратчастих кісток. Захворювання починається з запалення слизуватої оболонки носових ходів, що супроводжується закупоркою носа, крововиливами в слизувату оболонку. Рентгенологічно спочатку знаходять затемнення осередків ґратчастої і порожнини лобової кістки, пізніше змінюється їхня форма. На секції виявляють рак, що виходить із ґратчастої кістки, поширюється по верхній стінці очниці в область носу, у порожнину лобової кістки, рідко спостерігають метастази в шийні лімфатичні вузли. Гістологічно виявляють поліморфноклітинний, рідше плоскоклітинний рак.

Здавна відомо, що миш'як і його з'єднання мають канцерогенну властивість і викликають рак легень. Для раку легень,

викликаного впливом миш'яку, характерна множинність розвитку первинних пухлин.

Спостерігається виникнення раку легень у працюючих в умовах впливу хрому. В клінічному перебігу раку легень, обумовленого впливом з'єднань хрому, виділяються бронхогенні форми. Клінічний перебіг раку легень, зумовленого впливом сполук хрому, характеризується метастазами у плевру, регіонарні лімфатичні вузли, печінку, підшлункову залозу. По гістологічній будові переважають дрібноклітинні, недиференційовані, потім поліморфно-клітинні і плоскоклітинні форми. Метастазує в плевру, регіонарні лімфатичні вузли, печінку, підшлункову залозу, хребці, ребра, кістки таза, мозок, нирки, наднирники.

Одним з найбільш агресивних канцерогенних чинників, стосовно виникнення раку легень є азбест. Вважається, що гострі, голкоподібні азбестові волокна травмують слизисту оболонку дихальних шляхів, викликають гіперплазію, метаплазію й атипове розростання епітелію. Крім того, при азбестозі метаплазію епітелію зв'язують з хімічною дією азбесту. Пухлина утворюється з епітелію дрібних бронхів на фоні метаплазії епітелію. Гістологічне — це переважно плоскоклітинний рак. Має здатність до поширення на плевру, перикард, епікард, діафрагму. У частині випадків знаходять метастази в регіонарні лімфатичні вузли. У пухлині можуть виявлятися великі скупчення азбестових тілець і голок.

Крім раку легень, азбест сприяє виникненню мезотеліоми плеври. На сучасному етапі вважається, що не всі види азбесту є канцерогенами.

При рішенні питання про зв'язок розвитку пухлин із впливом негативного виробничого чинника слід враховувати результати спостережень і епідеміологічних досліджень, що свідчать про більшу частоту злоякісних новоутворень у даного контингенту працюючих.

Тодоріко Л. Д.

ФУНКЦІОНАЛЬНА ІНТЕГРАЦІЯ ТИРЕОЇДНИХ ГОРМОНІВ ТА ТИРЕОТРОПНА ФУНКЦІЯ ГІПОФІЗУ ПРИ ХРОНІЧНИХ ОБСТРУКТИВНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ЛЕГЕНЬ У ХВОРИХ ЛІТНЬОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

Дослідження механізму виникнення тиреопатій у пацієнтів пульмонологічного профілю, зокрема при хронічних обструктивних захворюваннях легень (ХОЗЛ), у вітчизняній літературі практично відсутній. А лише такий аналіз може об'єктивізувати значення тиреοїдної дисфункції як фактора прогресування бронхообструктивного синдрому при ХОЗЛ та формування його ускладнень.

Метою нашого дослідження є комплексна оцінка функціонального стану щитоподібної залози та тиреотропної функції гіпофіза при хронічних обструктивних захворюваннях легень у хворих літнього та старечого віку.

Щоб оцінити ендокринну функцію щитоподібної залози (ЩЗ) при ХОЗЛ нами було досліджено декілька складових, які обумовлюють кінцевий результат дії тиреοїдних гормонів: синтез і секрецію вільних трийодтироніну (vT_3) та тироксину (vT_4); периферичну конверсію vT_3/vT_4 , яка обумовлює взаємодію з клітинами-мішенями з реалізацією кінцевого специфічного біологічного ефекту; стан вертикальної взаємодії та регуляції активності ЩЗ — рівень тиреотропного гормону (ТТГ).

Аналіз результатів дослідження показав, що у хворих на ХОЗЛ спостерігаються істотні порушення тиреοїдного гомеостазу. При ХОЗЛ у пацієнтів літнього та старечого віку має місце гіпертрийодтироніемія. Необхідно відмітити, що розподіл частоти проявів індивідуальних фізіологічних відхилень від норми був непропорційний: у 55,1 % хворих рівень vT_3 знаходився в межах коливань нормальних величин і становив $4,58 \pm 0,102$ пмоль/л при середній віковій нормі $3,57 \pm 0,12$ пмоль/л (різниця складає 22,1 %, ($p < 0,05$); у 34,8 % хворих цей показник був істотно вищий за верхню межу індивідуальних відхилень і становив $9,95 \pm 1,21$ пмоль/л, що у 2,8 рази вище від вікової норми ($p < 0,05$) і в 10,1 % пацієнтів цей показник був нижчим за відповідну норму і складав — $3,24 \pm 0,78$ пмоль/л.

Розподіл частоти індивідуальних відхилень кількості vT_4 у плазмі крові був відносно пропорційний: у 42,7 % хворих він становив $9,77 \pm 0,26$ пмоль/л, що майже у 2 рази нижче за норму ($19,26 \pm 0,68$ пмоль/л); у 32,6 % хворих вміст vT_4 був в межах референтного інтервалу і становив $15,133 \pm 0,34$ пмоль/л, що на 24,1% є нижче від норми ($p < 0,05$). Гіперти-

роксинемія встановлена у 24,7 % хворих (різниця відносно групи ПЗО становила 18,3 %, $p < 0,05$). Таким чином, встановлена нами у 75,3 % пацієнтів мінімальна тиреоїдна недостатність є загрозою формування синдрому нетиреоїдної паталогії при ХОЗЛ у хворих старшого віку.

Оскільки скринінговим тестом для оцінки функції ЩЗ є визначення в крові рівня ТТГ, нами був оцінений рівень останнього у наших пацієнтів. Результатами наших досліджень виявлено пригнічення тиреотропної функції гіпофіза у хворих на ХОЗЛ, що проявляється зниженням вмісту ТТГ у плазмі крові у 91,9 % пацієнтів. Так, рівень ТТГ був нижчим індивідуальних коливань норми у 10,5 % і складав $0,136 \pm 0,02$ пмоль/л, що на 94,4 % нижче відповідної норми ($2,45 \pm 0,26$ пмоль/л, $p < 0,05$). У 81,45 % хворих цей показник був у межах референтного

інтервалу, однак істотно нижчим за відповідну вікову норму (на 39 %, $p < 0,05$). Вищим за норму, майже у 3 рази, рівень ТТГ був у 8,1 % хворих на ХОЗЛ ($p < 0,05$).

Таким чином, у хворих на ХОЗЛ літнього та старечого віку виявляються ознаки порушення тиреоїдного гомеостазу, які проявляються тиреоїдною дисфункцією. У значній частині пацієнтів декомпенсація механізмів гормональної адаптації з формуванням транзиторного гіпотиреозу відбувається через, встановлене нами, зниження секреторної функції щитоподібної залози, внаслідок гіпотироксинемії та помірно прискорення периферійної конверсії вільних тиреоїдних гормонів. Тиреотропна функція гіпофіза не реагує адекватно, за механізмом зворотного зв'язку, на зниження функціональної активності ЩЗ, навпаки, спостерігається пригнічення синтезу ТТГ.

Тодоріко Л. Д., Коломоєць М. Ю., Абрамова Н. О.
РОЛЬ ЕНДОКРИННОГО ДИСБАЛАНСУ У ФОРМУВАННІ СИСТЕМНОГО ЗАПАЛЕННЯ
ПРИ ХРОНІЧНИХ ОБСТРУКТИВНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ЛЕГЕНЬ У ХВОРИХ
СТАРШОГО ВІКУ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Однією з актуальних проблем сучасної пульмонології є розробка ефективних методів діагностики, лікування та профілактики хронічних обструктивних захворювань легень (ХОЗЛ), які зустрічаються більше ніж у 25 % хворих, що звертаються за медичною допомогою. Для вирішення цієї проблеми виникає необхідність вивчення деяких патогенетичних аспектів прогресування бронхообструктивного синдрому та визначення ролі адаптаційно-регуляторних змін ендокринної регуляції при ХОЗЛ. Результати чисельних досліджень показали, що легені приймають активну участь в обміні глюкокортикоїдів і біогенних амінів, які регулюють тонус бронхів.

Мета нашого дослідження полягає в комплексній оцінці рівня кортизолу у плазмі крові при хронічних обструктивних захворюваннях легень у пацієнтів літнього та старечого віку, які приймали дексаметазон.

Рівень вільного кортизолу у плазмі крові визначали імуноферментним методом, використовуючи набори реагентів (ОО "Хема-Медика", Росія) згідно стандартної інструкції. Нормальні показники для кортизолу становили 140–600 нмоль/л. Чутливість методу складала — 40 нмоль/л.

Аналіз вмісту кортизолу у пацієнтів з хронічними обструктивними захворюваннями легень (ХОЗЛ), які не приймали пероральні глюкокортикоїди показав, що у 58,43 % хворих з ХОЗЛ цей показник був в 1,4 рази, ($p < 0,05$) нижчим за вікову норму (нижче індивідуальної межі чутливості в 11,24 % хворих і в межах коливань — у 47,57 % відповідно) і становив $306,94 \pm 21,17$ нмоль/л при віковій нормі $543,24 \pm 32,54$ нмоль/л. Рівень кортизолу достовірно перевищував вікову та індивідуальну верхню межу норми в 1,6 рази у 41,57 % хворих ($p < 0,05$) і становив відповідно $848,43 \pm 24,91$. Надлишкова секреція кортизола є наслідком формування хронічного метаболічного стресу при ХОЗЛ і разом з тиреоїдним дисбалансом сприяє передчасному старінню організму.

Аналіз вмісту кортизолу у плазмі крові пацієнтів (44 чол.-11,2 %), які тривалий час приймали пероральні глюкокортикоїди і, зокрема дексаметазон, показав різке зниження його концентрації, практично у 8 разів відповідно до норми ($71,7 \pm 9,12$ нмоль/л проти $543,24 \pm 32,54$ нмоль/л) і у 2 рази відносно нижньої межі фізіологічних коливань, яка складала 140 нмоль/л ($p < 0,05$ в усіх випадках). Ятрогенний гіпокортицизм, ймовірно, сприяв гіпо- чи атрофії кіркової речовини наднирникових залоз та функціональним, а то й органічним змінам аденогіпофіза і свідчить про порушення гіпофізарно-наднирникових кореляцій.

Таким чином, виявлене у хворих на ХОЗЛ переважно III–IV стадії геріатричного віку, зниження вмісту кортизолу вносить свій вклад у формування клінічно значимої вираженої гіперреактивності бронхів, являючись одним з серйозних чинників генезу розвитку і прогресування ХОЗЛ у даного контингенту хворих. Причини відносної стероїдної резистентності запалення дихальних шляхів при ХОЗЛ у хворих, які тривало приймали дексаметазон, є предметом інтенсивних досліджень. Можливо, це обумовлено тим, що глюкокортикоїди (ГК) збільшують тривалість життя нейтрофілів та імунокомпетентних клітин за рахунок гальмування їх апоптозу. З'явилися повідомлення про зниження під впливом паління і вільних радикалів активності деацетилази гістонів, яка є мішенню для дії ГК. Це може зменшити гальмівний вплив ГК на транскрипцію генів і послаблювати їх протизапальну дію.

Таким чином, внаслідок впливу комплексу чинників, зумовлених системними проявами ХОЗЛ, формується загальний синдром взаємного обтяження та дезадаптації з вираженим глюкокортикоїдним дисбалансом. Прийом дексаметазону у хворих на ХОЗЛ літнього та старечого віку призводить до різкого зниження рівня кортизолу у плазмі крові і зниження його протизапальної активності.

**Тхоровський М. А., Горбатюк І. М., Цвігун С. М., Стрижалковська В. В., Дубчак Л. І.
ЧАСТОТА І СТРУКТУРА МІЛІАРНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ**

*Вінницький обласний клінічний протитуберкульозний диспансер
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова*

Згідно наказу МОЗ України за № 385 від 09.06.2006, міліарний туберкульоз винесений як окрема нозологічна одиниця. Це пов'язано як із зростанням кількості випадків міліарного туберкульозу у структурі легеневого туберкульозу, так і з певними клініко-рентгенологічними особливостями його перебігу. При аналізі даних про частоту міліарного туберкульозу у Вінницькій області за 2003–2007 роки встановлено, що у 2003 році зареєстровано 11 випадків цього захворювання, що склало 0,9 % від усіх впершедіагнованих форм легеневого туберкульозу; у 2004 — 6 випадків (0,5 %); у 2005 1 випадок (0,08 %); у 2006 році — 4 випадки (0,4 %); у 2007 — 12 випадків (1,2 %). Серед 34 хворих переважали жінки — 20 (59 %). Середній вік пацієнтів жіночої статі склав 46,7 років. Середній вік пацієнтів чоловічої статі склав 36,8 років. Вік хворих коливався від 22 до 77 років, коливався від 26 до 65 років. Серед 12 пацієнтів спостерігався гострий початок захворювання, у 10 — підгострий, 4-х чотирьох випадках — хронічний. Різко виражений синдром інтоксикації переважав у більшості випадків — 29 з 34. У 5 випадках інтоксикаційний синдром був виражений помірно. У 6 випадках міліарний туберкульоз був діагнований по смертно, у решті випадках туберкульоз був діагнований при зверненні за медичною допомогою. При аналізі розповсюдженості процесу встановлено, що лише у двох випадках не виявлено враження інших органів та систем, враження не більше двох —

у восьми випадках (23,5 %), багаточисельні — у 12 випадках (36,3 %). Серед вражених органів частіше були присутні плевра, очеревина, селезінка, сечостатева система, печінка, гортаноглотка, периферичні лімфатичні залози, ЦНС (менінгоенцефаліт — 4 випадки). У трьох пацієнтів міліарний туберкульоз був обумовлений СНІДом. З 34 хворих 17 пацієнтів померло від цієї форми туберкульозу. З них жінок було 12, чоловіків — 5 (серед них 2 дітей). Про долю одного пацієнта ми не маємо даних.

Висновки: 1. Кількість пацієнтів із міліарним туберкульозом у Вінницькій області у різні роки коливається від 0,08 % до 1,2 % випадків серед усіх впершедіагнованих форм легеневого туберкульозу до 1,2 %.

2. Дещо частіше на міліарний туберкульоз хворіють жінки (59 % випадків).

3. В клінічній картині цієї форми туберкульозу присутні гострий або підгострий початок хвороби з вираженим інтоксикаційним синдромом.

4. У всіх випадках міліарний туберкульоз був діагнований при зверненні пацієнтів за медичною допомогою.

5. У переважній кількості випадків він супроводжувався враженням інших органів та систем.

6. Смертність від міліарного туберкульозу в області за вказані роки спостереження складала 50 %.

Урсол Г. Н., Бондарчук С. П., Давыдкин В. А. ЗАКРЫТАЯ ТРАВМА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ: ТАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

*Кировоградская областная больница
Лечебно-диагностический центр "Ацинус"*

Основываясь на анализе данных литературы, из всех механических повреждений травмы груди занимают от 8 до 10 %, из них на закрытую травму груди приходится 93,1–98 %, летальность составляет 10–12 %.

В связи с этим, мы считаем целесообразным привести данные об опыте лечения закрытой травмы грудной клетки (ГК) у 439 больных, в условиях отделения грудной хирургии Кировоградской областной больницы.

Из 448 пациентов, находившихся в отделении грудной хирургии по поводу закрытой травмы ГК в 2002–2007 гг., мужчин — 78,3 %, женщин — 21,7 %. Бытовые повреждения отмечены у 74,3 % пострадавших, производственные — у 13,4 %, автодорожные травмы составили 13,4 %. Осложнения при повреждении ГК наблюдались у 35,4 %, из них: в 10,4 случаях диагностирован гемоторакс, а в 25 % — пневмоторакс.

80 % пострадавших было госпитализировано в первые шесть часов после травмы.

Всем пациентам, поступившим в отделение, проводились ряд клинико-рентгенологических, а также специальных методов исследования, а также методы диагностики как торакоскопия и ФБС позволяющие не только диагностировать повреждение, но и произвести неотложные лечебные мероприятия.

Лечение закрытой травмы ГК должно быть комплексным, устраняющим все известные звенья патогенического механизма.

Нами оперировано 21 (4,7 %) больных, из них 80 % были переведены из других лечебных учреждений.

По данным литературы, показания к неотложной торакотомии разделяют на три группы: гемостатические, аэростатические, разрывы диафрагмы.

Неотложные оперативные мероприятия в нашем отделении выполнены у 20 % больных из числа прооперированных, и были направлены на устранение внутриплеврального кровотечения. В остальных случаях операции были направлены на расправление легкого и удаление больших свернувшихся гемо-

тораксов. У 78 больных (17,7 %) выполнено дренирование плевральной плоскости, способствовавшее расправлению легкого, удалению излившейся внутриплевральной крови.

В 11 случаях проводилась реинфузия крови. Реинфузия аутокрови способствует восстановлению утраченного объема циркулирующей крови, позволяет избежать синдрома массивных трансфузий и выгодна в экономическом отношении. Реинфузия выполнена в первые часы после травмы по общепринятым методикам.

Пункции плевральной полости с аспирацией воздуха и крови выполнена в 78 (17,7 %) случаев. Опыт доказывает необходимость ранней аспирации содержимого, что позволяет создать наилучшие условия для полного расправления легкого. Пункционный метод лечения эффективен в 61 % случаев, а средняя продолжительность лечения составляет 11,7 дня.

Как уже отмечалось выше, у 10,4 % диагностирован гемоторакс, в 2,1 % случаях диагностирован свернувшийся гемоторакс. При травмах груди такое осложнение, как гемоторакс, встречается в 8,59 % случаев и завершается формированием свернувшегося гемоторакса (1,78–12 %).

Нами освоен и успешно применен такой метод лечения свернувшегося гемоторакса как видеоторакоскопический, при котором используются бимануальные (полимануальные) разрушения и эвакуация свернувшегося гемоторакса. Так, у 19 пациентов, находившихся на стационарном лечении за этот период в отделении грудной хирургии, произошло видеоторакоскопическое разрушение свернувшегося гемоторакса.

Под контролем видеоторакоскопа с помощью манипуляторов разрушали кровяной сгусток и эвакуировали разрушенные массы электронасосом. Подобные операции производятся в сроки от 3 до 23 дней с момента травмы. Во всех случаях наступило выздоровление.

По нашим данным, применение видеоторакопии и эндоторакальных операций дает возможность уменьшить среднюю продолжительность лечения.

Урсол Г. Н., Бондарчук С. П., Давыдкин В. А. РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ПОЛИТРАВМУ

*Кировоградская областная больница
Реабилитационный центр "Априка"
Лечебно-диагностический центр "Ацинус"*

В настоящее время лечение политравм, а особенно восстановительное лечение, становится все более актуальным. В последнее время вопросы реабилитации политравм были отложены на второй план, а то и вообще не рассматривались, восстановительное лечение не проводилось.

Цель работы: изучить целесообразность и необходимость восстановительного лечения в ранние сроки после перенесенной травмы грудной клетки (ТГК) и выписки из хирургического стационара.

Объект и методы исследования: обследованы две группы пациентов, которые перенесли ТГК и прошли курс традиционного лечения в хирургическом стационаре, на 10–15-е сутки после травмы.

I-я группа состояла из 40 пациентов, которые были направлены на восстановительное лечение в реабилитационный центр.

II-я группа (35 пациентов), которым проводилось лечение в поликлиниках города.

Обеим группам в начале лечения были проведены исследования: спирография, общий анализ крови, иммунограмма, после чего наблюдалась, в зависимости от тяжести травмы, различная степень дыхательной недостаточности (практически в 100 % случаев).

Изменения в общем анализе крови, иммунограмме были характерными для этого вида травмы.

В I-й группе был проведен разработанный нами курс восстановительного лечения от 10–12 дней, в который входили: кислородные ванны, соли Сакского озера; ароматизированный эфирными маслами полиол; гальваногрязь Сакского озера на грудную клетку со стороны травмы; лазеротерапия аппаратом Барбофлекс с фотонными матрицами красного и инфракрасного диапазона Коробова (длина волны излучения — 630–670

НМ и 840–920 НМ); проводилось черезкожное облучение крови в области кубитальной крови и облучение в зоне травмы; ароматерапия и сегментарный массаж в зоне грудной клетки.

Результаты: В I-й группе объективные и субъективные улучшения наступили уже на 5-е сутки после проводимого лечения, что подтверждалось улучшением общего состояния, уменьшением или исчезновением болевого синдрома, уменьшением одышки, нормализацией сна, улучшение показателей спирографии, нормализация показателей показаний крови и иммунограммы.

К 10–12 дню лечения состояние пациентов значительно улучшалось, что подтверждалось лабораторными и функциональными исследованиями. Пациенты по желанию могли приступить к труду.

I-я группа — улучшение наступало не ранее чем на 20–30 суток после вывода из стационара.

Выводы. Реабилитационно-восстановительная терапия очень актуальна. Она позволяет значительно сократить сроки лечения после ТГК, уменьшить восстановительный период с быстрым восстановлением трудоспособности.

Урсол Г. Н., Давыдкин В. А., Деундяк В. Ф., Бондарчук С. П. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ

*Кировоградская областная больница
Кировоградский областной противотуберкулезный диспансер
Лечебно-диагностический центр "Ацинус"*

Лечение больных с эмпиемой плевры до настоящего времени остается актуальной проблемой. Последние семь лет традиционное лечение дополнили спленосорбцией, лазерным облучением крови, внутрисплеточным облучением ПП лазером, облучением раны сканирующим лазером, магнитотерапией раны, совместно с инфракрасным лазером, аппликационной сорбцией раны после этапной торакопластики.

Спленосорбция. Свиная селезенка подбирается по группам крови, после забора промывается 0,9 % раствором хлористого натрия с гепарином на месте забора. Транспортируется к месту применения в контейнере со льдом, после чего повторно промывается таким же раствором перед спленосорбцией. Количество раствора для промывки селезенки до 3-х литров. Время от начала забора селезенки и ее консервации до начала спленосорбции составляет от 40 до 50 минут. Селезенка обычно вено-венозным доступом или фракционным методом подключается к больному. Количество перфузированной крови через селезенку составляет от 600 до 2000 мл. Количество спленосорбции определяется состоянием больного и в среднем составляет от 1 до 3-х. Также широко применяется препарат Элюат, приготовленный при отмывании свиной селезенки, который вводится внутривенно в количестве от 200 до 400 мл. Показания к введению препарата такие же, как и для проведения спленосорбции.

При этапной торакопластике, а также при гнойных ранах, остеомиелитах ребер и грудины, флегмоне грудной клетки, применялась аппликационная сорбция свиной селезенки.

Свежеприготовленная селезенка по вышеуказанной методике кусочками ложилась в рану. перевязки проводились 1-2 раза в сутки, в зависимости от загрязненности раны и продолжались до заживления раны. ВЛОК проводилось аппаратом АКЛР-01-М. Количество процедур составило в среднем до 6, из них 3 проводилось красным лазером, и 3 — инфракрасным.

Внутрисплеточное облучение проводилось аппаратом АКЛР-01-М, при помощи специальных световодов, которые вводились через дренажную трубку в плевральную полость.

Количество процедур составило дробно: 3 — красным, 3 — инфракрасным. По показаниям через неделю проводилось повторное облучение, в зависимости от тяжести состояния больного.

После этапной торакопластики применено облучение остаточной плевральной полости сканирующим лазером. При не полностью раскрытой полости применялся сканирующий лазер на открытую часть, а также при помощи специальной насадки, которая вводилась в полость, проводилось облучение аппаратом АФЛ-2, красным лазером. Количество процедур составило до 4-х, после чего облучение продолжалось при помощи аппарата МЛАДА инфракрасным лазером в сочетании с магнитотерапией.

С целью оценки эффективности проведенного лечения, проведен анализ истории болезни больных с эмпиемой плевры за 2002-2007 гг. Из них выделено 2 группы больных: I — за 2002-2007 гг., лечившихся традиционными методами; II — которые лечились традиционными методами в сочетании с вышеуказанными методами, за 2002-2007 гг., в отделении грудной хирургии Кировоградской областной больницы. Первая контрольная группа составила 359 больных, в возрасте от 19 до 72 лет. Эмпиема возникла в результате неспецифических заболеваний легких (у 25-ти), повреждения груди (у 8-ми), после операций на органах груди (у 7-ми). Сроки лечения у этих больных в среднем составили от 25 до 40 суток. Во второй группе пролечено 170 больных — от 17 до 76-ти лет. У этой группы больных сроки лечения в среднем составили от 18 до 30-ти суток. В группе № 2, в процессе лечения, отмечаются положительные сдвиги в лейкоцитарной формуле, повышается значительно быстрее гемоглобин, в отличие от группы № 1. В иммунограмме повышается количество Т-лимфоцитов, Т-активных, В-лимфоцитов, увеличивается значительно быстрее, в отличие от первой группы, фагоцитарная активность нейтрофилов, а также циркулирующие иммунные комплексы. До начала лечения показания иммунограммы были практически нулевые или резко снижены.

У

Фещенко Ю. І., Рекалова О. М., Іл'їнська І. Ф., Ясир С. Г., Турчина І. П., Петішкіна В. М. ОСОБЛИВОСТІ ЗАГОСТРЕННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ПРИ СУПУТНІЙ КАНДИДОЗНІЙ ІНФЕКЦІЇ

ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України"

Мета дослідження: вивчити вплив інфікованості нижніх дихальних шляхів хворих мікроміцетами на перебіг бронхіальної астми (БА).

Об'єкт та методи досліджень. Обстежено 20 донорів крові й 115 хворих із загостренням БА, які лікувались в пульмонологічному відділенні, у т.ч. 39 чоловіків/76 жінок (33,9 % / 66,1 %), середній вік $(40,4 \pm 1,2)$ років, давність захворювання $(6,2 \pm 0,6)$ років, тривалість частково або погано контролююмого стану — $(2,1 \pm 0,2)$ місяці. Легкий перебіг БА спостерігався в 52 осіб (45,2 %), середньо-тяжкий — у 52 осіб (45,2 %), тяжкий і дуже тяжкий — у 11 осіб (9,6 %). Методи: клінічні (огляд, рентгенографія легень, аналізи харкотиння, крові, функція зовнішнього дихання, бронхоскопія), мікробіологічні (посів харкотиння на середовище Сабуро з урахуванням титру кандид 10^3 Од/мл та вище, кров'яний, шоколадний агар та ін.), імунологічні: підрахування в крові вмісту лейкоцитів, лімфоцитів, моноцитів, нейтрофілів, еозинофілів, $CD3^+$, $CD4^+$, $CD8^+$, $CD16^+$ та $CD22^+$ -лімфоцитів; визначення концентрації сироваточних імуноглобулінів А, М, G, поглинальної здатності (з лактосом) та рівнів кисеньзалежного метаболізму (спонтанний НСТ-тест) нейтрофілоцитів та моноцитів крові проводили для оцінки стану системного імунітету, стан місцевих механізмів імунного захисту характеризували шляхом визначення клітинного складу бронхоальвеолярного змиву (БАЗ) із підрахуванням абсолютного вмісту альвеолярних макрофагів (АМ); встановлення поглинальної здатності та рівнів кисеньзалежного метаболізму цих клітин. Робота виконувалась за рахунок коштів державного бюджету. Статистична обробка матеріалу проводилась в програмі Excel на персональному комп'ютері IBM Atlon.

Результати. Ріст *Candida spp.* було одержано в 49 хворих $(42,6 \pm 4,6)$ % (1 група), в 2 групу ввійшли 66 хворих без кандид $(57,4)$ %.

У хворих на БА з інфікованістю нижніх дихальних шляхів кандидами частіше мали місце: тривале застосування інгаляційних кортикостероїдних препаратів — у 21 хворого 1 групи

$(42,9 \pm 7,1)$ % проти 12 хворих 2 групи $(18,2 \pm 4,8)$ %, $p < 0,05$, виділення гнійного харкотиння — у 35 хворих $(71,4 \pm 6,5)$ % та 31 хворого $(47,0 \pm 6,2)$ % випадків відповідно, $p < 0,05$, та визначення в харкотинні умовнопатогенних грампозитивних бактерій (*St. aureus*, *S. pneumoniae*) — у 19 хворих $(38,8 \pm 7,0)$ % 1 групи та 9 хворих $(13,6 \pm 4,3)$ % 2 групи, $p < 0,05$. У хворих 1 групи спостерігався лейкоцитоз — $(8,2 \pm 0,6) \cdot 10^9$ /л проти $(6,6 \pm 0,5) \cdot 10^9$ /л в 2 групі, $p < 0,05$, у донорів — $(6,2 \pm 0,3) \cdot 10^9$ /л; була надмірною готовність лімфоцитів до апоптозу — відносний вміст у крові $CD95^+$ -лімфоцитів збільшувався відповідно до $(24,7 \pm 1,5)$ %, проти $(18,1 \pm 2,2)$ % в 2 групі, $p < 0,05$, у донорів — $(18,3 \pm 1,0)$ %. У БАЗ пацієнтів 1 групи визначалась кількісна та якісна недостатність макрофагів: зменшення їх вмісту до $(37,0 \pm 4,0)$ % проти $(52,4 \pm 3,8)$ % в 2 групі, $p < 0,05$, у здорових — $(87,5 \pm 10,0)$ %; зниження показника фагоцитозу макрофагів до $(47,0 \pm 4,0)$ % проти $(65,1 \pm 3,9)$ % в 2 групі, $p < 0,05$, у здорових — $(59,2 \pm 2,5)$ %; а також характерні для гнійного запального процесу зростання відносної кількості нейтрофілів до $(52,0 \pm 7,1)$ %, в 2 групі — $(22,3 \pm 3,9)$ % ($p < 0,05$), у здорових — $(25,0 \pm 1,0)$ %; та зменшення кількості лімфоцитів до $(4,7 \pm 1,2)$ %, в 2 групі — $(10,2 \pm 1,1)$ % ($p < 0,05$), у здорових — $(10,7 \pm 1,6)$ %.

Висновки. Таким чином, інфікованість нижніх дихальних шляхів хворих на БА кандидами була пов'язаною з попереднім застосуванням інгаляційних кортикостероїдних ліків і при загостренні БА супроводжувалась вторинним гнійним бронхітом (із виділенням гнійного харкотиння та відповідною запальною клітинною реакцією — зростанням відсотку нейтрофілів БАЗ та зменшенням кількості лімфоцитів), часто — разом з умовнопатогенними грампозитивними коками, на тлі лейкоцитозу в крові та надмірною готовністю лімфоцитів до апоптозу (підвищенням вмісту $CD95^+$ -лімфоцитів). Отже, кандидозна інфікованість хворих із загостренням БА мала місце при виразній кількісній і функціональній недостатності альвеолярних макрофагів (зменшенні їх вмісту та поглинальної здатності) та сприяла зростанню активності запальних процесів.

Фещенко Ю. И., Яшина Л. А., Полянская М. А., Крамарская Н. В., Москаленко С. М. ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ КОМБИНИРОВАННЫХ БРОНХОЛИТИКОВ КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ

ГУ "Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии имени Ф. Г. Яновского Академии медицинских наук Украины", Киев

Целью нашего исследования было сравнить бронхолитический эффект и влияние на сердечную деятельность комбинированных бронхолитиков короткого действия: ипратропия бромид + фенотерол и ипратропия бромид + сальбутамол в 6-часовом мониторинге у пациентов с хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ) II–III степени тяжести.

Материалы методы: в исследовании принимали участие 15 пациентов с ХОЗЛ II–III степени (ОФВ₁ — $(55,4 \pm 3,7)$ %, мужчин — 9, женщин — 6, средний возраст $(52,2 \pm 3,4)$ лет, стаж курения $(18,8 \pm 3,5)$ пачко-лет). Функциональные исследования — спирометрия ("MasterScreen", Erich Jaeger) и электрокардиография ("Cardiette", Elletronica Trentina s.p.a. Cavareno) проводились до и в 6-часовом мониторинге (спирометрия — через 5 мин., 15 мин., 30 мин., 45 мин., 1 ч., 2 ч., 3 ч., 4 ч., 6 ч.; ЭКГ — через 20 мин., 1 ч., 2 ч., 3 ч. и 6 ч.) после ингаляции ипратропия

бромид + фенотерол ($42/100$ мкг) в первый день и ипратропия бромид + сальбутамол ($42/240$ мкг) во второй день. Оценивались ОФВ₁, частота сердечных сокращений (ЧСС) и показатель Q-T). Также оценивались наличие и выраженность тремора скелетной мускулатуры по шкале тремора.

Результаты: при использовании комбинации ипратропия бромид + фенотерол максимальный прирост ОФВ₁ — $(8,4 \pm 1,2)$ % был отмечен через 30 мин после приема препарата и сохранялся более 4 часов (до 6 часов). После ингаляции ипратропия бромид + сальбутамол максимальный прирост ОФВ₁ был меньшим — $(5,7 \pm 1,5)$ %, наблюдался позже — через 45 мин после ингаляции и длился 4 часа. Достоверных изменений ЧСС на протяжении 6 часов не наблюдалось как при приеме ипратропия бромид + фенотерол — $(69,7 \pm 3,3)$ уд./мин, так и при приеме ипратропия бромид + сальбутамол — $(68,5 \pm 2,6)$

уд./мин; интервал $Q-T_c$ также оставался без существенных изменений: $(385,6 \pm 5,6)$ и $(403,0 \pm 10,3)$ мс соответственно. Тремор скелетной мускулатуры после ингаляции изучаемых комбинированных бронхолитиков у исследуемых пациентов не наблюдался.

Выводы: 1) комбинированный бронхолитик ипратропия бромид + фенотерол обладает более быстрым и длительным

бронхорасширяющим действием, хотя содержит в 2,4 меньшую дозу β_2 -агонистов короткого действия по сравнению с комбинацией ипратропия бромид + сальбутамол;

2) оба исследуемых препарата хорошо переносились пациентами, отрицательного воздействия на сердечную деятельность у исследуемых больных отмечено не было (по данным ЭКГ ЧСС не изменялась и интервал $Q-T_c$ не удлинялся).

Фомичева Н. И., Манохина О. Ю., Блащук-Цвелева В. Е., Набокина В. В. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ В ЛУГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Луганский государственный медицинский университет
Областной противотуберкулезный диспансер
Областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом*

Целью данного исследования было изучить динамику по ВИЧ-инфекции и ВИЧ-ассоциированному туберкулезу в Луганской области.

Для этого были проанализированы имеющиеся статистические данные по этим заболеваниям в областном центре по профилактике и борьбе со СПИДом и областном противотуберкулезном диспансере за последние 3 года (2005–2007 гг.).

По данным СПИД — центра за 14 лет эпидемиологического надзора (1992–2005 гг.) в Луганской области зарегистрировано ВИЧ-инфицированных 2874 человека, из них туберкулез диагностирован у 139 лиц.

Начиная с 2005 года проводится более детальный анализ заболеваемости среди этих контингентов. В течение последних трех лет в Луганской области ежегодно регистрируется среди взрослого населения в среднем 0,021 % новых случаев ВИЧ-инфицированных. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией за этот период остается относительно стабильной и составляет в среднем 22,000 на 100000 населения.

В целом по области количество зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции среди взрослого населения составило в 2006 году — 2070, в 2007 — 2334, т.е. отмечается тенденция к накоплению количества ВИЧ-инфицированных.

Данные заболеваемости туберкулезом среди ВИЧ-инфицированных, по статистическим сведениям СПИД — центра и областного противотуберкулезного диспансера расходятся.

По материалам СПИД — центра в Луганской области заболеваемость ВИЧ — ассоциированным туберкулезом составляет в среднем 2,5 на 100000 населения и имеет тенденцию к снижению. Аналогичная ситуация отмечается по показателю удельного веса ВИЧ-ассоциированного туберкулеза среди впервые

выявленных больных туберкулезом. В то же время заболеваемость туберкулезом на 100000 ВИЧ-инфицированных составила в 2006 г. — 2295, в 2007 г. — 2348.

По материалам областного противотуберкулезного диспансера заболеваемость ВИЧ-ассоциированным туберкулезом составляет 3,1 в 2007 году против 1,2 в 2005 г.

Подобная ситуация наблюдается и по показателю удельного веса ВИЧ-ассоциированного туберкулеза среди впервые выявленных больных туберкулезом — увеличение с 1,7 в 2005 году до 3,3 % в 2007 г.

Выявленные разноречивые сведения о заболеваемости ВИЧ-ассоциированным туберкулезом между двумя областными учреждениями свидетельствуют об отсутствии унифицированной учетно-отчетной документации, недостаточной преемственности в работе этих учреждений. Несмотря на различные сведения о заболеваемости ВИЧ-ассоциированным туберкулезом данные обеих учреждений свидетельствуют о крайне высокой заболеваемости туберкулезом среди ВИЧ-инфицированных и низкой его выявляемости.

Эти показатели подтверждают мнение о недо выявления больных туберкулезом среди этого контингента больных, а так же недостаточной работе по профилактике туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных.

Подтверждением этого могут быть сведения, представленные в отчетных материалах СПИД-центра. Так, по их данным туберкулиновыми пробами было охвачено 25,6 %, флюорографическим обследованием — 47,6 %, исследованием мокроты на микобактерии туберкулеза — 25,3 %, консультировано фтизиатром — 30,2 % ВИЧ-инфицированных больных.



Ходош Э.М.
ГРЕГОР И. МЕНДЕЛЬ: НАУЧНЫЙ ПОРТРЕТ

*Харьковская медицинская академия последипломного образования
Городская клиническая больница № 13, Харьков*

Пережить исторически своё время дано немногим учёным. Один среди них — австрийский священник и естествоиспытатель, биолог и ботаник Грегор Иоганн Мендель, доказавший, что наследственные задатки (гены) не смешиваются, а передаются от родителей к потомкам в виде дискретных единиц. В те годы с помощью метода гибридизации учёные стремились узнать, как наследуются родительские свойства. Однако И. Г. Кейльрейтер процесс оплодотворения отождествлял с химическим процессом соединения веществ, не обращая внимания на наследование отдельных признаков. Но О. Сажре в процессе анализа гибридного потомства сосредоточил внимание на отдельных признаках, а не на организме в целом. Вне всякого сомнения, явления наследственности интересовали и Г. Менделя, который со своей научной любознательностью, соответствующим складом ума и аналитическим мышлением постоянно культивировал растения, которые интересовали его своей атипичностью (например, ананасы), экспериментировал с пчелами и растениями, в том числе и с огородным горохом. Горох для эксперимента был выбран потому, что, во-первых, его легко выращивать, во-вторых, он представлен многими разновидностями.

В эксперименте Г. Мендель видел вопрос, обращённый к природе. Даст ли природа чёткий ответ — зависело от постановки вопроса. Мендель умел ставить такие вопросы. Так один из них заключался в том, насколько объективны, бытующие в то время, взгляды Ламарка относительно влияния окружающей среды на наследственность? Другой вопрос соответствовал гипотезе: если скрестить две разновидности гороха, которые различаются по определённому признаку, то каким окажется потомство? Мендель провёл семь скрещиваний гороха, отличающихся друг от друга по одному признаку, подвергнув анализу 7324 горошины. Тридцать с лишним сортов гороха использовал он в эксперименте, и каждый из них предварительно был под-

вергнут двухлетнему испытанию на "постоянство признаков". В результате Мендель пришел к выводу, что различные свойства конкретного растения или животного зависят только от родителей. Опыты Менделя открыли другой отсчет времени, главной отличительной чертой которого стал введенный Менделем гибридологический анализ наследственности отдельных признаков родителей в потомстве. Трудно сказать, что именно заставило естествоиспытателя обратиться к абстрактному мышлению, отвлечься от голых цифр и многочисленных экспериментов. Но именно это позволило увидеть целостную картину исследования; увидеть ее лишь после того, как пришлось пренебречь десятичными и сотыми долями, обусловленными неизбежными статистическими вариациями. Только тогда буквенно "помеченные" исследователем альтернативные признаки открыли ему нечто сенсационное: определенные типы скрещивания в разном потомстве дают соотношение доминантных и рецессивных признаков 3:1, и они оба присутствуют у потомства, но доминантный подавляет рецессивный. Как объяснить полученный факт? Отношение 3:1 представляло для Менделя лишь внешнее проявление какой-то пока неизвестной закономерности. В этой связи, Мендель выдвигает гипотезу, согласно которой в половых клетках находятся материальные факторы в виде обособленных частиц, определяющие развитие того или признака. Более того, Мендель делает вывод, что комбинация неоднородных задатков (генов) дает расщепление признаков в тех самых соотношениях, что были вычислены им с помощью его же статистического ("алгебраического") анализа. В результате Г. Мендель сумел обнаружить черты будущего поколения, которые передаются от родителей независимо от среды обитания.

Эти работы положили начало обобщениям, известных нам как законы Менделя — закон единообразия гибридов первого поколения, закон расщепления и закон независимого наследования признаков.

Ходош Э. М.
**ВОЗМОЖНОСТИ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
САРКОИДОЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

*Харьковская медицинская академия последипломного образования
Городская клиническая больница № 13, Харьков*

Принятие решения по лечению больного саркоидозом, и, в частности, саркоидозом органов дыхания (СОД) зависит от многих факторов, самым важным из которых — насколько выражена клиническая симптоматика. Традиционно начальная терапия для клинически проявляемого СОД характеризовалась включением системных кортикостероидов, что в отдельных случаях требовало многомесячной терапии. В этой связи, тщательно изучаются альтернативные лекарственные возможности. Например, ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС), эффективность которых, судя по литературным данным, неоднозначна. Предпосылкой для использования ИГКС является гипотеза, говорящая о том, что при СОД патологический процесс распространяется вдоль лимфатических сосудов и отчасти ветвей бронхов. Но, в настоящее время нет доказательных исследований, посвящённых эффективности ИГКС при различных фенотипах саркоидоза. Поэтому нельзя исключить, что ИГКС окажутся эффективными при обструктивном

и/или гиперреактивном варианте заболевания или выраженном кашлевом синдроме.

С целью выяснения оптимальной тактики лечения СОД ИГКС был проведен анализ 29 случая саркоидоза внутригрудных лимфатических узлов (СВГЛУ) и лёгких, из них 19 женщин и 10 мужчин в возрасте от 19 до 45 лет. Гистологически диагноз верифицирован у 12 больных. У всех больных определялся кальций сыворотки крови, всем больным проводилась компьютерная томография органов грудной клетки, УЗИ сердца и органов брюшной полости, а также исследовалась функция внешнего дыхания; больные консультировались окулистом и невропатологом. СВГЛУ диагностирован у 18 больных (1 стадия). В 11 случаях аденопатия сочеталась с поражением лёгочной паренхимы. У них ИГКС в качестве базисной терапии назначались сразу при выявлении заболевания. При СВГЛУ применялась выжидательная тактика (не более 6 мес.). Использовались различные ИГКС: фликсотид, беклазон, будесонид. Дозы препарата составляли от

500 до 1500 мкг в сутки, что зависело от клинико-рентгенологической формы. Продолжительность лечения соответствовала 6–12 мес. Положительные результаты при монотерапии ИГКС отмечены у 21 больного, у остальных потребовалось присоединение системных ГКС (СГКС). В трёх случаях применялась преемственная терапия, то есть после первичного назначения СГКС в течение двух месяцев переходили к лечению ИГКС. Рецидивов в годовой период наблюдения не отмечалось. Все больные лечились вначале стационарно (средний койко-день — 28,4), а затем

амбулаторно, то есть применялась система диспансерного наблюдения (учётно-отчётные формы, картотека). Профилактических курсов туберкулостатиками не проводилось.

Результаты приведенного исследования могут свидетельствовать о эффективности ИГКС при СОД. А системный подход по ведению данной группы больных позволяет проводить централизованные мероприятия, связанные с своевременным выявлением, диагностикой, лечением и сокращением сроков временной утраты нетрудоспособности.

Христинич Т. Н., Кушнир Л. Д., Пянковская Н. В. МЕХАНИЗМЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ УЛЬЦЕРАЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ

Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы

Хроническое легочное сердце (ХЛС) является мультифакторным синдромом, формируется чаще всего в результате изменений вентиляционной, диффузионной функции легких, механизмов микроциркуляции. В основе вышеописанных механизмов лежит синдром системного ответа на воспаление (эндотелиальная дисфункция, оксидативный стресс, апоптоз).

Вместе с тем, ХЛС представляется синдромом, включающим в себя как нарушения в бронхо-легочной, сердечно-сосудистой системах, так и в органах пищеварения.

Представляло интерес изучить механизмы ulcerации слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки, их клинические особенности. Обследовано 32 человека, мужчин — 18, женщин — 14 с давностью заболевания от 3 до 5 лет. Больных, страдающих хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ) было 11, бронхиальной астмой (БА) — 7, фиброзирующим альвеолитом — 5, системными заболеваниями соединительной ткани — 9 человек. У всех больных выявлено ulcerацию: желудка — 17 человек, двенадцатиперстной кишки (ДПК) — 15 человек.

На основании анализа результатов клинического опроса, инструментальных данных выделено 3 этиологических варианта ulcerации слизистой:

1. Коморбидная патология.
2. Ulcerация, развивающаяся на фоне ХОЗЛ, БА.
3. Ulcerация, связанная с приемом медикаментозных средств.

Оказалось, что при ХЛС язвенная болезнь имеет свои клинические особенности:

- преобладают пациенты старших групп;

- отсутствуют рецидивы язвенной болезни;
- характерно скрытое течение и отсутствие болевого синдрома (из-за гиперкапнии);
- кислотообразующая и секреторная функция снижены и плохо поддаются коррекции;
- число язв, осложненных кровотечением или перфорацией, увеличивается с утяжелением сопутствующих заболеваний бронхолегочной системы.

Относительно механизмов, приводящих к ulcerации при первичном течении бронхопульмональной патологии значение имеют следующие факторы: раздражающее действие лекарственных средств на желудочно-кишечный тракт и встраивание их в цикл цитохрома 450; выделение повышенного количества гистамина; гипоксия, вызывающая хронический стресс.

Выделение адренокортикотропного гормона с последующей ulcerацией; эндотелиальная дисфункция и повышенное свертывания в сосудах слизистой желудка и ДПК; нейромедиаторный дисбаланс адренергических и холинергических структур; нарушение иммунного обмена; гиперкапния, которая способствует увеличению активности карбоангидразы в желудке, что способствует повышению кислотности, снижению резистентности слизистой к действию местных ulcerозных факторов.

В связи с этим полезным будет назначение фамотидина как препарата, воздействующего на процессы неконтролируемого свободнорадикального окисления, цитокиновый механизм и на факторы агрессии слизистой желудка, ДПК и ацинарные клетки поджелудочной железы, которые реагируют на тканевую гипоксию.

Христинич Т. Н., Багрий В. Н., Лунник Л. М. ЗАТЯЖНЫЕ ПНЕВМОНИИ: ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

*Буковинский государственный медицинский университет,
КМПУ № 1, г. Черновцы*

В последнее время круглогодичная заболеваемость сменила сезонную (согласно отечественным данным). По-видимому, причин много, но среди них значение имеют заболевания верхних дыхательных путей, переохлаждения (как свидетельство о недостаточности иммунной защиты), кондиционеры (как источ-

ник пневмоний, вызванных внутриклеточными возбудителями), эпидемиологическая обстановка по туберкулёзу.

Тем не менее, лечение больных, согласно протоколу, эффективно у большинства больных. Больные относящиеся к I и II группам, выздоравливают при лечении амоксициллином/кла-

вуланатом в течении 10–14 дней. Однако имеется небольшая группа пациентов, у которых в течении 3-х суток не улучшается клиническое течение. Согласно нашим наблюдениям с включением в лечение спиромицина (по принципам ступенчатой терапии) клиническая эффективность проявлялась через 2–3 дня.

Однако проблемным вопросом для врачей первичного звена остается лечение и диспансеризация больных с затяжным течением пневмонии (когда, несмотря на лечение, сохраняется субфебрилитет, кашель и у части больных одышка).

Учитывая, что в данный момент антибактериальная терапия не показана, мы дообследуем пациентов с целью выяснения состояния иммунной защиты, функции внешнего дыхания, выявления туберкулёза легких, тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии (что часто сопутствует течению пневмонии,

но редко клинически диагностируется, проявляясь, порой, необъяснимой одышкой).

В случае снижения иммунной защиты используем курс лечения эрбисолом. При наличии остаточных признаков инфильтрации назначаем мефенаминовую кислоту (в качестве нестероидного противовоспалительного препарата, средства, стимулирующего выработку собственного интерферона и имеющего способность влиять на реологические свойства крови). У большинства пациентов добивались клинического результата в течении 2–3 недель.

В реабилитационном периоде акцентируется внимание на лечебную физкультуру, особенно на дыхательные упражнения. В осеннее-весенний период лицам, перенесшим затяжную пневмонию, рекомендуем периодический курс бронхомуналом.

Циганков А. Ю., Горбатюк І. М., Колосюк Л. В., Кривецький В. Ф. ПЕРШИЙ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ВІДЕОТОРАКОСКОПІЧНОЇ ТЕХНІКИ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

Вінницький обласний клінічний протитуберкульозний диспансер

Діагностика туберкульозу органів дихання, який не супроводжується бактеріовиділенням, зокрема, ексудативних плевритів та дисемінацій, є складним завданням і вимагає гістологічного підтвердження. Закриті біопсії плеври та легень мають невисоку інформативність (близько 70 %), а діагностичні торакотомії супроводжуються тривалим больовим синдромом та непрацездатністю хворого. Найбільш оптимальною вважається відеоторакоскопія з біопсією плеври або легені під контролем зору.

Згідно Державної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2007–2011 роки, за підтримки Світового Банку в 2007 р. в операційній Вінницького облтубдиспансеру було встановлено набір для виконання ендоскопічних операцій в торакальній хірургії виробництва фірми "Karl Storz GmbH". З 20.04.2207 р. за допомогою даної апаратури було виконано 38 втручань, в тому числі 25 біопсій плеври та легені. Втручання проводились під інтубаційним наркозом. В усіх випадках біопсій було встановлено точний діагноз: 20 випадків (80 %) — туберкульоз плеври, 3 випадки (12 %) — мезотеліома плеври, 2 випадки (8 %) — неспецифічний плеврит. Серед обстежених хворих з туберкульозом плеври в плевральній рідині бактеріоскопічно мікобактерій не було виявлено, бактеріологічне підтвердження отримане у 13 хворих (65 %), гістологічне підтвердження отримане у всіх 20 випадках.

Ускладнення: інтраопераційні — в 1 випадку виникла кровотеча з міжреберних судин; післяопераційних ускладнень не було.

Таким чином, виконання відеоторакоскопії з біопсією плеври та легені дозволяє з високою точністю встановити етіологію патологічного процесу в плеврі та легені. Це дозволяє протягом

6–7 днів встановити точний діагноз та розпочати етіотропне лікування, або скерувати хворого в профільний заклад.

Крім того було виконано 10 відеоасистованих сегментарних та полісегментарних резекцій легень із застосуванням мінітоработомії. Серед них — 8 резекцій з приводу туберкульозом, 1 — з приводу доброякісної пухлини, та 1 — з приводу бульозної емфіземи. В трьох випадках торакоскопія виконувалась як перший етап втручання з послідуною конверсією в торакотомію: 1 випадок — панбіопсія новоутворення з експрес-верифікацією злоякісного новоутворення, 2 випадки — визначення поширеності процесу на цілу частку легені з необхідністю наступного виконання лобектомії.

Використання відеоасистованих мінітоработомій дозволило зменшити операційну травму, що призвело до скорочення періоду тривалості післяопераційного больового синдрому з 8 до 3–4 днів, зменшення потреби в наркотичних анальгетиках в 3 рази, скорочення післяопераційного перебування хворого з 40 до 24 ліжко-днів.

Інтраопераційних та післяопераційних ускладнень після відеоасистованих резекцій не було.

Техніка проведення операцій на корені легені (лобектомії, пульмонектомії) на даний момент вивчається.

Таким чином, можна зробити висновок, що застосування відеоторакоскопічної техніки для діагностики та лікування туберкульозу органів дихання має значний економічний і соціальний ефект, скорочує затрати на лікування та реабілітацію хворих.

Відеоторакоскопічні втручання можуть виконуватись торакальними хірургами, що володіють технікою торакотомії, в будь-яких спеціалізованих торакальних відділеннях.

Циганкова Т. І., Приступа Л. Н. АНТИОКСИДАНТНА ДІЯ ЕРДОСТЕЇНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Сумський державний університет, медичний інститут

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) стало однією з найбільш численних патологій в Україні. Кількість хворих на ХОЗЛ за останні 10 років зросла на 41,5 %, а смертність — на 32,9 %. До останнього часу практично не проводились рандомізовані мультицентрові контрольовані дослідження (за виключенням BRONCUS), що доказують ефективність застосування муколітичних препаратів при ХОЗЛ, тому відношення до цих засобів в національних і міжнародних керівництвах з лікування ХОЗЛ є неоднозначним. Проте в GOLD є рекомендація з використання муколітичного препарату, що має антиоксидантну дію, ацетилцистеїну, який здатний знижувати частоту загострень ХОЗЛ і може мати важливе значення у лікуванні пацієнтів із частими загостреннями (рівень доказів В). Тому актуальним є подальше вивчення доцільності застосування препаратів із антиоксидантними властивостями у лікуванні ХОЗЛ.

Метою нашого дослідження було вивчення впливу ердостеїну на перекисне окислення ліпідів (ПОЛ) у хворих на ХОЗЛ.

Матеріал та методи дослідження. Під нашим спостереженням знаходилось 64 хворих на ХОЗЛ 2 стадії, які були поділені у залежності від особливостей лікування на дві групи: I групу склали 34 хворих, які отримували базисне лікування; II групу — 30 хворих, які окрім цього отримували ердостеїн по 300 мг двічі на добу протягом 2 тижнів. Про інтенсивність ПОЛ

судили за вмістом малонового діальдегіду (МДА) та супероксиддисмутази (СОД), які визначали спектрофотометричним методом за методикою Овсяннікової Л.М. і співавт. (1999). Отримані результати оброблені методами варіаційної статистики. Достовірність різниці середніх величин оцінювали за допомогою t-критерію Стьюдента.

Результати дослідження. При дослідженні стану ПОЛ встановлено надмірне накопичення продуктів ліпопероксидації на фоні пригнічення активності СОД. Так, у хворих I та II груп до початку лікування відмічено підвищення МДА в 1,3 разу та зниження активності СОД в 1,2 разу. Це свідчить про нестабільність компенсаторних можливостей системи антиоксидантного захисту над підвищеною активністю вільнорадикальних процесів.

Після лікування вираженість порушень оксидантно-антиоксидантної рівноваги зменшувалась у хворих I групи: рівень МДА становив $(4,01 \pm 0,18)$ нмоль/л, а активність СОД мала тенденцію до підвищення $(3,5 \pm 0,27)$ од/мг Нв. У пацієнтів II групи дані показники становили $(3,52 \pm 0,16)$ нмоль/л та $(4,1 \pm 0,37)$ од/мг Нв відповідно. Гальмування оксидативного стресу ердостеїном може сприяти зменшенню активації транскрипції фактору каппа, який є прозапальним медіатором, стимулює виробіток ФНП- α , ІЛ-8 і інших прозапальних протеїнів з одночасним оксидативним пошкодженням антипротеаз. У результаті

посилюється запалення і розвиваються протеолітичні пошкодження. Тому застосування ердостейну, зменшуючи виразність оксидативного стресу, попереджає прогресування запалення в дихальних шляхах.

Висновки. Ердостейн у хворих на ХОЗЛ має антиоксидантну дію, яка полягає у підвищенні СОД і зниженні МДА, що дозволяє рекомендувати його у якості патогенетично обгрунтованого препарату при лікуванні ХОЗЛ.

Цимбаліста О. Л.

НЕДОСТАТНІСТЬ α_1 -АНТИТРИПСИНУ В ГЕНЕЗІ УСКЛАДНЕНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНИХ НЕСПЕЦИФІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ

Івано-Франківський державний медичний університет

Наводимо результати обстеження та лікування 247 дітей віком від 7 до 13 років з хронічними гнійними захворюваннями бронхолегеневої системи, в тому числі 104 — з бронхоектатичною хворобою, 103 — з аномаліями розвитку бронхолегеневої системи і 40 — з хронічним бронхітом. Діти поступали на лікування в періоді загострення захворювання: виражені симптоми гнійної інтоксикації, наростання кашлю з виділенням гнійного мокротиння, періодично повним ротом.

Стигми дизембриогенезу, деформацію грудної клітки виявлено у більшості дітей. При рентгенологічному дослідженні, крім запальної інфільтрації легеневої тканини, діагностовано різною мірою виражений дифузний крупно- і дрібнопетлистий та локальний пневмофіброз, фіброзні зміни плеври, емфізему легень, ознаки переважання правих відділів серця і легеневої гіпертензії. Двобічні дифузні форми гнійного ендобронхіту в два рази частіше зустрічались у дітей з аномаліями розвитку бронхолегеневої системи порівняно з бронхоектатичною хворобою. Суттєвої різниці між поширеністю гнійного запалення трахеобронхіального дерева у дітей з хронічним бронхітом і бронхоектатичною хворобою не виявлено.

Рівень α_1 -антитрипсину α_1 -АТ сироватки крові був знижений у всіх дітей як з хронічним бронхітом, бронхоектатичною хворобою ($1,03 \pm 0,1$ г/л), так і з аномаліями розвитку ($0,92 \pm 0,03$ г/л) з високою достовірною різницею між ними ($p < 0,001$). Зниження рівня α_1 -АТ у дітей з бронхоектатичною хворобою і хронічним бронхітом на рівні $1,0-1,4$ г/л мало місце у 68,0 %, $0,7-0,99$ г/л — у 29,0% і $\leq 0,7$ г/л — у 3,0 % пацієнтів. У дітей з аномаліями розвитку зниження антитриптичної актив-

ності сироватки крові було більш вираженим: відповідно у 37,7, 54,8 і 7,5 % ($p < 0,001$).

Необхідно зазначити, що у дітей з аномаліями розвитку бронхолегеневої системи в групі з найнижчим рівнем α_1 -АТ спостерігались дуже низькі його показники ($0,2-0,3$ г/л). Порівняльний аналіз перебігу захворювання виявив, що в міру зниження рівня α_1 -АТ наростає тяжкість, частота загострень з торпідним перебігом дифузних форм гнійного ендобронхіту. Відповідно у цих дітей швидше виявляються ознаки пневмофіброзу, емфізему легень і легеневої гіпертензії. Як правило, у цих дітей не досягнуто повного вилікування гнійного ендобронхіту після комплексного лікування з використанням повторних бронхоскопій, антибактеріальної (з урахуванням антибіотикограми) та патогенетичної терапії. У цієї категорії дітей рідше ($p < 0,01$) спостерігалась стійка ремісія протягом 1–1,5 року після лікування. При повторних триразових курсах лікування з інтервалом 1–1,5 року у всіх дітей залишається зниженим рівень α_1 -АТ. Переважно у них зберігається гнійний ендобронхіт. Спостерігається прогресування пневмофіброзу, емфізему та легеневої гіпертензії, підтвердженням чого є наростання проявів вентиляційної недостатності за даними спірографії, прогресування регіональних порушень вентиляції й кровоплину в легенях за даними радіопневмографії.

Отже, недостатність α_1 -АТ є одним із важливих чинників хронізації бронхолегеневих захворювань у дітей, тяжкого прогресуючого їх перебігу з раннім формуванням ускладнень, що в сукупності визначає інвалідність та соціальну дезадаптацію у дитячому віці.

Цимбаліста О. Л.

ПОРУШЕННЯ В СИСТЕМІ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ ПРИ ХРОНІЧНОМУ БРОНХІТІ У ДІТЕЙ

Івано-Франківський державний медичний університет

Під нашим спостереженням знаходилось 70 дітей у віці від семи до 13 років в періоді загострення хронічного бронхіту (ХБ). Трамбування захворювання як ХБ проводилось згідно з існуючими в Україні підходами.

В клініку діти поступали у фазі загострення захворювання із вираженими симптомами неспецифічної інтоксикації і задишкою при фізичному навантаженні, а у третини — і у спокої. Продуктивний кашель з виділенням гнійного мокротиння був у всіх дітей. Під час рентгенологічного дослідження виявлено як запальні реакції в легеневій тканині по типу інфільтрації елементів легеневого малюнку, так і ознаки пневмофіброзу. Ураження плеври виявлено у половини дітей у вигляді плевродіафрагмальних зрощень, облітерації синусів, потовщення костальної і міждолевої плеври. Під час діагностичної брон-

хоскопії у 21 дитини (30 %) виявлено двобічний гнійний ендобронхіт, у решти — односторонній гнійний процес в бронхах. Симптоми переважання правих відділів серця в результаті редукції малого кола кровообігу (МКК): акцент II тону над легеневою артерією (клінічно), збільшення дуги і конусу легеневої артерії (рентгенологічно), підвищення тиску у легеневої артерії до $58,2 \pm 5,2$ мм.рт.ст. (77,1 %). ЕКГ: помірно виражені ознаки гіпоксії міокарду, процесів метаболізму у всіх дітей, переважання правих відділів серця у 77,1 %, порушення провідності у 68,6 % випадків. У всіх дітей діагностовано складні порушення усіх ланок системи зовнішнього дихання: зниження резервів (МВЛ, ЖЕЛ), генералізована обструкція бронхіального дерева. Порушення прохідності крупних бронхів (КБ) помірно виражені (ОФВ₁, ПШ, ФЖЕЛ, МОШ₂₅, МОШ₇₅). Із показників

прохідності середніх (СБ) і дрібних бронхів (ДБ) найбільше знижені середні величини. $СОШ_{25-75}$, $МОШ_{50}$. Внаслідок обструкції дистальних відділів респіраторного тракту нормальне забезпечення газового складу крові здійснюється за рахунок гіпервентиляції неекономним шляхом — збільшення ЧД у 80 % випадків.

Виявом значних морфологічних змін за даними рентгенологічного дослідження є порушення регіональної вентиляції і кровоплину. Зниження ефективності вентиляції в зоні найбільшої деформації бронхів і пневмофіброзу виявлено у половині дітей. Регіональні порушення кровоплину зустрічаються частіше (83 %) і в більшій мірі виражені: асиметрія кровоплину, порушення вентиляційно-перфузійних процесів. В комплексній оцінці $ВН_1$ виявлена у 52,8 %, $ВН_2$ — у 42,8 % і $ВН_3$ — у 4,4 % випадків.

У всіх дітей відмічено позитивну динаміку при контрольному рентгенологічному дослідженні після лікування у вигляді зменшення і ліквідації запальної інфільтрації легеневої ткани-

ни, в результаті чого контури елементів легеневого малюнку стали чіткими, підвищилась структура коренів, зменшилась інфільтрація плеври. Виявлена істотна позитивна динаміка порушених функцій системи зовнішнього дихання. Відновлення прохідності бронхів на всіх рівнях сприяло зменшенню гіпервентиляції легень, покращенню альвеолярної вентиляції. Середня величина (ΔP_3), майже нормалізувався характер кривої КПГ ($p < 0,001$). В сукупності ці процеси у більшості дітей сприяли покращенню кровоплину легень за рахунок ліквідації спазму судин в сегментах з найбільшими морфологічними змінами легеневої тканини. Відповідно зросли резерви дихання: МВЛ ($p < 0,02$), нормалізувались показники ЖЄЛ. В комплексній оцінці нормалізація вентиляційної функції легень наступила у більшості (64 %) випадків, $ВН_1$ зменшилась у 1,6 рази (від 52,8 до 28,0 %) за рахунок переходу у $ВН_0$, тяжкі порушення вентиляції ($ВН_2$) також зменшилась у п'ять разів у порівнянні з відповідним рівнем (від 42,8 до 8,0 % випадків) за рахунок переходу у $ВН_0$ і $ВН_1$. Випадків $ВН_3$ не було.

**Черненко С. О., Вольський Я. В., Циганкова Л. М., Давиденко В. В.,
Слuch І. В., Барбова А. І., Дубров В. П., Потапенко А. С.
ПОШИРЕНІСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ МБТ
У РАНІШЕ ЛІКОВАНИХ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ**

ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського Академії медичних наук України"

Відомо, що у хворих, які раніше лікувались з приводу туберкульозу, зростає частота виділення мультирезистентних МБТ. Метою даного дослідження було вивчення поширеності мультирезистентності МБТ у хворих, які раніше лікувались.

Дослідження по встановленню частоти медикаментозної резистентності МБТ серед хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, які раніше лікувались, та з рецидивами захворювання проводилось як рандомізоване ретроспективне. В нього було включено 507 хворих, у яких проводили повторне лікування в 2 терапевтичному відділенні ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського АМН України" з 2002 по 2007 роки, та в Чернігівському обласному протитуберкульозному диспансері в 2006 році та за 6 міс 2007 року. Дані про хворих отримували зі стаціонарних історій хвороб, які включали дані тесту медикаментозної чутливості МБТ. Серед них було 72 особи на вперше діагностований туберкульоз легень, у яких зареєстровано невдачу першого курсу хіміотерапії (ХТ), 200 осіб були з перерваним лікуванням більше ніж на 2 місяці, 40 осіб з невдачею повторного курсу (серед них були як хворі з вперше діагностованим туберкульозом легень, так і з рецидивами, яких лікували до 10 місяців), 195 хворих з рецидивом туберкульозу, яких ще не лікували за 2 клінічною категорією.

Результати тесту чутливості отримували в середньому через 3 місяці від поступлення хворих у стаціонар. У хворих, які раніше лікувались, визначається висока частота резистентності МБТ — 62,2 %, у тому числі мультирезистентність — у 58,5 %. Тільки у 27,8 % хворих визначали чутливість МБТ до протитуберкульозних препаратів I ряду. В 5 хворих з мультирезистентними МБТ була розширена резистентність, що становило 1,0 %.

З числа цих пацієнтів у 2 був рецидив захворювання, у 2 невдача повторного курсу лікування.

Серед пацієнтів з невдачею 1 курсу ХТ мультирезистентність МБТ визначали в 88,9 % хворих, полірезистентність — в 1,4 %, тільки 4,1 % пацієнтів були чутливими до всіх препаратів. Серед хворих з невдачею повторного курсу хіміотерапії — мультирезистентність МБТ визначали в 92,5 % хворих, в 7,5 % — полірезистентність, чутливість МБТ не визначали в жодному випадку.

Серед пацієнтів з рецидивом туберкульозу мультирезистентність визначали в 50,9 % випадках, в 27,7 % МБТ були чутливими до протитуберкульозних препаратів I ряду. У хворих з перерваним лікуванням визначали такий же рівень мультирезистентності, як у пацієнтів з рецидивом туберкульозу вірогідно нижчий, ніж у пацієнтів з невдачею першого та повторного курсу хіміотерапії — у 46,5 %, у 8,5 % осіб визначали полірезистентність МБТ, $p < 0,05$. Чутливими до протитуберкульозних препаратів були 42,0 % хворих.

Отже, раніше ліковані хворі мають високий частоту мультирезистентного туберкульозу. Серед цього контингенту найвищий рівень мультирезистентного туберкульозу визначають у пацієнтів з невдачею 1 та 2 курсу хіміотерапії (88,9 % та 92,5 %). Цим хворим не підходить лікування стандартним режимом ХТ за 2 клінічною категорією, в якому застосовують протитуберкульозні препарати I ряду. Майже в половини хворих з рецидивом туберкульозу та перерваним лікуванням визначають мультирезистентний туберкульоз, що обмежує використання в них стандартного режиму ХТ за 2 клінічною категорією і потребує швидкого визначення медикаментозної чутливості МБТ шляхом застосування швидких тестів (ВАСТЕК).

**Чернова С. Д., Ткач С. І., Боровик І. Г., Миткеева Т. Н.
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА
БУДЕСОНИД/ФОРМОТЕРОЛ У БОЛЬНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

*Харьковская медицинская академия последипломного образования
Научно-исследовательский институт гигиены труда и профзаболеваний
Харьковского Национального медицинского университета*

Бронхиальная астма — одна из наиболее важных медико-социальных проблем. Из года в год отмечается рост этой патологии. Заболевание приводит к значительному нарушению качества жизни, снижению трудоспособности. Известно, что около 15 % случаев астмы у взрослых имеют профессиональное происхождение. Профессиональная бронхиальная астма стала одной из самых распространенных профессиональных заболеваний дыхательной системы во многих странах. Наиболее эффективным лечением у больных бронхиальной астмой является назначение ингаляционных кортикостероидов, обладающих выраженным противовоспалительным действием. Совсем недавно на рынке Украины появился комбинированный препарат будесонид/формотерол, содержащий глюкокортикостероид будесонид и селективный β_2 -агонист пролонгированного действия формотерол.

Цель исследования — оценить эффективность препарата будесонид/формотерол у больных профессиональной бронхиальной астмой.

Материалы и методы. В клинике НИИ гигиены труда и профзаболеваний Харьковского Национального медицинского университета обследован 31 больной с профессиональной бронхиальной астмой. Все больные контактировали с производственными аллергенами и работали на различных предприятиях химической, литейной, машиностроительной, фармакологической промышленности, в сельском хозяйстве, а также являлись медицинскими работниками. При обследовании в клинике у них выявлена сенсibilизация на хром и его соединения, марганец, формальдегид, мучную, бумажную пыль и др. Большинство обследованных — женщины (25 чел.), которым установлен диагноз персистирующей бронхиальной астмы 111 — 1У ступени профессионального генеза. Всем больным назначался препарат будесонид/формотерол в дозировке 2 ингаляции 2 раза в день. Кроме того, препарат использовался в режиме "по требованию" для купирования острых симптомов. Эффективность будесонида/формотерола оценивали по частоте и интенсивности приступов затрудненного дыхания, изменению основных спирографических

ческих показателей: ОФВ₁, ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ₁/ФЖЕЛ, числу приема лекарственного вещества "по требованию", а также — побочному действию будесонида/формотерола.

Результаты исследования показали, что назначение препарата будесонид/формотерол привело к снижению частоты приступов затрудненного дыхания у 27 больных (87 %), улучшению спирографических показателей: ОФВ₁, ФЖЕЛ, ОФВ₁/ФЖЕЛ у 25 больных (80 %). Отмечено, что длительное применение препарата способствовало сокращению частоты исполь-

зования лекарственного вещества "по требованию", а у 8 больных исчезла необходимость в применении будесонида/формотерола и других препаратов для купирования приступов. Побочных действий препарата будесонид/формотерол у обследованных больных не отмечено.

Таким образом, комбинированный препарат будесонид/формотерол является эффективным лекарственным средством для поддерживающей терапии и для купирования симптомов профессиональной бронхиальной астмы.

Чернышева О. Н., Ткач С. И., Николенко Е. Я., Пилипенко Н. О., Мельник О. Г. ТУБЕРКУЛИНОВЫЕ РЕАКЦИИ ОРГАНИЗМА КАК ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У РАБОЧИХ ЛИТЕЙНОГО ПРОИЗВОДСТВА МАШИНОСТРОЕНИЯ

*НИИ гигиены труда и профзаболеваний Харьковского
национального медицинского университета
Харьковская медакадемия последипломного образования*

Чувствительность организма к антигену микобактерий туберкулеза (МБТ), как известно, является аллергической реакцией IV типа и в то же время, характеризует активность клеточного иммунитета, что позволяет судить не только о наличии или отсутствии аллергизации организма, но и оценить состояние иммунитета.

Цель работы — установить, насколько изменения в спектре туберкулиновых реакций могут служить критериями риска развития заболеваний бронхолегочной системы (БЛС) профессионального генеза, в том числе и туберкулеза (кониотуберкулеза — КТб).

Методы. Для оценки сенсбилизации организма к микобактериям туберкулеза (МБТ) использован новый метод *in vitro* (Пат. № 29041 У, 2007 г.). Нагружалась туберкулином (Тб) популяция мононуклеаров (лимфоцитов, моноцитов), выделенная из крови, а затем измерялась интенсивность люминолзависимой хемилюминесценции. Результаты оценивались по двум критериям — по показателю реакции чувствительности и функциональным резервам иммунокомпетентных клеток (ИКК).

Установлено, что у рабочих (Р) пылевых профессий (85 человек) литейного производства (ЛП) самый весомый вклад вносят сниженные реакции чувствительности к Тб, среднее количество занимали нормальные и крайне редко встречались гиперергические реакции. Таким образом, Р ЛП имеют пониженную чувствительность к МБТ, причем регистрируется она уже у малостажированных лиц. Можно предположить, что это является одним из факторов повышенного риска инфицированности организма.

В отличие от чувствительности, функциональные резервы у Р некоторое время сохраняются на достаточно высоком уровне — сопоставимым, и даже несколько более мощным, чем в группе контроля (38 человек). Однако после 10-ти лет стажа работы наступает ослабление резистентности, что проявляется резким снижением, вплоть до полного исчезновения, числа

нормальных реакций на Тб. Важно отметить, что их уменьшение, в основном, коррелировало с нарастанием частоты сниженных функциональных ответов и может свидетельствовать об ослаблении противотуберкулезного иммунитета Р. Особо отличались в этом отношении Р с длительным стажем работы и, в большей степени — группа риска, выбранная по определенным показателям гомеостаза. Сопоставимы с группой риска только больные силикозом (1 стадия, 20 человек), являющиеся наиболее слабым контингентом из всех обследованных. В этих двух группах количество сниженных реакций по чувствительности регистрировалось у 80 % лиц и емкости функциональных резервов соответственно — в 62-70 % случаев. Отсюда следует предположить, что механизмы развития туберкулезного процесса начинаются с формирования иммунодефицитного состояния (ИДС). Причем, снижение только чувствительности не несет еще полной информации. Вторым, или одним из важных этапов, является формирование морфологического компонента, характерного для пневмокониозов. Только потом (или одновременно с образованием пневмофиброза) происходит внедрение МБТ и появляются гиперергические реакции. Однако они у больных КТб (35 человек) не достигают необходимых значений, свойственных здоровым Р, и в этом, очевидно, также сказывается наличие ИДС.

Таким образом, получены новые данные о состоянии противотуберкулезного иммунитета у Р ЛП, где опасность развития туберкулеза (КТб) особенно высока, и она значительно возрастает при возникновении бронхолегочной патологии. Особое значение в этом случае приобретает наличие ИДС, которое достаточно четко диагностируется с помощью Тб-проб предложенным способом. В основе профилактики как КТб, так и туберкулеза, должны лежать меры, направленные на укрепление иммунитета организма, а сниженные Тб-реакции необходимо учитывать как предикторы заболеваний БЛС.

Чеснокова М. М., Бажора Ю. І. МІСЦЕ ШТАМІВ РОДИНИ BEIJING В РЕЗИСТЕНТНОСТІ *M. TUBERCULOSIS* ДО ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИХ ПРЕПАРАТІВ У ХВОРИХ ОДЕСЬКОГО РЕГІОНУ

Одеський державний медичний університет

Розробка нових методів дослідження *M. tuberculosis* надала додаткові можливості для диференціювання різних штамів цього збудника та вивчення таких важливих особливос-

тей клінічних фенотипів, як лікарська стійкість, вірулентність, трансмісивність тощо. З клінічної точки зору важливою є ідентифікація штамів генотипу Beijing, який, за результатами ба-

гатьох досліджень, є асоційованим з високою вірулентністю, швидкою трансмісивністю та мультирезистентністю. Штами родини Beijing характеризуються певними генетичними особливостями, які можуть бути виявлені молекулярно-генетичними методами. Це характерний паттерн поліморфізму довжин рестрикційних фрагментів з 15–26 копіями інсерційної послідовності IS6110; S00034 паттерн споліготипування; наявність мутацій в 463 кодоні (Лей) гену *katG* та в 95 кодоні (Тре) гену *gyrA*; інсерція IS6110 в точці початку реплікації між генами *dnaA* та *dnaN*.

Метою роботи стала апробація визначення штамів родини Beijing методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) за наявності IS6110 інсерції в міжгенній *dnaA* — *dnaD* ділянці та аналіз резистентності до протитуберкульозних препаратів першого ряду в ізолятах *M. tuberculosis*, що належать до родини Beijing та інших родин, у хворих в Одеському регіоні.

Культури *M. tuberculosis* для молекулярно-генетичного дослідження було отримано від 112 хворих на легеневої туберкульоз, які зверталися до Одеського обласного протитуберкульозного диспансеру (ООПТД) протягом січня — липня 2005 року. Дослідження медикаментозної резистентності проводились методом абсолютних концентрацій у бактеріологічних лабораторіях ООПТД та Одеської обласної клінічної туберкульозної лікарні. Належність штаму до родини Beijing визначалась за допомогою ПЛР за наявності IS6110 інсерції в міжгенній *dnaA* — *dnaD* ділянці. За наявності інсерції розмір ампліфікованого продукту складав приблизно 2000 пар нуклеотидів (належності збудника до родини Beijing). За відсутності інсерції розмір ампліфікованого фрагменту складав 537 пар нуклеотидів.

ДНК збудника було ампліфіковано в 107 випадках, з них належність до родини Beijing було виявлено в 34 зразку (31, 7%). Серед ізолятів родини Beijing частіше спостерігалась резистентність до ізоніазиду (41,9%/21,6%), етамбутолу (32,3%/23,9%), мультирезистентність (32,3%/21,1%), та одночасна резистентність до всіх препаратів першого ряду (19,4%/8,4%). Серед ізолятів, отриманих від хворих, що раніше не лікувались ($n = 77$), належність до штамів родини Beijing спостерігалась в 23 випадках (27,1 %). Серед 30 ізолятів, виділених від хворих, що отримували лікування раніше, до родини Beijing належало 11 (36,7 %). В першій групі достовірна різниця в лікарській стійкості між ізолятами цієї родини та ізолятами, що належать до інших родин, спостерігалась лише до етамбутолу. В групі хворих, що лікувались раніше, спостерігалось значне підвищення резистентності до ізоніазиду, мультирезистентності та одночасної резистентності до всіх препаратів першого ряду серед ізолятів, що належать до родини Beijing.

Таким чином, метод ідентифікації збудника, як представника родини Beijing, що базується на наявності IS6110 інсерції в міжгенній *dnaA* — *dnaD* ділянці за допомогою ПЛР, виявився досить простим для впровадження в практичну роботу протитуберкульозних закладів. Штами родини Beijing, отримані від хворих Одеської області характеризуються підвищеною резистентністю до етамбутолу, ізоніазиду, мультирезистентністю та одночасною резистентністю до всіх препаратів першого ряду, особливо серед хворих, що лікувались раніше. Подальші дослідження в цьому напрямку є перспективними як з точки зору молекулярної епідеміології туберкульозу в Україні, так і для практичної медицини з метою підвищення ефективності лікування хворих на туберкульоз.

Чухриєнко Н. Д., Козлова О. Е., Дуплій Т. И., Паша Н. С. К ПРОБЛЕМЕ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА И ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Днепропетровская государственная медицинская академия

Наиболее частым СПИД-индикаторным заболеванием является туберкулез. Он был обнаружен у 24 и 56 % пациентов с впервые выявленной ВИЧ-инфекцией в странах Западной и Восточной Европы соответственно.

Проанализирован случай диагностики пневмоцистной пневмонии у больного N., госпитализированного с подозрением на диссеминированный туберкулез легких, с анамнезом легочного процесса более 2 месяцев. ВИЧ-инфицирование установлено с 2007 года. Проводимая ранее терапия антибиотиками широкого спектра оказалась неэффективной.

Жалобы при поступлении на малопродуктивный кашель, одышку с ЧДД до 40/мин, лихорадку до 40°. При физикальном обследовании признаков поражения легких не отмечалось. В анализе крови лейкоциты $10 \cdot 10^9 / л$, лимфоциты -7 %, СОЭ 70 мм/час. В иммунограмме — CD 4 -28 кл/мкл. Выражен ци-

аноз, сатурация крови < 70 %, что потребовало проведения кислородотерапии, а в последующем и ИВЛ.

На исходной рентгенограмме отмечалась диффузная инфильтрация легочной ткани.

Туберкулировая проба и 3-х кратный посев мокроты на кислотоустойчивые бактерии дали отрицательный результат. Однако в мокроте выявлены цисты *Pneumocystis jiroveci*, что позволило назначить этиотропную терапию бисептолом из расчета 20 мг/кг триметоприма в сутки на протяжении 3-х недель. Спустя 4 недельной терапии достигнуто клиническое и рентгенологическое улучшение.

Данный случай демонстрирует сложность и актуальность дифференциальной диагностики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Шестопалов Д. Л., Лепшина С. М.
**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
В ПРЕДСТАВЛЕНИИ ДАННЫХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА
ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Идея сбора и анализа фактов для последующего принятия решения принадлежит Гиппократу. В последующем концепция санитарного надзора формировалась как наука для эпидемиологического изучения заболеваемости в динамике. Анализ данных, полученных в результате надзора, помогает в поиске проблем, определении приоритетов в здравоохранении, оценке эффективности медицинских программ и определении области для углубленной научно-исследовательской работы. Пользуясь регулярно собираемыми данными, можно сделать заключение об эффективности тех или иных решений по проблемам здравоохранения.

Для повышения эффективности сбора, анализа, графического представления эпидемиологических данных, улучшения оценки деятельности лечебно-профилактических учреждений региона на кафедре фтизиатрии и пульмонологии Донецкого государственного медицинского университета разработана "Система визуализации данных эпидмониторинга и показателей деятельности лечебно-профилактических учреждений" (СВД-ТБ). СВД-ТБ — это большой массив основных статистических данных по здравоохранению Украины и Донецкой области, который обеспечивает простой и оперативный доступ к

этим данным. СВД-ТБ может быть использована для мониторинга тенденций эпидемиологической ситуации по туберкулезу и оценке показателей противотуберкулезной деятельности лечебно-профилактических учреждений в Украине и Донецкой области. Эта программа является эффективным инструментом для проведения сравнительных оценок при анализе тенденций развития и состояния работы фтизиатрической службы. Все показатели сгруппированы в следующие группы: заболеваемость туберкулезом, смертность от туберкулеза, заболеваемость ВИЧ/ТБ, профосмотры, выявление больных туберкулезом методом бактериоскопии в общей лечебной сети, работа противотуберкулезных учреждений, внедрение DOTS-стратегии, демографическая ситуация.

Общее количество показателей, используемых в программе, более 150, в абсолютных значениях — около 300. Все данные в СВД-ТБ представлены в графическом (карта, диаграммы, гистограмма, профиль региона) и табличном видах. Для работы с программой не требуется специального обучения. Информация из СВД-ТБ может быть использована для принятия решений в системе здравоохранения региона.



Щербак В. В., Кубышкин А. В.
**ПРОЦЕССЫ ПРОТЕОЛИЗА И ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ
ПРИ ВЫЗДОРОВЛЕНИИ ПОСЛЕ ОСТРОГО И
ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ В ЛЕГКИХ**

Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского, г. Симферополь

Состояние процессов протеолиза и перекисного окисления липидов (ПОЛ) играет важную роль в развитии бронхолегочной патологии. В настоящее время не подтверждается сомнению факт, что врожденный или приобретенный дефицит ингибиторов протеиназы является патогенетическим фактором формирования бронхолегочной патологии. Однако значение процессов протеолиза и свободнорадикального окисления в формировании процессов выздоровления при воспалении легких не изучалось.

В связи с этим целью исследования явилось изучение интенсивности протеолитических механизмов и реакций свободнорадикального окисления липидов при остром и хроническом воспалении в легких в стадии выздоровления.

Экспериментальные исследования проводились на 41 белых крысах-самцах линии "Вистар". Воспалительный процесс в легких моделировали путем введения стерильной капроновой нити диаметром 0,2 мм и длиной 3,5 см в трахею животных. Животные были разделены на 5 групп. Первая, контрольная группа, состояла из 10 здоровых животных. Крысам второй группы (9 животных) моделировалось воспаление легких, но через 2 недели нить из трахеи вынималась и в течение 4 недель шел процесс выздоровления. В качестве группы сравнения использовали третью группу животных (9 крыс), которым моделировалась острая пневмония, развивающаяся в течении 2 недель. Крысам четвертой группы (6 животных) моделировалась воспаление легких, но через 2 месяца нить из трахеи вынималась и в течение 6 недель шел процесс выздоровления. Группой сравнения была пятая группа (6 крыс), у которых воспаление развивалось в течение 3 месяцев. Крысы выводились из эксперимента в соответствии с требованиями "Европейской конвенции о защите позвоночных животных, которые используются в исследованиях и других научных целях" (Strasburg, 1986). Кровь для исследований получали путем декапитации животных. После забоя вскры-

вали грудную клетку, выделяли легочно-сердечный комплекс и получали бронхоальвеолярный смыв путем промывания легких через трахею 10 мл физиологического раствора.

В сыворотке крови и бронхоальвеолярном смыве определяли состояние протеиназ-ингибиторной системы (трипсиноподобную активность, эластазоподобную активность, уровень кислотостабильных ингибиторов) и свободнорадикального окисления (ТБК-активные продукты, церулоплазмин, пероксидазоподобную и каталазоподобную активность).

Процесс выздоровления после развития острого воспаления в сыворотке крови сопровождался снижением каталазоподобной активности (на 35 %), церулоплазмينا (на 40 %), эластазоподобной активности (на 27 %), уровня ТБК-активных продуктов (на 64 %), что свидетельствовало о снижении острофазного ответа. В процессе выздоровления после хронического воспаления реакция в крови была менее выражена. В тоже время в бронхоальвеолярном смыве в процессе выздоровления как при остром, так и при хроническом воспалении сохранялись высокие цифры ТБК-активных продуктов, каталазоподобной активности (на 70 %), церулоплазмينا (на 52 %) и эластазоподобной активности (на 81 %).

Сопоставление изменений, отмеченных в крови и бронхоальвеолярном смыве при выздоровлении после острого и хронического воспаления легких, показало, что восстановление показателей после острого воспаления идет более активно, чем после хронического. Быстрее нормализуются показатели в сыворотке крови, а в бронхоальвеолярном смыве восстановление не столь существенно, причем после острого воспаления сохраняются высокие значения активности эластазы, а после хронического — активности эластазы и ПОЛ. Длительное сохранение поствоспалительных изменений в легких может способствовать дальнейшему развитию морфологических изменений, что следует учитывать при разработке лечебных подходов.

Юдина Л. В., Рачко Ю. В.
АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ХБ/ХОЗЛ:
ПРАВИЛЬНО ЛИ МЫ ЛЕЧИМ?

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика
Киевская городская клиническая больница № 17

Цель: оценить эффективность антибактериальной терапии, проводимой на амбулаторном этапе.

Материалы и методы: изучен спектр назначаемых антибиотиков в качестве препаратов первого ряда у 128 больных ХБ (хронический бронхит)/ХОЗЛ (хроническое обструктивное заболевание легких), лечившихся в отделении клинической пульмонологии городской клинической больницы № 17 в 2007 году.

Результаты: оказалось, что до поступления в стационар пациентам назначались следующие антибактериальные препараты (АБП): цефтриаксон — 27 %, амоксициллин/клавулановая кислота — 25 %, макролиды — 11 %, бисептол — 9 %, пенициллины — 8 %, цефазолин — 4 %, доксициклин — 2 %, респираторные фторхинолоны, левомицетин, гентамицин — по 1 %.

Выводы: полученные данные свидетельствуют, что использованы препараты десяти групп (вместо трех). У большинства пациентов необоснованно часто назначали цефтриаксон на амбулаторном этапе. Все еще назначаются препараты, не рекомендованные для лечения больных ХОЗЛ: ко-тримокса-

зол — значительный уровень резистентности микроорганизмов к нему, высокая частота побочных эффектов; тетрациклины — высокий уровень антибиотикорезистентности; гентамицины — не активны в отношении *S. pneumoniae*, слабое проникновение в легочную ткань, нефро- и ототоксичность; цефалоспорины 1-го поколения — не активны в отношении грамотрицательной флоры, к которой относится и *H. influenzae*. Таким образом, для лечения инфекционного обострения ХБ/ХОЗЛ рекомендовано использовать препараты трех групп: бета-лактамы, макролиды, фторхинолоны. Препаратами первой линии являются аминопенициллины, защищенные аминопенициллины, цефалоспорины II поколения. При неэффективности препаратов первого ряда необходимо использовать респираторные фторхинолоны. При лечении больных ХБ\ХОЗЛ на амбулаторном этапе все еще используются недостаточно эффективные препараты, что приводит к неудачам в лечении и к госпитализации пациентов. Знание современных рекомендаций по использованию антибактериальной терапии в лечении больных ХБ/ХОЗЛ позволит избежать ошибок в лечении этой группы пациентов.

Юсупалиева М. М., Савченко В. М., Шатров А. А., Шубина Л. П., Беляева С. Н.
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПОКСИЧЕСКИ-ГИПЕРКАПНИЧЕСКОЙ
СТИМУЛЯЦИИ НА ЭТАПЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ
ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

Крымский республиканский НИИ физических методов лечения и медицинской климатологии им. И. М. Сеченова, г. Ялта

Цель исследования — обосновать использование гипоксически-гиперкапнической стимуляции (ГГС) в комплексном санаторно-курортном лечении (СКЛ) хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ).

Материалы и методы исследования. Объектом исследования явились 540 больных ХОЗЛ. Возраст обследуемых в среднем составил $55,4 \pm 0,42$ года. При поступлении I стадия ХОЗЛ диагностирована у 90 (16,7 %), II степень — у 367 (67,9 %) и III степень — у 83 (15,4 %) больных. Срок лечения на курорте составил 18–20 дней. В лечебные комплексы на фоне базовой лекарственной терапии включались ГГС в виде тренировок, электротерапия постоянным током на область грудной клетки (ГК), амплипульстерапия на область ГК, дециметроволновая сверхвысокочастотная электротерапия на область ГК, электростимуляция дыхания, внутривенное лазерное облучение крови, неинвазивная магнитолазерная терапия и ароматерапия в виде курсов по 10 процедур, выполненным по стандартным методикам.

Результаты исследования. Включение ГГС в виде курса тренировок дополнительно к базовому медикаментозному и курортному лечению больных ХОЗЛ позволяет добиться выраженного локального и незначительного системного противовоспалительных эффектов, оптимизировать вентиляцию легких, увеличить легочные объемы, улучшить проходимость бронхов на всех уровнях, улучшить состояние сердечно-сосудистой системы, повысить физические возможности больных, улучшить состояние иммунной системы за счет уменьшения дефицита Т-звена иммунитета и частично уменьшить активность процессов свободнорадикального окисления. Действие ГГС в

комплексе СКЛ больных ХОЗЛ зависит от стадии заболевания. Наиболее выраженные клинические эффекты использования ГГС со стороны вентиляции легких, легочных объемов, бронхальной проходимости, насыщенности артериальной крови кислородом и физических возможностей больных ХОЗЛ отмечаются при 1-й стадии, менее выраженные — при 2-й стадии и минимальные — при 3-й стадии заболевания.

Курсовое воздействие (10 процедур в течение 2 недель) широко применяемых при неспецифических заболеваниях легких физиотерапевтических факторов в комплексе СКЛ (срок 18–20 дней) больных ХОЗЛ оказывает лишь незначительные по выраженности локальные и системные клинические эффекты и существенно не влияет на непосредственную эффективность СКЛ больных ХОЗЛ. Добавление ГГС к изученным физиотерапевтическим методам в курсе СКЛ больных ХОЗЛ приводит к более выраженным клиническим эффектам как на локальном, так и на системном уровнях развития патологического процесса, а также позволяет существенно улучшить как непосредственные, так и отдаленные результаты курортного лечения.

Наиболее выраженным локальным противовоспалительным действием обладает комплекс ГГС + электростимуляция дыхания; системным противовоспалительным действием — ГГС + дециметроволновая терапия; действием, восстанавливающим функцию внешнего дыхания, насыщенность артериальной крови кислородом и двигательные возможности больных, — ГГС + электростимуляция дыхания; иммуномодулирующим эффектом — ГГС + ароматерапия; гиполипидемическим и антиоксидантным эффектом — ГГС + неинвазивная магнитолазерная терапия и ГГС + ароматерапия.

Выводы. Изученные физические лечебные методы, используемые в дополнение к базовому лекарственному и климатическому лечению ХОЗЛ, практически не влияют на непосредственную эффективность СКЛ. Добавление к этим физиотерапев-

тическим методам ГГС в виде тренировок приводит к существенному улучшению как непосредственных, так и отдаленных результатов курортного лечения.

Юхимец В. А. РЕАЛИЗАЦИЯ КОНЦЕПЦИИ "ЭЛЕКТРОННОЙ БОЛЬНИЦЫ" В ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Государственное учреждение "Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии имени Ф. Г. Яновского Академии медицинских наук Украины", Киев

Под термином "Электронная больница" принято понимать лечебное учреждение (ЛУ), в котором на основе внедрения медицинской информационной системы (МИС), базирующейся на современных информационных технологиях (ИТ) и соответствующей сетевой инфраструктуре, автоматизированы лечебно-диагностический процесс, документооборот, управление и медицинская отчетность. Конечная цель внедрения МИС в любом лечебном учреждении заключается в том, чтобы сделать рабочую среду медицинского персонала полностью цифровой, обеспечить высокое качество обслуживания пациентов, сократить количество ошибок, повысить эффективность и продуктивность работы и добиться, чтобы у врачей всегда была нужная информация для принятия правильных решений.

Концепция "Электронной больницы" базируется на эволюционном усовершенствовании документооборота в рамках существующих требований национальных регуляторных органов, призванного не только избавить медицинский персонал от рутинной бумажной работы, но и свести к минимуму вероятность ошибок, которые могут повлиять на конечные результаты их работы, занесении всех данных о пациенте в электронную базу ЛУ на всех этапах диагностики, лечения или составления отчетности и свободном предоставлении их в распоряжение администрации или любого врача, накоплении в электронном виде всей медицинской истории пациента, минимизации времени, необходимого для получения лечащим врачом результатов обследования, распечатке историй болезни из электронной базы по мере накопления данных о пациенте.

МИС "Электронной больницы" базируется на многопользовательской системе управления базами данных с клиент-серверной архитектурой, которая должна обеспечивать сбор, регистрацию и структуризацию данных, обмен информацией с другими системами, поддержку международных стандартов обмена медицинскими данными, хранение и поиск информа-

ции, их статистический анализ, контроль эффективности работы клиники, управление ее ресурсами, поддержку принятия решений, авторизованный доступ и многоуровневую защиту информации.

Внедрение информационной системы в деятельность ЛУ состоит из 4-х основных этапов. Первый этап — базовая интеграция: внедрение компьютеров для печати и передачи одинаковой по сути медицинской информации, использование шаблонов для быстрого и полного заполнения необходимых документов, создания нескольких локальных баз данных. Второй этап — создание инфраструктуры: объединение компьютеров в сеть и построение единой политики использования компьютерных ресурсов, создание общих сетевых ресурсов и обмен медицинской информацией внутри ЛУ с помощью общих шаблонов, развертывание систем обработки и хранения информации, установка хранилищ данных, т.е., применение серверных решений. Третий этап — автоматизация: подключение к МИС медицинского оборудования, организация обработки и передачи специализированной информации внутри единого информационного пространства ЛУ, создание единой базы данных, объединяющей все основные процессы работы. Четвертый этап — интеграция: организация получения полной, точной и самой последней информации в любой точке ЛУ, в том числе с использованием технологий беспроводного доступа, планшетных КПК, радиочастотных меток и т.п. Этот этап представляет собой постоянный процесс обновления и усовершенствования используемых ИТ.

Без реализации хотя бы первых 3-х этапов внедрения концепции "Электронной больницы" во всех противотуберкулезных учреждениях страны проблема создания национального реестра больных туберкулезом и организации достоверного мониторинга эпидемической ситуации по туберкулезу, о которой говорят уже много лет, так и останется нерешенной.

Юхимец В. А., Рагузина Т. Б. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДОСТУПА К ЗАРУБЕЖНЫМ МЕДИЦИНСКИМ ЖУРНАЛАМ

Государственное учреждение "Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии имени Ф. Г. Яновского Академии медицинских наук Украины", Киев

Решение серьезных проблем в медицине невозможно без доступа ко всей совокупности знаний, накопленных в мире. Исследования сравнительной эффективности стран, вносящих наибольший вклад в науку, показали, что ученые из США, Великобритании, Германии и Японии, т.е. стран с наиболее развитыми информационными технологиями, являются авторами наи-

более цитируемых работ. Возможность доступа к мировой научной информации способствует научно-техническому прогрессу.

Свободный доступ к значительным объемам мировой информации и возможность использования для этого сетевых программных средств стали сегодня реальными благодаря действию раз-

личных международных проектов, которые позволяют развивающимся странам решить проблему "информационного голода", устраняют сложившийся дисбаланс в доступе к научной литературе.

Одним из таких проектов является проект Health InterNetwork Access to Research Initiative (HINARI). Действие этого проекта, начатого в 2002 году по инициативе Всемирной организации здравоохранения, было продлено до 2015 года. В рамках этого проекта для учреждений в странах с валовым национальным продуктом на душу населения менее \$ 1000 предоставляется бесплатный доступ к основным журналам по биологии, медицине и другим социальным наукам для академических, исследовательских и других учреждений. До 2008 года для Украины доступ к информационным ресурсам в рамках этого проекта был бесплатным, а с 2009 года необходимо будет ежегодно вносить относительно небольшую плату в размере \$ 1000. Следует отметить, что подписная цена на печатные версии журналов известных в мире издательств очень высокая, а процедура получения подписанных журналов из-за рубежа достаточно сложная. Возможность же доступа к электронным версиям

этих журналов благодаря проекту HINARI позволяет ученым получать интересующие их публикации сразу после выхода печатной версии, а иногда — задолго до выхода журнала из печати. Для получения доступа необходимо заполнить регистрационную форму, размещенную на сайте: <http://www.who.int/hinari/en/> и следуя полученным инструкциям организовать доступ для сотрудников. Среди журналов, к которым предоставляется доступ, для фтизиатров и пульмонологов представляют интерес такие журналы как: Chest, Respiratory Medicine, Respiratory Medicine: COPD Update, Respirology, Tuberculosis, Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine, Pulmonary Pharmacology & Therapeutics, The Annals of Thoracic Surgery, European Journal of Cardio-Thoracic Surgery, The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery, Clinical and Applied Immunology Reviews, Comparative Immunology, Microbiology and Infectious Diseases, Developmental & Comparative Immunology, Journal of Allergy and Clinical Immunology, Diagnostic Microbiology and Infectious Disease и многие другие.

Яроцинський В. Б., Іванкова О. В., Коваленченко В. Ф., Пененко О. Р. СТАН ОКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика
ДУ "Національний інститут фізичної та пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України"

У зв'язку з тим, що активації перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) і недостатності антиоксидантного захисту (АЗ) відводиться важлива роль в патогенезі багатьох хвороб, нами було проведено дослідження показників оксидантно-антиоксидантної системи (ОАС) у 133 хворих на туберкульоз легень.

В крові хворих визначали рівень гідроперекисів (ГП), малового діальдегіду (МДА), про АЗ судили за активністю супероксиддисмутази (СОД). Крім цього, досліджувався рівень молекули середньої маси (МСМ), що характеризують ступінь ендогенної інтоксикації.

Дослідження показників ОАС та МСМ проводилося при поступленні хворих у клініку. Отримані результати порівнювали з відповідними показниками 25 практично здорових донорів.

Результати проведених досліджень свідчать, що у хворих з туберкульозом легень мало місце достовірне ($P < 0,05$) підвищення рівня ГП, МДА, МСМ та зниження рівня СОД у порівнянні з групою практично здорових донорів: $(252,9 \pm 11,0) E_{480}$, $(117,9 \pm 8,1) \text{ нМ/мл. ер.}$, $(361,7 \pm 10,1) \text{ од.}$, $(3,7 \pm 0,3) \text{ ум. од./мг біл.}$ та $(150,0 \pm 10,0) E_{480}$, $(53,8 \pm 4,0) \text{ нМ/мл. ер.}$, $(246,0 \pm 6,0) \text{ од.}$, $(7,8 \pm 0,5) \text{ ум. од./мг біл.}$

Встановлено значне ($P < 0,05$) підвищення рівнів ГП, МДА, МСМ та зниження активності СОД у групах хворих з різними формами туберкульозу легень по відношенню до практично здорових донорів. При порівнянні ж показників ОАС і МСМ у хворих з різними формами туберкульозу легень виявилось, що у хворих на вогнищевий туберкульоз спостерігається значно менша активація ПОЛ (про що свідчить достовірно менший рівень у крові кінцевого продукту ПОЛ — МДА), ніж у хворих з інфільтративним, дисемінованим та фіброзно-кавернозним ту-

беркульозом ($P < 0,05$), відповідно: $(101,3 \pm 8,5) \text{ нМ/мл. ер.}$ та $(121,0 \pm 4,8) \text{ нМ/мл. ер.}$, $(127,6 \pm 10,5) \text{ нМ/мл. ер.}$, $(128,4 \pm 8,4) \text{ нМ/мл. ер.}$; в той же час, достовірно менша активність СОД у групі хворих на фіброзно-кавернозний туберкульоз у порівнянні з вогнищевим, інфільтративним та дисемінованим ($P < 0,05$), вказує на більш глибоке пригнічення АЗ у даної категорії хворих: $(2,9 \pm 0,2) \text{ ум. од./мг біл.}$ та $(3,9 \pm 0,4) \text{ ум. од./мг біл.}$, $(3,7 \pm 0,2) \text{ ум. од./мг біл.}$, $(3,8 \pm 0,2) \text{ ум. од./мг біл.}$

При порівнянні показників ОАС і МСМ у хворих з розповсюдженим туберкульозним процесом спостерігався достовірно ($P < 0,05$) вищий рівень ГП і МДА, ніж у хворих з обмеженим туберкульозом легень: $(259,8 \pm 5,5) E_{480}$, і $(240,3 \pm 7,5) E_{480}$ та $(1152 \pm 4,2) \text{ нМ/мл. ер.}$, і $(102,2 \pm 4,7) \text{ нМ/мл. ер.}$

Необхідно відзначити відсутність достовірної різниці в показниках ОАС та МСМ між групами хворих з наявністю бактеріовиділення та без бактеріовиділення, а також з наявністю деструкції легеневої тканини та без деструкції. Такі фактори, як стать, вік, наявність супутньої патології суттєвого впливу на показники ОАС і МСМ у хворих на туберкульоз легень не мають

Таким чином, у хворих на туберкульоз легень домінуючим фактором в активації ПОЛ та пригніченні АЗ є активний туберкульозний процес, також має значення розповсюдженість захворювання. У хворих з активним туберкульозом легень, при всіх формах процесу, спостерігається значний дисбаланс в стані ОАС, при цьому найбільше пригнічення антиоксидантного захисту має місце при фіброзно-кавернозному туберкульозі; найменша ж активація ПОЛ спостерігається у хворих з вогнищевим туберкульозом легень.

Ячник А. И.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АЦЕТИЛЦИСТЕИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ

ГУ "Национальный институт физики и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского АМН Украины"

В патогенезе хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ) важное значение имеет прогрессирующее поражение межочечной ткани легкого вследствие действия активных форм O_2 , воздействие на которые позволяет добиться более благоприятного течения заболевания. Среди свойств известного муколитического препарата ацетилцистеин, доказанных в последние годы, внимание привлекают его антиоксидантные свойства.

Целью исследования было изучение возможности применения ацетилцистеина в комплексном лечении больных ХОЗЛ путем определения показаний к его назначению. Работа выполнена за счет средств госбюджета.

Под наблюдением находилось 25 больных с подтвержденным диагнозом ХОЗЛ II и III степени тяжести.

Комплексное лечение больных включало ацетилцистеин (препарат "АЦЦ-200", фирма САНДОЗ) в дозе 400 мг в сутки в течение (56 ± 3) дней.

В результате проведенных исследований установлено, что у больных с тяжелым течением ХОЗЛ 8-недельный прием АЦЦ сопровождается улучшением показателя $ОФВ_1$ на фоне стабилизации клинического состояния с повышением физической активности и уменьшением проявлений одышки. Прием препарата в дозе 400 мг в сутки уменьшает вероятность развития обострений (0 % против 13,2 %) ХОЗЛ при 8-недельном наблюдении. При использовании препарата в течении 8 недель не наблюдались побочные эффекты со стороны желудочно-кишечного тракта.

Таким образом, доказана эффективность ацетилцистеин в дозе 400 мг/сутки в течение 8 недель в стабилизации клинического состояния, улучшении показателя $ОФВ_1$, повышении физической активности, уменьшении одышки и вероятности развития обострений при среднетяжелом и тяжелом течении ХОЗЛ.

Ячник А. І. СТАН СУДИНОРУХЛИВОЇ ФУНКЦІЇ ЕНДОТЕЛІУ У ХВОРИХ НА ІДІОПАТИЧНІ ІНТЕРСТИЦІАЛЬНІ ПНЕВМОНІЇ

ГУ "Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского АМН Украины"

Сучасним напрямком досліджень у медицині є вивчення ролі системи оксиду азоту при різних патологічних станах. Порушення обміну останньої є причиною розвитку багатьох ускладнень і, зокрема, розвитку значних змін зі сторони ендотелію судинної системи. Інструментальним методом оцінки ендотеліальної функції судинної системи є дослідження змін діаметру судин під час провокаційних проб. Подібні дослідження проведені у хворих із багатьма захворюваннями, однак у доступній літературі відсутні дані стосовно стану судинорухливої функції ендотелію у хворих на ідіопатичні інтерстиціальні пневмонії (ІП). Дослідження проведені у 16 хворих на ІП, чоловіків було 6 (37,5 %) осіб, жінок — 10 (62,5 %). Середній вік обстежених становив $(47,0 \pm 9,0)$ років; тривалість захворювання коливалася від 41 до 6 міс., в середньому — $(20,2 \pm 2,1)$ міс. Всі пацієнти мали ознаки легеневої недостатності II ступеню по рестриктивному типу при відсутності ознак недостатності кровообігу. Робота виконана за кошти держбюджету.

Дослідження судинорухливої функції ендотелію за методом D. Celermajer та співавт. (1992), проведені на апараті "LOGIQ 5" (США) із використанням лінійного датчика із перемінною частотою сканування 6,0–10,0 МГц та триплексного режиму сканування (кольорове доплерівське картування потоку та спектральний аналіз доплерівського зсуву частот у В-режимі). Діаметр судини вимірювали на рівні ліктьового згину у діастолу при паралельному вимірі швидкісних показників потоку крові. Після реєстрації вихідного стану проводилася оклюзійна проба (тиск 180 мм рт.ст) на протязі 4 хвилини. Динамічна оцінка показників проводилася на 40, 90, 180, 300 та 420 сек. після декомпресії. Ендотеліальна вазодилатація розраховувалася як відношення діаметру артерії на фоні реактивної гіперемії у певний проміжок часу до діаметру артерії в діастолу у вихідному стані у відсотках.

За даними літератури можливі 3 варіанти змін: нормоергічний тип (I) — збільшення діаметру судини на 10–20 % від

вихідного рівня; гіпоергічний тип (II) — відсутність реакції або збільшення діаметру до 10 %; гіперергічний тип (III) — збільшення діаметру на 20 % і більше. Оцінка отриманих даних свідчить про суттєві зміни ендотеліальної вазодилатації. Через 40 сек. після де-компресії адекватна реакція (I тип) спостерігалася лише у 31,2 % пацієнтів і надалі прогресивно знижувалася: на 90 сек. вона мала місце у 6,3 % хворих, на 180 сек. — у 12,5 %, на 300 сек. — у 12,5 %, підвищуючись через 7 хвилин до 25,0 %. Гіперергічний тип мав місце, відповідно, у 25,0 %, 31,2 %, 25,0 %, 25,0 % та у жодного із обстежених на 7 хвилині, а II тип реєструвався із зростаючою частотою в процесі спостереження — від 43,7 % до 75,0 %.

З нашої точки зору подібні зміни ендотеліальної вазодилатації є відображенням змін ендотеліаль-залежних факторів, що регулюють гомеостаз, і до яких відносять і оксид азоту. Свідченням цього є неадекватна реакція судини на вплив провокуючого фактору — реакції II та III типу спостерігалися у 68,8 % пацієнтів. Зниження частоти I типу ендотеліальної вазодилатації в динаміці дослідження є відображенням недостатніх резервів синтезу оксиду азоту під час реактивної гіперемії. Слід зазначити, що недостатня реакція судин на реактивну гіперемію (II тип), як прояв вираженої ендотеліальної дисфункції, реєструвалася 43,7 % хворих, а III тип реакції, як прояв компенсаторних змін функціональних властивостей ендотелію, мав місце у 25 % обстежених. Оцінка тривалості захворювання виявила, що найбільші терміни мали місце у хворих із III типом, а найменші — із I.

Таким чином, отримані результати вказують на наявність змін функціональних властивостей ендотелію, характер яких безпосередньо залежить від тривалості захворювання. Наявність значної частоти гіпоергічного типу реакції у хворих на ІП є показом для проведення корегуючих заходів із застосуванням вазоактивних речовин-донаторів оксиду азоту.

Ячник В. А. ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ ХОЗЛ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

ГУ "Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского АМН Украины"

Многочисленные исследования последних лет свидетельствуют о важной роли нарушений микроциркуляции (МЦ) в поддержании воспалительных реакций, развитии нарушений газового состава крови, неэффективности медикаментозной терапии, многоорганной патологии при ХОЗЛ. К современным методам объективной регистрации и оценки микроциркуляторного кровотока, позволяющих оценить характер и степень нарушений, относится лазерная доплеровская флоуметрия (ЛДФ). С целью изучения, оценки состояния и возможности коррекции периферического кровотока у больных ХОЗЛ был использован компьютеризированный лазерный флоуметр ЛАКК-2 (Россия), позволяющий получить информацию о микроциркуляции в капиллярах на глубине 1 мм. В процессе исследования была проведена функциональная проба с окклюзией плечевой артерии (180 мм рт. ст. в течение 3 мин). Исследование ФВД проведено на аппарате "PneumoSkrin" (Германия) с определением объема форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ₁), объема форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ),

пиковой скорости выдоха (ПСВ) в % от должных величин. Работа выполнена за средства госбюджета.

Обследованы 20 больных ХОЗЛ в возрасте от 53 до 72 лет, из них мужчин — 19, женщин — 1. Все обследованные — курильщики, стаж курения составил в среднем $(27,1 \pm 2,5)$ лет. Из числа обследованных у 9 пациентов (1 группа) была диагностирована II стадия ХОЗЛ, у 8 — III стадия (2 группа) и у 3 — IV стадия (3 группа).

Результаты обследования ФВД свидетельствовали о различной степени выраженности нарушений у обследованных больных: показатель ОФВ₁ составил $(64,4 \pm 7,5)$ %, $(35,4 \pm 3,7)$ % и $(25,3 \pm 4,8)$ %; ФЖЕЛ — $(101,3 \pm 16,4)$ %, $(72,8 \pm 14,5)$ % и $(55,0 \pm 2,3)$ % в 1, 2 и 3 группах соответственно.

Результаты ЛДФ свидетельствуют о разнонаправленных изменениях микроциркуляции у больных различных групп. Показатель микроциркуляции (ПМ) закономерно снижался в зависимости от тяжести течения ХОЗЛ: $(2,97 \pm 1,55)$ пф.ед., $(2,77 \pm 0,07)$ пф.ед. и $(2,71 \pm 0,66)$ пф.ед. в 1, 2 и 3 группах, как отра-

жение нарастания тяжести микроциркуляторных изменений. Аналогично изменялся и показатель коэффициента регуляции: $(12,4 \pm 3,3) \%$, $(9,4 \pm 5,7) \%$ и $(10,5 \pm 0,7) \%$ в рассматриваемых группах больных.

Проведение окклюзионной функциональной пробы позволило оценить резервы капиллярного кровотока (РКК) и оценить у больных ХОЗЛ выраженность вазомоторных реакций в ответ на саму окклюзию и сохранность компенсаторно-приспособительных механизмов микроциркуляторного русла и позволяющих устранить постишемические нарушения, определить гемодинамический тип микроциркуляции (ГТМ). Так, показатель резерва капиллярного кровотока составил, соответственно, $(198,3 \pm 69,7)$ при легком течении заболевания, $(150,0 \pm 13,6)$ и $(162,7 \pm 17,1)$ при среднетяжелом и тяжелом. Большой разброс показателя в группах может быть обусловлен наличием различных типов ГТМ. У пациентов 1-й группы нормоциркуля-

торный тип (НЦТ) имел место у 33,3 %, спастический (СТ) — у 22,2 %, застойно-спастический (ЗСТ) — у 44,5 %; во 2-й группе — у 50 % больных имел место СТ, у 50 % — ЗСТ; в 3-й — в 100 % случаев наблюдался ЗСТ. Важное значение в нарушении ГТМ имеют функциональные нарушения эндотелия (АmaxE), изменения нейротонуса, миотонуса (АmaxM), респираторных колебаний, кардиоритма. Так, у больных показатель АmaxE составил в 1, 2 и 3 группах больных, соответственно, $(0,17 \pm 0,10)$, $(0,10 \pm 0,06)$ и $(0,08 \pm 0,09)$, а показатель АmaxM — $(0,20 \pm 0,21)$, $(0,08 \pm 0,05)$ и $(0,10 \pm 0,04)$, что подтверждает значение эндотелиальных нарушений.

Таким образом, для больных ХОЗЛ характерны изменения МЦ, степень выраженности которых прослеживается зависимость от степени тяжести течения заболевания. Существование нескольких типов ГТМ позволяет, с целью повышения эффективности, проводить дифференцированное лечение.

Ячник В. А.

ВПЛИВ ПЕНТОКСИФІЛІНУ НА ПОКАЗНИКИ ТЕСТУ ІЗ 6-ХВИЛИННОЮ ХОДЬБОЮ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ СЕРЕДНЬОТЯЖКОГО І ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ

ГУ "Національний інститут фтизиатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України"

Одним із важливих принципів терапії хронічного легеневого серця є корекція гемореологічних порушень. До препаратів, які здійснюють таку дію слід, в першу чергу, віднести пентоксифілін, периферичний вазодилатор із групи пуринів. Препарат покращує мікроциркуляцію і реологічні властивості крові, пригнічує активність фосфодієстерази, підвищує вміст циклічного 3,5-АМФ в гладком'язевих клітинах судин, тромбоцитах та АТФ в еритроцитах із одночасним насиченням енергетичного потенціалу, що, в свою чергу, приводить до вазодилатації, зниження загального периферичного опору, збільшенню систолічного та хвилинного об'єму серця без значного збільшення частоти серцевих скорочень. Метою дослідження є вивчення впливу розчину пентоксифіліну 100 мг (препарат "Латрен", виробництва компанії "Юрія-Фарм") на показники 6-хвилинного тесту із ходьбою у порівнянні із препаратом Трентал (пентоксифілін 100 мг, Aventis Pharma).

Обстежено 12 хворих на ХОЗЛ II і III ступеня тяжкості, із яких 6 осіб отримували препарат "Латрен" (1 група) та 6 — "Трентал" (2 група). Серед обстежених обох груп середньотяжкий і тяжкий перебіг спостерігалися, відповідно, у 3 та 3 хворих, середній вік хворих становив $(59,1 \pm 3,4)$ та $(60,6 \pm 2,9)$ років, показник ОФВ₁ відповідно, в цілому, у 1-й групі — $(42,2 \pm 15,9) \%$ та $(41,8 \pm 9,0) \%$ — у 2-й групі від належних величин.

Пацієнти 1-ї групи отримували внутрішньовенно крапельно Латрен (пентоксифілін 100 мг) у дозі 200 мл протягом (7 ± 1) днів; пацієнти 2-ї групи отримували внутрішньовенно крапельно Трентал (пентоксифілін 100 мг) на фізіологічному розчині у дозі 200 мл протягом (7 ± 1) днів. Обстеження проводили двічі: через 3–5 діб після вступу до стаціонару (після підтвердження стабільності стану за даними дослідження ФЗД) та через (7 ± 1) днів проведення терапії. Базисна терапія відповідає вимогам Наказу № 128 для даної категорії хворих.

Отримані дані ЧСС у вихідному стані під час першого обстеження вірогідно не відрізнялись $(83,1 \pm 16,9)$ і $(81,0 \pm 10,1)$ у 1-й та 2-й групах, а після 6-хвилинної ходьби — $(114,5 \pm 23,5)$ і $(98,5 \pm 15,7)$. Показник сатурації крові у хворих обох груп змінювався однаково: він зменшувався у 1-групі з $(86,1 \pm 7,7) \%$ до $(82,7 \pm 6,1) \%$, а у 2-й — з $(93,5 \pm 5,7) \%$ до $(90,1 \pm 9,5) \%$, тобто за цим показником вихідний стан хворих 1-ї груп був більш тяжким. Результати тесту становили, відповідно у групах, $(383,0 \pm 92,8)$ та $(401,8 \pm 55,7)$ метрів.

Результати повторного обстеження мали наступний вигляд. Показник ЧСС у вихідному стані у групах був суттєво вищим у хворих 1-ї групи — $(88,8 \pm 8,5)$ проти $(75,5 \pm 3,6)$ за 1 хв., а після виконання тесту — $(114,3 \pm 21,1)$ та $(98,8 \pm 11,3)$ за 1 хв. Зважаючи на таку реакцію серцево-судинної системи цікавою є реакція сатурації крові, а саме зменшення її у хворих 1-ї групи з $(89,6 \pm 5,1) \%$ до $(85,6 \pm 9,4) \%$, в той час як у 2-й групі він не змінився під час проведення тесту із ходьбою: $(93,5 \pm 5,0) \%$ та $(93,3 \pm 5,9) \%$. Результати тесту із 6-хвилинною ходьбою становили у 1-й групі $(401,8 \pm 55,7)$ м та $(427,5 \pm 67,6)$ м у 2-й, а збільшення пройденого шляху становило, відповідно, $(18,8 \pm 12,3)$ м та $(26,2 \pm 19,6)$ м.

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать про майже однаковий вплив досліджуваних препаратів "Латрен" та "Трентал" на показники серцево-судинної та системи дихання, а також пройденої дистанції під час виконання тесту із 6-хвилинною ходьбою. Для пояснення відмінності реакції сатурації крові на навантажувальний тест, з нашої точки зору, необхідне проведення додаткових досліджень, зокрема змін газового складу та кислотно-основного стану крові і оцінки змін функції зовнішнього дихання в процесі обстежень.

Яшина Л. О., Полянська М. О., Іщук С. Г., Джавад І. В. ОЦІНКА ФУНКЦІЇ ДИХАЛЬНОЇ МУСКУЛАТУРИ ТА НЕЙРОРЕСПІРАТОРНОГО ДРАЙВУ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ З ТЯЖКИМ ПЕРЕБІГОМ

ГУ "Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского АМН Украины"

Мета дослідження: вивчити функцію дихальної мускулатури у хворих з тяжким перебігом хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), знайти кореляційні зв'язки між легневими об'ємами та показниками функції дихальної мускулатури.

Матеріали і методи: обстежено 45 пацієнтів віком 38–74 років (середній вік — $64,6 \pm 8,4$ роки), серед них — 3 жінок та 42 чоловіків з діагнозом ХОЗЛ. Проведено дослідження функції зовнішнього дихання за допомогою загальної бодіплетизмोगрафії та стану дихальної мускулатури шляхом оцінки максимального інспіраторного тиску — $P_{I\max}$, або максимального зусилля вдиху і максимального експіраторного тиску — $P_{E\max}$, або максимального зусилля видиху. Також досліджували центральну регуляцію дихання (нейрореспіраторний драйв) — $P_{0,1}$.

Отримані результати: Показники ФЗД: FEV_1 (об'єм форсованого видиху за першу секунду) склали $39,7 \pm 1,7$ %, $ITGV$ (внутрішньогрудний об'єм газу) — $154,1 \pm 8,4$ %, IC (ємкість вдиху) — $66,1 \pm 3,6$ %, R_{tot} (загальний опір) — $278,9 \pm 21,9$ %. Ці дані характеризують тяжку бронхообструкцію з підвищенням опору дихальних шляхів, вздуття легень із зни-

женням ємкості вдиху. Дані дослідження функції дихальної мускулатури та драйву: $P_{I\max}$ — $66,7 \pm 2,9$ %, $P_{E\max}$ — $77,9 \pm 2,7$ % — зниження сили м'язів вдиху та видиху, $P_{0,1}$ — $136,3 \pm 12,4$ %, підвищення нейрореспіраторного драйву. Проведено кореляційний аналіз отриманих даних. Встановлено кореляційні зв'язки середньої сили:

Таким чином, зниження об'єму форсованого видиху за першу секунду та ємкості вдиху, підвищення опору дихальних шляхів корелюють із слабкістю дихальної мускулатури та підвищенням нейрореспіраторним драйвом.

Висновки. У хворих на ХОЗЛ із тяжким перебігом спостерігається виснаження функції як інспіраторної, так і експіраторної мускулатури, та має місце підвищена стимуляція центральних механізмів регуляції дихання. Це погіршує стан хворого як об'єктивно (участь дихальної мускулатури в акті дихання не може сприяти компенсації дихальної недостатності через її неповноцінну функцію) так і суб'єктивно (відсутність адекватної альвеолярної вентиляції при надмірному збудженні дихального центру посилює відчуття задишки та втоми), формує хибне коло патогенезу захворювання.

Таблиця

Показники	Коефіцієнт кореляції	Показники	Коефіцієнт кореляції	Показники	Коефіцієнт кореляції
$P_{I\max}$ — IC	0,43*	$P_{E\max}$ — IC	0,42*	$P_{0,1}$ — IC	-0,41*
$P_{I\max}$ — FEV_1	0,40*	$P_{E\max}$ — FEV_1	0,43*	$P_{0,1}$ — FEV_1	-0,42*
$P_{I\max}$ — R_{tot}	-0,44*	$P_{E\max}$ — R_{tot}	-0,45*	$P_{0,1}$ — R_{tot}	0,20

Примітки: * — коефіцієнт достовірний, ($p < 0,05$)