

О. Г. Андрєєва

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ІНСУЛЯРНОГО АПАРАТУ ПРИ ТУБЕРКУЛЬОЗНОМУ ПРОЦЕСІ

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

Вступ. Функціональний стан β -клітинного апарату підшлункової залози у великій мірі визначає спроможність адекватної компенсації порушень вуглеводного обміну, розвиток яких провокують ряд факторів, притаманних туберкульозному процесу (інтоксикація, гіпоксія та ін.).

Мета. Вивчення кінетичних та кількісних параметрів секреторної активності β -клітинного апарату в хворих туберкульоз (ТБ) легень 1 і 2 категорії.

Матеріали й методи. У 22 здорових осіб та в 27 хворих на ТБ, які не мали порушень толерантності до глюкози, одночасно з проведенням стандартного орального тесту толерантності до глюкози з 75 г глюкози проводилося вимірювання рівня інсуліну й С-пептиду на 0, 5, 30, 60 та 120 хвилинах тесту.

Результати та їх обговорення. Концентрація інсуліну натще в хворих без порушень ВО була вірогідно нижчою, ніж у здорових осіб. Проте, на 120 хвилин тесту вміст інсуліну в хворих на ТБ виявився достовірно вищим. Динаміка вмісту С-пептиду підлягала тим же закономірностям, що й динаміка вмісту інсуліну.

Більш повно, ніж абсолютні величини концентрації інсуліну та С-пептиду під час ОТТГ, кінетику секреції інсуліну характеризує такий показник, як приріст вмісту гормону на хвилинах спостереження, виражений у відсотках від попереднього показника. У здорових осіб у відповідь на стимуляцію глюкозою спостерігається двофазне звільнення інсуліну з β -клітин. Перший пік секреції починається відразу після стимуляції і завершується до 5–10 хвилин. Він зумовлений виходом із гранул вже існуючого, синтезованого інсуліну. Після 10–20 хвилин починається друга фаза (пік) інсулінової секреції, яка є більш тривалою й відображає секрецію новосинтезованого інсуліну.

Аналіз приросту гормонів свідчить, що на всіх етапах спостереження, крім 30 хвилини (для приросту інсуліну) й на 5 хвилині (для приросту С-пептиду), наявна вірогідна різниця в хворих на ТБ порівняно зі здоровими особами. Найбільш виражена ця різниця на 120 хвилині, коли в здорових відбувалося повернення концентрації інсуліну й С-пептиду до вихідного рівня (зниження на $(438,6 \pm 19,7) \%$ в порівнянні з показником на 60 хвилині), в той час як у хворих на ТБ це зниження відбулося лише на $(141,3 \pm 4,7) \%$ ($p < 0,001$). Слід також зазначити, що перша фаза (приріст показників як інсуліну, так і С-пептиду на 5 хвилині) у хворих на ТБ була не порушена, що напевне свідчить про задовільний функціональний стан інсулярного апарату в цих хворих, а більш пролонгована й висока інсулінова відповідь протягом глюкозного навантаження — про гірші можливості утилізації глюкози, зумовлені позапанкреатичними чинниками.

Висновки. Отримані нами результати свідчать про наявність підвищеної потреби в ендogenous інсуліні для компенсації процесів обміну глюкози в органах і тканинах, яка має місце при активному туберкульозі й те, що у хворих на ТБ, які не мають доклінічних порушень ВО, рівні глікемії натщесерце й після навантаження забезпечуються при істотному напруженні й мобілізації функціональних резервів інсулярного апарату. При цьому в умовах підвищеного навантаження на β -клітинний апарат ця потреба адекватно й в достатній мірі компенсується гіперфункцією підшлункової залози при збереженому якісному характері відповіді на стимуляцію глюкозою. Зміни показників глікемії, концентрації інсуліну й С-пептиду в хворих без порушень глікемії можна розцінювати як прояв типової адаптаційно-приспосувальної реакції на фактор захворювання туберкульозом, коли ВО є компенсованим при задовільній функції інсулярного апарату у цих хворих.

Mohamed Awad Tag Eldin
MDR-TB AND EGYPT EXPERIENCE

Professor of Thoracic Medicine Ain Shams University, Chairman of The Egyptian Society of Chest Diseases and Tuberculosis

Magnitude Of TB Problem.

- In 1993 WHO declared TB a global emergency.
- It is estimated by WHO worldwide that:
- A nine million new cases of TB occurred/year
- Three million TB deaths/year.
- Tuberculosis poses a major problem for developing countries.
- Deaths from TB comprise 25 percent of all avoidable deaths in developing countries.
- 95 percent of all TB cases occur in developing countries
- 98 percent of TB deaths occur in developing countries.
- 75 percent of TB cases in developing countries are in the economically productive age group (15–50 years).

Magnitude Of TB Problem in Egypt.

In terms of incidence of tuberculosis, Egypt is ranked among the mid-level incidence countries.

Tuberculosis in Egypt is considered an important public health problem.

Different resistance patterns.

Mono-resistance,

colonies are resistant to only one of the first-line anti-TB drugs.

Poly-resistance,

colonies are resistant to more than one of the first line anti-TB drugs but do not combine resistance to both Isoniazid and Rifampicin.

Multiple drug resistant, MDR-TB

colonies combine resistance to at least Isoniazid and Rifampicin.

Extensively Drug Resistant TB (XDR-TB):

Colonies are resistant to:

1. 1st Line drugs, at least Rifampicin and Isoniazid, (**MDR-TB**)
2. One of the fluoroquinolones
3. One or more of the following injectable drugs (second lines injectable drugs):

- Kanamycin
- Amikacin
- Capreomycin

Management of Drug Resistant Tuberculosis Patients, Egypt experience

- About 68 % treatment success is achieved with the first group of MDR-TB cases admitted to Abbassia chest hospital.
- The proportion of failures, defaulters and deaths were 9, 6, and 17 % respectively. These rate that are comparable with the average treatment success rate reached within the GLC projects and with other reported literatures.
- The high mortality rate (about 17 %) highlighted the importance of continuing the ongoing efforts for the rapid

diagnosis and treatment of MDR patients and the urgency of applying the direct observation throughout the whole treatment period.

- The significant risk factors for successful outcome included young age of patients, non smoking, and the factors related to treatment which are the most important factors. These are negative history of intake of 2nd line anti-tuberculosis drugs, no cavity in x-ray findings and sputum culture conversion before 3 months of treatment.
- Injectable and oral suspensions are of value in the management of MDR and XDR tuberculosis in adults and childhood tuberculosis

A

О. К. Асмолов, Н. А. Герасимова, С. О. Полякова УДОСКОНАЛЕННЯ ТЕХНОЛОГІЇ ЛІКУВАННЯ ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ

Одеський національний медичний університет

За останнє десятиліття спостерігаються негативні тенденції до зниження ефективності лікування туберкульозу. Це пов'язано з низкою негативних факторів: несвоєчасним виявленням хвороби, наявністю первинної резистентності мікобактерії туберкульозу до протитуберкульозних препаратів (ПТП) та появою не усунених побічних реакцій, перервою в лікуванні, зростанням поширених полікавернозних процесів з масивним бактеріовиділенням, хронізацією захворювання, супутньою ВІЛ-інфекцією. Також ускладнює клінічний перебіг та лікування туберкульозу неспецифічна мікрофлора в харкотинні, яка є ознакою присутності неспецифічних запальних процесів органів дихання. В значній мірі, виникнення цих тенденцій залежить від наслідків лікування: розповсюдженості залишкових змін в легенях, стану органів і систем, що постраждали від побічної дії ПТП препаратів та інших чинників. З метою посилення ефективності хіміотерапії туберкульозу та запобігання цих наслідків є необхідним поєднання нетрадиційного введення ПТП та раціональної хіміотерапії з патогенетичними засобами лікування хворих на туберкульоз. Для виконання цієї мети нами була вивчена ефективність лікування хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень непрямою ендолімфатичною (лімфотропною) терапією у поєднанні з методом ультразвукового озвучення (УЗО) — глибоким фонофорезом у комплексному лікуванні хворих на деструктивний туберкульоз легень. Лімфотропна терапія здійснювалася введенням ізоніазиду в пахову ділянку на стороні патологічного вогнища в добовій дозі: 10 % розчин в перерахунок 10 міліграм

на 1 кг маси тіла пацієнта. Лімфостимулятором був гепарин. Далі на дану область застосовували ультразвукове озвучування інтенсивністю дії з 0,2 Вт/см² до 0,4 Вт/см² у безперервному режимі, тривалістю процедур 5–7 хв. щоденно. Курс терапії склав 40 процедур.

Результати проведеної роботи дозволяють зробити висновок, що використання регіональної лімфотропної терапії (РЛТ) у хворих на вперше виявлений деструктивний туберкульоз легень сприяє позитивній динаміці усіх показників ефективності лікування. Однак, більш швидкий ефект має місце в групі хворих, до комплексної терапії яких було включено УЗО пахової ділянки на тлі РЛТ: прискорене та повне розсмоктування вогнищево-інфільтративних змін в легенях — на $(1,4 \pm 0,2)$ міс. ($p < 0,05$), збільшення швидкості загоєння порожнин розпаду в легеневої тканині — на $(1,2 \pm 0,3)$ міс. ($p < 0,05$), прискорення припинення бактеріовиділення — на $(1,0 \pm 0,2)$ міс. ($p < 0,05$), зменшення частоти утворення великих залишкових змін у легенях — на 35,9 %, вилікування більшої кількості хворих у межах стандартної тривалості основного курсу антимікобактеріальної терапії — 73,9 % проти 60,0 %.

Таким чином, істотна клінічна ефективність та відсутність серйозних побічних реакцій розробленого нового метода патогенетичної терапії в вигляді поєданого використання непрямої ендолімфатичної (лімфотропної) терапії та глибокого фонофорезу пахової ділянки дозволяє рекомендувати його застосування в комплексній терапії хворих на вперше діагностований туберкульоз легень.

М. І. Бабіч, В. І. Яковенко, М. В. Цапів

МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ АРГОНО-ПЛАЗМОВОЇ КОАГУЛЯЦІЇ ПРИ ВІДЕОТОРАКОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАННЯХ

Обласний протитуберкульозний диспансер, м. Херсон

Вступ. Широке застосування плазмової енергії при ендоскопії, в хірургії органів черевної порожнини, в онкології та гінекології розпочалося більше 20 років тому. Не дивлячись на численні переваги методу, досить рідко можна зустріти відгуки про його застосування в торакальній хірургії, та, зокрема, при відеоторакокопічних втручаннях (ВТС).

Мета роботи: оцінити ефективність та можливість застосування аргонно-плазмової коагуляції (АПК) при ВТС.

Матеріали та методи: проведений аналіз застосування АПК при 283 ВТС у пацієнтів, що проходили лікування у відділенні торакальної хірургії Херсонського обласного протитуберкульозного диспансеру за останні два роки.

Показаннями до проведення ВТС були: плеврити, дисемінації в легенях неясного генезу та спонтанний пневмоторакс. ВТС проводили за допомогою напівжорсткого торакокопу «Olympus», стандартного набору торакокопічних інструментів «Olympus». Використовувався аргонно-плазмовий коагулятор «ЭКОНТ-0701».

Результати. Вік пацієнтів коливався від 16 до 72 років, в середньому — $36,1 \pm 1,7$ років. В дослідженні переважали чоловіки — 196 (69,3 %). З приводу плевриту ВТС виконана в 192 випадках (67,8 %), при дисемінаціях — у 28 (9,9 %), при спонтанному пневмотораксі — 63 (22,3 %). При плевритах невизначено-

го генезу туберкульозний характер плевриту виявлено в 60,4 % випадків, неспецифічний — у 30,2 %, злоякісний — у 9,4 %.

При спонтанному пневмотораксі проводилась коагуляція дрібних (до 1 см) булл АПК, при більших їх розмірах — резекція верхівки легені. Мала глибина впливу АПК дозволяла обробляти купол плевральної порожнини, включаючи зони проекції судин та нервів.

При дисемінаціях невизначеного генезу надійний аеро- і гемостаз після біопсії досягався застосуванням ендостеплерів, при крайовій резекції малого обсягу — накладенням кліпс. АПК, незважаючи на адекватний якісний гемостаз, не забезпечувала надійну герметизацію, вірогідніше за все, з тієї ж причини — мала глибина впливу.

Широко застосовували АПК при плевритах — для коагуляції зони біопсії, обробки плевральних кишень, проведення гемостазу після механічного видалення злоякісних розростань. При плевритах туберкульозного генезу обробка уражених ділянок АПК дозволила скоротити лікування на 7,8 днів, дренивання — на 1,3 дня, а кількість ексудату — на 31,8–46,9 %.

Висновки. Застосування АПК є перспективним напрямком у торакальній хірургії, особливо при ВТС. Необхідний подальший аналіз застосування методу при різних патологіях органів грудної клітки, особливо — віддалених результатів лікування.

А. В. Бакуменко

РІВЕНЬ ДЕЯКИХ ПРОЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ У КРОВІ ХВОРИХ ІЗ ЗАТЯЖНИМ ПЕРЕБІГОМ ПОЗАЛІКАРНЯНОЇ ПНЕВМОНІЇ

Державна установа «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова Національної академії медичних наук України», м. Харків

У теперішній час клінічна течія позалікарняної пневмонії помітно змінилась, частіше зустрічаються випадки її затяжного перебігу. Затяжні пневмонії в деяких випадках ускладнюються абсцесами легень та емпіємами плеври. У формуванні сприятливих умов для виникнення затяжного перебігу пневмонії беруть участь молекулярні посередники імунних реакцій — інтерлейкіни.

Мета роботи: оцінити рівні прозапальних цитокінів (IL-1 β , IL-6) у крові хворих із затяжними перебігом позалікарняної пневмонії.

Матеріали та методи. Обстежено 27 хворих на позалікарняну пневмонію з затяжним перебігом, 23 хворих із позитивною динамікою перебігу пневмонії. Група контролю складала 19 пацієнтів. Дослідження проводили на 4 тижні перебігу вогнищевих-інфільтративних процесів у легенях від початку хвороби. Проводили забір крові в усіх дослідних групах для визначення

рівнів IL-1 β , IL-6 у сироватці крові за допомогою імуноферментного методу з використанням набору «Вектор-Бест» (Росія).

Результати досліджень. Доведено, що у хворих з позитивною динамікою перебігу пневмонії рівні прозапальних цитокінів у крові на 4 тижні хвороби складав: IL-6—($11,45 \pm 2,5$) пг/мл; IL-1 β —($1,6 \pm 0,7$) пг/мл, що майже не відрізнялось від групи контролю ($10,96 \pm 0,8$) пг/мл та ($1,35 \pm 0,1$) пг/мл відповідно. У хворих із затяжним перебігом пневмонії встановлені наступні показники: IL-1 β —($5,9 \pm 1,7$) пг/мл, IL-6—($25,15 \pm 10,4$) пг/мл, що значно перевищує показники контролю та групи хворих з позитивною динамікою перебігу пневмонії.

Висновки. Встановлено, що у хворих із затяжним перебігом позалікарняної пневмонії на 4 тижні хвороби рівень прозапальних цитокінів був значно підвищений, що вказує на затягнення запального процесу в легенях хворих.

Т. М. Балита

КЛІНІКО-РЕНТЕГНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ДІТЕЙ/ПІДЛІТКІВ ІЗ ОСЕРЕДКІВ ТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Мета вивчення: особливості виявлення, частоти та характеру хіміорезистентного туберкульозу в дітей та підлітків із осередків туберкульозної інфекції. Обстежено 60 осіб із контак-

ту (12 дітей віком від 0 до 14 років та 48 дітей підліткового віку), які захворіли на хіміорезистентний туберкульоз (основна група) й 129 осіб із контакту (75 дітей та 54 підлітка), що мали туберку-

льоз, проте виділяли МБТ чутливі до антимікобактеріальних препаратів (контрольна група). Дослідження показали, що діти та підлітки частіше інфікувались та захворювали на туберкульоз, у тому числі й на хіміорезистентний туберкульоз, при тривалому родинному контакті. У вогнищах "смерті" мешкали 30,0 % обстежених осіб, які захворіли на хіміорезистентний туберкульоз, з них 44,4 % контактували з хворими на мультирезистентний туберкульоз, ще 44,4 % — контактів можна вважати потенційно резистентними (хронічний туберкульоз, "тюремний" туберкульоз), лише у 11,1 % — спостерігали збережену чутливість МБТ до туберкулостатиків.

Серед контактних дітей найчастіше захворювали на хіміорезистентний туберкульоз у віці від 1 до 4 років (в основній групі 41,7 %, в контрольній — 42,7 %, $p > 0,05$) і в 13–14, та 16–17 років. Вірогідна різниця встановлена в віці до 1 року (в основній групі захворіла 8,3 %, у контрольній — 20,0 %, $p < 0,01$). Серед підлітків захворювання в основній групі в 2,6 разів частіше констатовано в 17 років, ніж в 15 років.

Більшість дітей та підлітків хворих на хіміорезистентний туберкульоз була виявлена при звертанні до лікаря загальної мережі (58,3 % дітей і 70,8 % підлітків). Майже в половини з них зміни в легенях були виявлені після проведення планової туберкулодіагностики, в той же час лише в 10,4 % підлітків зміни в легенях були констатовані після проведення реакції Манту з 2 ТО, а при флюорографії — у 16,7 % підлітків. Діти підліткового віку із контакту виявлялись у 3,9 разів частіше — при зростанні інфікування МБТ (79,6 %), ніж при первинному інфікуванні (20,4 % $p > 0,05$). Подібна закономірність виявлена і в контрольній групі дітей та підлітків. Порушення кратності

проведення планової туберкулодіагностики до захворювання встановлено в 33,3 % дітей та 38,8 % підлітків, головним чином, через негативне відношення батьків до цієї проби. У дітей із контакту туберкульозний процес виникав на тлі вираженої туберкулінової алергії (гіперергічної проби Манту з 2 ТО ППД), в той же час як у підлітків — на тлі туберкулінової анергії.

Гострий перебіг захворювання спостерігається у 4,9 разів частіше у дітей із основної, ніж у хворих дітей із контрольної групи (83,3 % проти 16,7%), проте 5,2 разів рідше в них спостерігали поступовий початок процесу (16,0 %, $p < 0,001$). Водночас, у контрольній групі здебільшого (74,6 %, $p < 0,001$) констатували поступовий початок захворювання.

У дітей із контакту в 3,2 рази частіше відзначали казеозну пневмонію, деструктивна форма первинного туберкульозного комплексу (16,7 %) та генералізований туберкульоз легень та ЦНС (менінгоенцефаліт 16,7 %), проте у підлітків в 3,1 рази переважала дисемінована та в 2,2 рази частіше — інфільтративна форма туберкульозу, у порівнянні з показниками в дітей хворих на хіміорезистентний туберкульоз із вогнищ туберкульозної інфекції.

Рентгеномографічні та комп'ютерні дослідження легень показали наявність порожнини розпаду в 1,3 рази частіше в дітей з основної групи, ніж у контрольній (58,3 % проти 45,3 %), у підлітків — в 1,5 рази частіше (77,1 % проти 55,5 %) відповідно. Отже, в основній групі в підлітків у 1,3 рази частіше, ніж у дітей, констатовано деструкція в легеневій тканині (77,1 % підлітків проти 58,3 % дітей).

Таким чином, хіміорезистентний туберкульоз у хворих дітей/підлітків із контакту перебігав у важчих формах, ніж зі збереженою чутливістю штамів МБТ до АМБП.

Р. П. Барало, Я. В. Побережная ОСОБЕННОСТИ ВЫБОРА Н1-ГИСТАМИНОБЛОКАТОРОВ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ

Винницкий национальный медицинский университет им. Н. И. Пирогова

Разнообразие аллергенов как предикторов аллергических заболеваний в условиях профессиональной и бытовой химизации, расширения спектра фармацевтического рынка создает непредсказуемые ситуации для их терапии, изменяет представления о классической сезонности действия растительных аллергенов. При сочетании основного диагноза и аллергических симптомов, особенно важным аспектом следует считать прогнозирование возможного взаимодействия препаратов в процессе лечения. Эти аспекты мало привлекают внимание врачей и провизоров, что находит отражение в структуре продаж группы Н1-гистаминоблокаторов (антигистаминных препаратов — АГП) при аллергических симптомах.

Цель работы: оценка структуры и сезонности продаж Н1-гистаминоблокаторов на двух уровнях — в районных аптеках и в областном центре.

Методы исследования. Проведен анализ отчётности по продажам АГП в районных аптеках и в г. Виннице за период 2009–2011 года, с учётом поквартального или ежемесячного уровня продаж, для оценки особенностей и структуры продаж этой группы препаратов.

Результаты. Уровни продаж АГП в районе (как в государственной, так и в частной аптеке, за 2009–2011 годы) подтвердили существующую сезонность в потребности к ним. В первом квартале анализируемых трёх лет продажа АГП составляла только 11,8–11,1 % от объёма за весь год. Однако уже во втором квартале (апрель–июнь) частота продаж, при развитии симптомов аллергии, возрастала более чем в 3 раза: в государственной аптеке до 38,4 % (2009), до 36,5 % (2010) и до 36,8 % (2011).

Существенный прирост продаж АГП наблюдался за 3 года в третьем квартале года (июль–сентябрь): до 42,5 %, до 41,4 % и до 40,3 %. Аналогичные ситуации с типичной сезонностью продаж наблюдаются и в частной районной аптеке. Так, в первом квартале они не превышали за 3 года частоту до 8,3–9 %, в то время как во втором квартале продажи возросли до 37,5 % (2009), до 39,6 % (2010) и до 36,7 % (2011). В третьем квартале проявляются максимальные уровни продаж АГП: они колеблются от 41,8 до 44,7 %, вновь снижаясь до 7,8–12,5 % к осеннему кварталу. Оценка уровней продаж АГП в аптечной сети в г. Виннице проведена помесячно в 2010–2011 годах. В этих условиях отчётливого преобладания сезонных проявлений аллергических симптомов не выявлено. Так, количество проданных упаковок АГП в 2010 году возрастало в течение января–июля, составляя 100–170 упаковок, в 2011 году также от января до июня продано 120–180 упаковок. В период до конца года частота продаж снижалась на 40–45 % (110–140 упаковок). На уровни продаж в городе влияли не только растительные аллергены, но и возможные другие их группы. Преобладание зимне-весенних продаж может определяться развитием обострений хронической бронхолегочной инфекции или кардиальных расстройств, которые, в свою очередь, требуют широкого спектра фармакотерапии и могут вызывать лекарственную аллергию. В районных аптеках отсутствует продажа препаратов 3-го поколения, преобладают 2-го (лидирует лоратадин) и первого поколений (диазолин), для которых типичны нежелательные реакции и наличие ингибирующих влияний на активность цитохрома Р450, что усиливает риск нежелательных лекарственных реакций други-

ми препаратами, при их метаболизме. Наоборот, в г. Виннице продажа препаратов 3-го поколения составляет 29 %, они лишены ряда нежелательных лекарственных реакций при взаимодействии и не проявляют кардиальной токсичности.

Выводы. При фармакотерапии аллергических симптомов роль провизора и врача должна реализоваться в грамотной профессиональной фармацевтической опеке пациентов для профилактики осложнений.

А. І. Барбова

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ДІЯЛЬНОСТІ ЛАБОРАТОРІЙ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ МЕРЕЖІ УКРАЇНИ

Державна установа "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України", м. Київ

На сьогоднішній день в Національній туберкульозній програмі лабораторія займає одне з провідних місць. Основними завданнями лабораторної протитуберкульозної мережі є: виявлення бактеріовиділювачів, діагностика випадків туберкульозу, контроль лікування, визначення медикаментозної чутливості та проведення моніторингових досліджень за медикаментозною резистентністю циркулюючих мікобактерій.

Однак, забезпечити достовірну бактеріологічну діагностику туберкульозу може належна організація роботи лабораторій з мікробіологічної діагностики туберкульозу із забезпеченням адекватного рівня біологічної безпеки під час роботи з заразним матеріалом, ефективна система контролю за якістю лабораторних досліджень, високопрофесійні, кваліфіковані спеціалісти.

На сьогоднішній день в лабораторній протитуберкульозній службі України існують проблеми, які можна умовно поділити на організаційні, методичні, кадрові, технічні.

Серед організаційних аспектів найбільш актуальним залишається координація роботи з лабораторіями первинної ланки, які не підпорядковані закладам протитуберкульозної служби, яка немає впливу як на відбір пацієнтів для бактеріоскопічних досліджень, так і на якість проведення цих досліджень.

Реорганізація лабораторної протитуберкульозної мережі, що відбулася на сьогоднішній день в Україні, централізація виконання тесту медикаментозної чутливості в обласних лабораторіях протитуберкульозних закладів системи МОЗ України, а також впровадження в цих лабораторіях сучасних гено-фенотипових діагностичних методів виявлення туберкульозу призвела до перевантаження фахівців вищезгаданих лабораторій.

Однією із складових надійної та ефективної роботи лабораторії є впровадження системи забезпечення якості лабораторних досліджень, яка включає декілька постійно функціонуючих компонентів: безперервне навчання персоналу лабораторій, забезпечення лабораторій необхідним обладнанням, кураторські візити до лабораторій нижчого рівня, контроль

якості досліджень, який включає внутрішній контроль та зовнішній контроль якості.

Внутрішній контроль охоплює такі напрямки роботи, як якість проб, що поступають на дослідження, якість реагентів, виконання методик дослідження згідно стандартам, застосування контрольних проб при кожному дослідженні, визначення чутливості та специфічності методів.

Зовнішній контроль якості – це участь лабораторій в системі зовнішньої оцінки культур або мазків за методом "панельного" тестування або переогляду "наосліп".

Для впровадження компонентів системи забезпечення якості лабораторних досліджень у повної мірі необхідно мати достатнє матеріальне забезпечення лабораторій, що на сьогоднішній день залишається проблемним питанням.

На ефективність та якість лабораторних досліджень впливають чисельні фактори, такі, як нецільовий відбір хворих на дослідження, неякісні зразки неінформативного матеріалу, несвоєчасна доставка проб до лабораторії. Лабораторні помилки, які виявляються сьогодні в деяких лабораторіях країни, пов'язані, насамперед, з порушенням стандартних методик досліджень.

Найважливішою організаційною проблемою лабораторної протитуберкульозної служби в Україні, що не вирішена до сих пір, є відсутність створеної мережі бактеріологічних лабораторій. На сьогоднішній день таку функцію виконують бактеріологічні відділи клініко-діагностичних лабораторій протитуберкульозних закладів, які в відповідності до нормативних документів не можуть бути укомплектовані необхідною кількістю кадрів для виконання всіх завдань у сучасних умовах. Тому дефіцит кадрів є однією з гострих проблем, що існують в лабораторіях протитуберкульозних закладів країни.

Очевидно, що вирішення існуючих проблемних питань організації та функціонування лабораторій протитуберкульозних закладів буде сприяти налагодженню ефективної та якісної діагностики туберкульозу.

Т. В. Бездетко

ПРОБЛЕМЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ В АСТМА-ШКОЛЕ НА ЭТАПЕ ДОГОСПИТАЛЬНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

*Національний медичний університет, г. Харків
КУОЗ «ОКБ-ЦЕМП і МК», г. Харків*

Прогнозирование, своевременная профилактика, усовершенствование методов лечения аллергических заболеваний (АЗ) является одной из важнейших задач современной медицины, что обусловлено неуклонным ростом заболеваемости, нарастанием тяжести течения, увеличением комбинированных форм, резистентностью к проводимой терапии.

Сегодня успешность лечения больных зависит от неукос-

нительного выполнения рекомендаций лечащего врача, который оценивает тяжесть заболевания, выявляет факторы риска, проводит просветительскую работу по профилактике заболевания.

Как показывает наш опыт, отсутствие должного внимания к лечению со стороны больного часто приводит к серьезному обострению заболеваний и дополнительным материальным и

моральным затратам как со стороны пациента, так и лечебных учреждений.

Цель работы — изучить основные причины недостаточно ответственного подхода к лечению больных на этапе догоспитального наблюдения.

Достоверность выводов исследования основывается на ретроспективном анализе 3567 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в Региональном аллерго-иммунологическом центре г. Харькова.

Представим в цифрах негативные факторы, влияющие на отсутствие приверженности к лечению, выявленные на этапе догоспитального наблюдения:

– 72 % случаев — недостаточное назначение лекарственных средств врачом;

– 35 % случаев — невозможность выполнения врачебных рекомендаций больными (26 % — забывчивость вовремя принимать лекарственные препараты, 68 % — сложность режима приема препаратов, 32 % — боязнь побочных эффектов, 25 % — непонимание больным возможных осложнений в связи с неправильным лечением, 56 % — социально-экономические проблемы);

– 76 % — отсутствие комплаенса между врачом и больным, что, на наш взгляд, является наиболее серьезной проблемой.

Успешное преодоление негативных факторов, приверженности к лечению, мы видим в выполнении разработанных

нами рекомендаций:

1. Перед началом терапии в условиях Астма-школы лечащий врач совместно с больным анализирует всю информацию, необходимую для начала лечения.

2. После ознакомления с представленной информацией больному предлагается заполнить небольшую анкету по поддержке внутреннего стимула к лечению и формированию убежденности в успешности терапии:

- Каков режим моей терапии?
- Что это за препараты?
- Сколько таблеток или ингаляций Я буду принимать?
- Как часто принимать?
- Могу ли я получить комбинацию с фиксированной дозой?
- Насколько точно мне следует соблюдать время приема?
- Имеются ли ограничения в хранении препаратов или в питании?
- Какие побочные явления возможны и как мне действовать в случае их возникновения?
- Что Я должен делать и куда мне обратиться за помощью и советом в случае ухудшения состояния?

Убежденность больных в эффективности предлагаемой терапии поможет создать необходимый настрой для благоприятного излечения, а предлагаемая нами методика может быть распространена в самой широкой среде, в масштабах страны.

Т. В. Бездетко, Л. А. Овчаренко, Г. В. Еременко, Л. А. Бойко ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ В ПРАКТИКЕ АЛЛЕРГОЛОГА

*Национальный медицинский университет, г. Харьков
КУОЗ «ОКБ-ЦЭМП и МК», г. Харьков*

Внимание, уделяемое патологии пищевода, за последнее время значительно возросло, а гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) мировым сообществом гастроэнтерологов признана болезнью XXI века. Это не случайно, поскольку симптомы ГЭРБ при тщательном опросе выявляются почти у 50 % взрослого населения и более чем у 10 % лиц подтверждаются при эндоскопическом обследовании. Пристально изучаются и внепищеводные проявления ГЭРБ, к каковым относится бронхиальная астма. С каждым годом накапливаются новые данные, указывающие на патогенетически обоснованную взаимосвязь между бронхиальной астмой и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Но продолжается изучение факторов, ведущих к взаимному утяжелению заболеваний, неоднозначны и полученные различными авторами результаты влияния терапии ГЭРБ на течение бронхиальной астмы. Поэтому остаются актуальными вопросы разработки диагностического алгоритма и лечения пациентов с сочетанной патологией, выявления предикторов хорошего ответа на лечение.

Цель работы: изучение особенностей клинического течения, диагностики ГЭРБ у больных бронхиальной астмой.

Из 540 больных БА, которые находились на стационарном лечении в нашей клинике, у 72 больных БА средней степени тяжести частично- и неконтролируемого течения были выявлены признаки ГЭРБ (40 мужчин и 32 женщины в возрасте от 33 до 65 лет), средняя длительность заболевания — $13,8 \pm 1,8$ лет. Всем больным проводилось клиническое обследование, астма контроль тест (АКТ), рентгенологическое исследование пищевода и желудка, уреазный тест для определения инфицированности *Helicobacter pylori* (Hp); эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с биопсией слизистой оболочки (СО) верхних отделов желудочно-кишечного тракта и дальнейшим морфо-

логическим изучением гастробиоптатов; исследование показателей функции внешнего дыхания (ФВД), бронхоскопия с морфологическим изучением бронхиоптатов.

При обследовании выявлены изменения следующих показателей: ОФВ₁ — $(65,6 \pm 4,7)$ %, АКТ составил $(15,3 \pm 0,9)$ баллов. Для выяснения механизма индуцирования приступов удушья при ГЭРБ было изучено морфофункциональное состояние СО бронхов, были взяты бронхиоптаты при проведении бронхоскопии, бронхоскопия проводилась 16 (22,2 %) больным. Результаты морфометрических исследований показали, что для всех обследованных больных БА, отягощенной ГЭРБ, выявлены общие изменения — признаки усиленной продукции бронхиального секрета (увеличение объемной плотности бокаловидных клеток в покровном эпителии и объема бронхиальных желез в подслизистом слое бронхиальной стенки). Проведенные цитологические исследования выявили у всех больных бокаловидноклеточную и железистую гиперплазию, увеличение высоты эпителия в отделах бронхов с преимущественно серозным секретом и обструкцией.

Учитывая полученные результаты мы предполагаем, что основой для формирования обтурирующих слизистых пробок и провоцирования симптомов удушья у ГЭРБ позитивных больных БА является гиперпродукция glanduloцитами СО бронхов слизи с усиленными вязкоэластическими свойствами. Стимуляцию слизиобразования в бронхах можно рассматривать как результат раздражения рефлексогенных вагусных зон пищевода желудочным рефлюктом. Согласно полученным данным частота эпизодов ГЭРБ увеличивается в ночное время, а образующаяся бронхиальная слизь обладает раздражающим рецепторы действием, поэтому ГЭРБ-индуцированная БА часто проявляется ночными приступами удушья или кашля.

Л. О. Безруков, Л. А. Іванова, О. Г. Григола, Т. М. Білоус
ПОКАЗНИКИ ЛАБІЛЬНОСТІ БРОНХІВ У ДІТЕЙ ЗА ЕОЗИНОФІЛЬНОГО ФЕНОТИПУ
БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Вступ. Бронхіальна астма є найбільш поширеним в усьому світі хронічним захворюванням, що створює значну медико-соціальну проблему як для дітей, так і для дорослих. Беручи до уваги той факт, що в кінцевому результаті контрольована терапія захворювання спрямована на зниження гіперсприйнятливості бронхів, з практичної точки зору викликає особливий інтерес взаємовідношення цього характерного феномену бронхіальної астми з її фенотиповими проявами.

Мета дослідження: вивчити показники неспецифічної гіперсприйнятливості бронхів за еозинофільного фенотипу бронхіальної астми в дітей.

Матеріали і методи. Для досягнення мети роботи обстежено 160 дітей шкільного віку, хворих на бронхіальну астму (БА), які отримували стаціонарне лікування в Обласній дитячій клінічній лікарні м. Чернівці. Клінічні групи сформували за кількістю еозинофілів у харкотинні хворих згідно P. Haldar та I. Pavord (2007): до еозинофільного фенотипу БА відносили пацієнтів із кількістю еозинофілів у харкотинні 3 % та більше, а до нееозинофільного — дітей із кількістю еозинофілів менше 3 %. До I групи увійшли 84 дитини з еозинофільним фенотипом, до II групи — 76 пацієнтів із нееозинофільним фенотипом БА. Середній вік дітей I групи становив $11,8 \pm 0,4$ років (73,8 % хлопчиків, 44,0 % сільських мешканців), II групи — $11,1 \pm 0,4$ років (57,9 % хлопчиків, 43,4 % сільських мешканців), тобто порівнянні групи не відрізняються за основними клінічними характеристиками.

Результати дослідження та обговорення. Неспецифічна гіперсприйнятливості бронхів за ОФВ₁ у дітей клінічних груп

порівняння вивчена до непрямого (дозований біг) та прямого (інгаляції серійних розчинів гістаміну) бронхоспастичних стимулів. Так, індекс бронходиляції у дітей I групи сягав $12,4 \pm 1,1$ %, II групи — $9,8 \pm 1,4$ % ($p > 0,05$), індекс бронхоспазму — $10,8 \pm 1,5$ % та $9,1 \pm 1,3$ % відповідно ($p > 0,05$), показник лабільності бронхів — $22,1 \pm 1,8$ % і $19,0 \pm 2,1$ % відповідно ($p > 0,05$). Провокаційна концентрація гістаміну, на якій ОФВ₁ знижується на 20 %, у представників I групи становила $2,5 \pm 0,6$ мг/мл проти $1,5 \pm 0,2$ мг/мл у пацієнтів II групи ($p > 0,05$). Отримані дані дають підставу вважати, що в середньому показники неспецифічної гіперсприйнятливості бронхів до прямих і непрямих бронхоспазмогенних стимулів суттєво не залежали від характеру запалення дихальних шляхів у хворих. Водночас одержані дані вказують на те, що не зважаючи, показник лабільності бронхів суттєво не відрізнявся в групах порівняння, але все ж мала місце тенденція до його підвищення в дітей з еозинофільною астмою. Так, показник лабільності бронхів більше 22 % реєструвався у 45,1 % хворих I клінічної групи та — лише у 30,8 % дітей групи порівняння. Показник гіперчутливості бронхів (ПК₂₀) менше 1,0 мг/мл зустрічався також частіше в хворих з еозинофільною астмою (66,1 %) порівняно з пацієнтами, характер запального процесу в бронхах яких визначався як нееозинофільний (51,7 %).

Висновок. Таким чином, у дітей з еозинофільним фенотипом порівняно з пацієнтами з нееозинофільним фенотипом бронхіальної астми відмічаються вищі показники неспецифічної гіперсприйнятливості бронхів, що свідчить про необхідність агресивнішої протиобструктивної терапії в цієї когорти хворих.

Л. О. Безруков, Л. А. Іванова, О. Г. Григола, Т. М. Білоус
ПОКАЗНИКИ ЛАБІЛЬНОСТІ БРОНХІВ У ДІТЕЙ ЗА ЕОЗИНОФІЛЬНОГО ФЕНОТИПУ
БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Вступ. Бронхіальна астма є найбільш поширеним в усьому світі хронічним захворюванням, що створює значну медико-соціальну проблему як для дітей, так і для дорослих. Беручи до уваги той факт, що в кінцевому результаті контрольована терапія захворювання спрямована на зниження гіперсприйнятливості бронхів, з практичної точки зору викликає особливий інтерес взаємовідношення цього характерного феномену бронхіальної астми з її фенотиповими проявами.

Мета дослідження: вивчити показники неспецифічної гіперсприйнятливості бронхів за еозинофільного фенотипу бронхіальної астми в дітей.

Матеріали і методи. Для досягнення мети роботи обстежено 160 дітей шкільного віку, хворих на бронхіальну астму (БА), які отримували стаціонарне лікування в Обласній дитячій клінічній лікарні м. Чернівці. Клінічні групи сформували за кількістю еозинофілів у харкотинні хворих згідно P. Haldar та I. Pavord (2007): до еозинофільного фенотипу БА відносили пацієнтів із кількістю еозинофілів у харкотинні 3 % та більше, а до нееозинофільного — дітей із кількістю еозинофілів менше 3 %. До I групи увійшли 84 дитини з еозинофільним фенотипом, до II групи — 76 пацієнтів із нееозинофільним фенотипом БА. Середній вік дітей I групи становив $11,8 \pm 0,4$ років (73,8 % хлопчиків, 44,0 % сільських меш-

канців), II групи — $11,1 \pm 0,4$ років (57,9 % хлопчиків, 43,4 % сільських мешканців), тобто порівнянні групи не відрізняються за основними клінічними характеристиками.

Результати дослідження та обговорення. Неспецифічна гіперсприйнятливості бронхів за ОФВ₁ у дітей клінічних груп порівняння вивчена до непрямого (дозований біг) та прямого (інгаляції серійних розчинів гістаміну) бронхоспастичних стимулів. Так, індекс бронходиляції у дітей I групи сягав $12,4 \pm 1,1$ %, II групи — $9,8 \pm 1,4$ % ($p > 0,05$), індекс бронхоспазму — $10,8 \pm 1,5$ % та $9,1 \pm 1,3$ % відповідно ($p > 0,05$), показник лабільності бронхів — $22,1 \pm 1,8$ % і $19,0 \pm 2,1$ % відповідно ($p > 0,05$). Провокаційна концентрація гістаміну, на якій ОФВ₁ знижується на 20 %, у представників I групи становила $2,5 \pm 0,6$ мг/мл проти $1,5 \pm 0,2$ мг/мл у пацієнтів II групи ($p > 0,05$). Отримані дані дають підставу вважати, що в середньому показники неспецифічної гіперсприйнятливості бронхів до прямих і непрямих бронхоспазмогенних стимулів суттєво не залежали від характеру запалення дихальних шляхів у хворих. Водночас одержані дані вказують на те, що не зважаючи, показник лабільності бронхів суттєво не відрізнявся в групах порівняння, але все ж мала місце тенденція до його підвищення в дітей з еозинофільною астмою. Так, показник лабільності бронхів більше 22 % реєструвався у 45,1 % хворих I

клінічної групи та — лише у 30,8 % дітей групи порівняння. Показник гіперчутливості бронхів ($PK_{20}G$) менше 1,0 мг/мл зустрічався також частіше в хворих з еозинофільною астмою (66,1 %) порівняно з пацієнтами, характер запального процесу в бронхах яких визначався як нееозинофільний (51,7 %).

Висновок. Таким чином, у дітей з еозинофільним фенотипом порівняно з пацієнтами з нееозинофільним фенотипом бронхіальної астми відмічаються вищі показники неспецифічної гіперсприйнятливості бронхів, що свідчить про необхідність агресивнішої протиобструктивної терапії в цієї когорти хворих.

О. В. Белашова, Н. С. Друмова, М. О. Питлик-Яценко

ВЕРИФІКАЦІЯ АТОПІЧНОГО ФЕНОТИПУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ НА ПІДСТАВІ ПОКАЗНИКІВ МЕТАБОЛІЧНОЇ АКТИВНОСТІ ГРАНУЛОЦИТІВ КРОВІ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Розвиток запального процесу в респіраторному тракті хворих на бронхіальну астму (БА) визначається дією основних ефекторних клітин, до яких належать еозинофільні та нейтрофільні гранулоцити. При встановленні їх ролі в реалізації алергічного запалення при БА в літературі більше уваги приділяється їх морфометричним характеристикам. Натомість, питання метаболічної активності даних гранулоцитів висвітлені недостатньо. Встановлення ролі ефекторних клітин у реалізації алергічного запалення при БА в дитячому віці є важливим клінічним завданням, вирішення якого дозволить обирати індивідуальну адресну протирецидивну терапію і, тим самим, досягти контролю над захворюванням.

Мета дослідження: вивчення клінічно-діагностичного значення показників метаболічної активності ефекторних клітин (еозинофілів, нейтрофілів) при встановленні atopічного фенотипу БА у дітей. Для досягнення поставленої мети було сформовано дві клінічні групи. Першу (I) групу склали 28 дітей із atopічною БА (наявність позитивного алергологічного власного та/чи родинного анамнезу), до II клінічної групи увійшло 26 пацієнтів із діагнозом БА без ознак atopії. Середній вік хворих I клінічної групи становив $11,3 \pm 3,3$ року, а групи порівняння — $12,7 \pm 3,2$ року відповідно ($p > 0,05$). За основними характеристиками групи не відрізнялись.

Як показники метаболічного стану нейтрофільних та еозинофільних лейкоцитів, обрано визначення внутрішньоклітинного вмісту катіонних білків в умовних одиницях (у. о.) за методом В. Е. Пігаревського, пероксидази (ЕП) (в у. о.) — за методом Грехема-Кнолля. Отримані результати аналізували за допомогою методів біостатистики та клінічної епідеміології.

За кількістю еозинофілів та паличкоядерних нейтрофілів крові відмінностей у групах порівняння виявити не вдалось. Так, середнє значення абсолютного еозинофільного числа в представників I клінічної групи склало $0,4 \pm 0,02$ Г/л, абсолютного числа нейтрофільних гранулоцитів — $0,8 \pm 0,03$ Г/л, а у пацієнтів

групи порівняння відповідно — $0,3 \pm 0,02$ та $0,9 \pm 0,04$ % ($p > 0,05$).

У представників обох груп спостереження не виявлено суттєвої різниці за внутрішньоклітинним вмістом катіонних білків та рівнем активності пероксидази в нейтрофільних лейкоцитах крові. Разом із тим, внутрішньоклітинний вміст еозинофільних катіонних білків (ЕКБ) та пероксидази (ЕП) у пацієнтів I групи спостереження становив $0,15 \pm 0,06$ у. о. та відповідно $1,38 \pm 0,37$ у. о., а в представників групи порівняння — $0,2 \pm 0,08$ у. о. та $1,53 \pm 0,18$ у. о. ($p > 0,05$). Не дивлячись на відсутність статистично вірогідної різниці за середніми значеннями у хворих I групи прослідковувалася чітка тенденція до зменшення вмісту ЕКБ та ЕП. Так, частка хворих I клінічної групи, в яких внутрішньоклітинний вміст ЕКБ був менше середньогрупового показника, сягала $60,0 \pm 3,2$ %, а серед представників II групи — $51,3 \pm 4,2$ % ($p > 0,05$). Частка хворих I групи, в яких активність ЕП була меншою за середньогруповий показник, становила $43,1 \pm 3,6$ %, а серед представників II групи — $40,1 \pm 4,2$ % ($p > 0,05$). Частка дітей основної групи, в яких відмічалось одночасне зменшення рівня активності ЕП та вмісту ЕКБ менше за середньогрупове значення становила $68,3 \pm 2,8$ %, а в групі порівняння — $49,2 \pm 3,1$ % ($p > 0,05$). **Враховуючи вищевикладене**, встановлено, що відносний ризик **наявності atopічного фенотипу БА** при знижених результатах внутрішньоклітинного вмісту ЕКБ та ЕП склав 2,2 [95 % ДІ: 1,2–3,9, $p < 0,05$], співвідношення шансів — 1,5 [95 % ДІ: 1,2–1,8, $p < 0,05$], атрибутивний ризик — 20 %.

Таким чином, при розвитку atopічного фенотипу БА метаболічна активність головних прозапальних клітин алергічного запалення — еозинофілів крові за даними показників внутрішньоклітинного вмісту основних цитотоксичних речовин (катіонні протеїни, пероксидаза) значно скомпрометована, що можна використати при проведенні комплексної клінічно-параклінічної діагностики даного фенотипу БА в дітей. Зниження показників внутрішньоклітинного вмісту ЕКБ та ЕП асоціюється з вірогідно вищим ризиком наявності atopічної БА в дитячому віці.

А. В. Белов

ФУНКЦИЯ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ КОРРЕКЦИИ ГЕМИТОРАКСА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЛЕГКОГО

Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины

Проблема несоответствия объема легкого оставшегося после резекции и объема плевральной полости возникла одновременно с введением в широкую хирургическую практику самой резекции легкого. Следствием этого было перерастяжение легкого с формированием эмфиземы при расправлении резецированного легкого или образование остаточной полости. Функциональное обоснование оптимального варианта коррек-

ции в резекционной хирургии лёгких представляется нам актуальной задачей.

Материалы и методы. Нами изучена функция внешнего дыхания (ФВД) в результате хирургического лечения 106 больных с деструктивным туберкулёзом лёгких после резекции с применением двух видов коррекции гемиторакса. Контрольную группу составили 36 больных с корригирующей тора-

Таблица 1

Изменение показателей ФВД

Показатели ФВД	Основная группа				Контрольная группа			
	До операции (n=70)	Через 10 дней (n=70)	Через 1 месяц (n=70)	Через 1 год (n=30)	До операции (n=36)	Через 10 дней (n=36)	Через 1 месяц (n=36)	Через 1 год (n=15)
ФЖЕЛ/FVC	83,5±3,9	42,2±1,6	57,4±1,5	77,5±1,5	73,8±2,9	39,5±1,7	43,3±1,5	58,4±1,5
ОВФ ₁ /FEV ₁	72,1±3,1	43,9±1,9	55,1±2,0	66,2±1,8	63,8±3,4	38,8±1,8	41,6±1,6	50,6±2,0
ИТ/FEV ₁ /VC	98,0±6,6	117,1±4,9	102,3±2,3	90,6±2,1	83,1±3,5	101,4±2,7	103,1±1,8	98,5±2,3
ПОС/PEF	58,6±3,1	42,7±2,0	44,3±2,1	64,2±2,3	58,2±3,6	32,3±1,6	36,6±1,2	52,1±2,1
МОС ₂₅ /MEF ₂₅	57,0±3,0	41,5±2,2	43,5±2,4	57,3±2,0	53,9±3,5	33,1±2,5	36,2±1,4	42,1±2,4
МОС ₅₀ /MEF ₅₀	66,7±3,9	45,5±2,4	48,8±2,7	50,4±2,1	59,5±4,0	36,4±2,0	41,2±1,6	46,7±2,2
МОС ₇₅ /MEF ₇₅	78,8±4,3	58,3±2,9	62,6±3,7	63,6±2,8	65,4±4,2	48,4±2,6	52,1±2,0	53,1±2,1

копластикой. В основную группу вошли 70 больных, у которых коррекцию осуществляли по методике плевроколлагенопластики. В обеих группах проводили изучение показателей функции внешнего дыхания до операции, на 10-е сутки, через 1 месяц после операции и через год после оперативного лечения.

Результаты и их обсуждение. Исходные показатели ФВД в обеих группах статистически не различались ($p > 0,05$). В обеих группах преобладали нарушения ФВД по смешанному типу с незначительным преобладанием рестрикции.

Наибольшее снижение форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ), объема форсированного выдоха за первую секунду (ОВФ₁), скоростных показателей отмечались на 10-е сутки после операции. Достоверных различий на 10-е сутки в обеих группах не было ($p > 0,05$), что говорит о преобладании влияния болевого синдрома на изменения ФВД, а не методики коррекции гемиторакса. К 30-м суткам послеоперационного периода мы отмечали достоверные различия в обеих группах ($p < 0,05$), как в сравнении с исходным уровнем, так и между группами. Динамика восстановления ФЖЕЛ и ОВФ₁ в основной группе была более выражена, что учитывая купирование болевого синдрома, говорит о том, что изменения ФВД в эти сроки

зависят от метода коррекции объема гемиторакса ($r = 0,56$ и $r = 0,44$ при $p < 0,05$). Через год в основной группе отмечался выраженный рост показателей ФВД. В контрольной группе динамика менее выражена, а показатели ПОС-МОС в контрольной группе практически не изменились, что подтверждает тезис о перераспределении легочной ткани под торакопластикой.

Более полное восстановление показателей функции внешнего дыхания после резекции легкого с коррекцией объема гемиторакса в основной группе связано с тем, что в ходе операции не нарушается нормальная биомеханика дыхания. Плевроколлагенопластика не оказывает коллабирующего воздействия на легкое, не допускает перерастяжение легочной ткани, не приводит к перегибу бронхов и сосудов легкого.

Выводы. Плевроколлагенопластика является оптимальным функциональным, физиологически обоснованным, малотравматичным способом коррекции пострезекционного гемиторакса. Более полное восстановление функции внешнего дыхания после резекции легкого обусловлено сохранением физиологического расположения легкого после резекции и отсутствием возможности его смещения и перерастяжения в послеоперационном периоде.

Е. Л. Берест, В. Ю. Борисов, А. А. Щадько

ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Областная клиническая туберкулезная больница, г. Донецк

В последние годы растет заболеваемость туберкулезом как легочных, так и внелегочных форм. С каждым годом растет количество впервые выявленных больных с химиорезистентными формами туберкулеза. Одной из тяжелых форм внелегочного туберкулеза является спондилит. Даже при использовании современных методов диагностики сходство клинко-рентгенологической картины при спондилитах различной этиологии является причиной трудностей в постановке диагноза. Число ошибок, по данным некоторых авторов, составляет более 30 %.

Основным методом лечения туберкулезных спондилитов, согласно Унифицированному клиническому протоколу, является длительный прием противотуберкулезных препаратов первого ряда, которые при наличии химиорезистентных форм не дают лечебного эффекта. Вопросы ранней и точной диагностики этиологии спондилита являются актуальными как для фтизиатров, так и нейрохирургов, ортопедов и онкологов. Основываясь на вышеизложенных проблемах помимо прямых показаний к оперативному лечению можно выделить и относительные, к которым относится определение этиологии поражения, культуральные исследования с антибиотикограммой.

Материалы и методы. Нами исследовано 113 больных с деструктивными поражениями грудного отдела позвоночника,

находившихся на стационарном лечении в КЛПУ «Донецкая областная клиническая туберкулезная больница» за период с 2008 по 2012 год.

В 23 случаях (20,4 %) поражение позвоночника сочеталось с различными формами туберкулеза легких, что являлось данными в пользу специфического процесса. У 58 пациентов по данным МРТ в пользу специфического процесса говорило наличие натечников. В 15 случаях картина была схожей с опухолевым поражением, но исключить воспалительный процесс не представлялось возможным. У 12 пациентов было контактное поражение трех и более тел, у 5 процесс сочетался с поражением шейного или поясничного отдела позвоночника.

Результаты и их обсуждение. Нами прооперированно 109 больных, всем пациентам произведена радикальная корпорэктомия с санацией гнойных полостей и декомпрессией спинного мозга, с одномоментным применением корпоропластики в сочетании с транспедикулярной фиксацией.

На основе патогистологических исследований доказано 31 (28 %) случай специфического процесса, у 7 из них на основе культурального исследования выявлен химиорезистентный туберкулез. В 66 (60,5 %) случаях доказан воспалительный процесс неспецифического характера и 1 (0,9 %) случай грибково-

го поражения. В 3 (2,75 %) случаях дегенеративно-дистрофические изменения и в 8 (7,33 %) случаях опухоли или метастазы.

Оценку результатов лечения мы проводили первые сутки после операции 3, 6, 12, 24 месяцев. Оценивали по уменьшению болевого синдрома, регресса неврологического дефицита.

Положительная динамика прослеживалась у всех пациентов. Степень восстановления неврологических нарушений была различной, что связано с длительностью компрессии спинного мозга предшествовавшей оперативному лечению. Уменьшение интоксикационного синдрома прослеживалось во всех случаях. В ближайшие два года рецидивов у больных не прослеживалось.

Выводы. Хирургическое лечение является методом выбора для ранней верификации диагноза у больных с деструктивных поражений грудного отдела позвоночника. Оптимальным является сочетание одномоментной санационной и стабилизирующей составляющих оперативного лечения. Во всех случаях в результате лечения был купирован воспалительный процесс, полностью или частично ликвидирован неврологический дефицит. Степень регрессии неврологических нарушений четко коррелировала со временем от начала заболевания до оперативного лечения. В отдаленном периоде рецидивов не наблюдалось.

Б

Я. В. Беседа

РЕНОПРОТЕКТОРНЫЙ ЭФФЕКТ L-АРГИНИНА У БОЛЬНЫХ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Одесский национальный медицинский университет

Целью работы было изучение прогностического значения уровня микроальбуминурии при развитии хронической почечной недостаточности у больных впервые выявленным туберкулезом легких в процессе специфической этиотропной терапии и определение профилактических мероприятий с использованием препарата L-аргинин.

Нами были отобраны 30 больных с ранними нарушениями выделительной функции почек на основании определения уровня микроальбуминурии

(МАУ) исследуемого стрип-тестом (полуколичественный метод с использованием тест-полосок; чувствительность и специфичность метода более 90 %). Больные распределены на две группы: исследуемая — 20 человек, которые получали с целью ренопротекции L-аргинин (100 мл 4,2 % раствора, 1 раз в день внутривенно капельно, через день, № 5) и контрольную — 10 человек, получавшие стандартную этиотропную терапию согласно действующему протоколу (Пр. МОЗ Украины от 21.12.2012 г. № 1091).

До назначения ренопротекторной терапии, у всех отобранных больных с впервые выявленным туберкулезом легких уровень МАУ составил в среднем 40,5 мг/л. После проведения терапии с использованием препарата L- аргинина, уровень МАУ в исследуемой группе снизился и составил 20,5 мг/л.

За такой же период в контрольной группе уровень микроальбуминурии повысился и составил 35,5 мг/л, причем у двух больных отмечалось повышение уровня общего белка мочи до 0,132 г/л, что потребовало дополнительных исследований для определения функционального состояния выделительной функции и коррекции базовой терапии.

На основании полученных результатов исследований можно сделать вывод о том, что определение уровня микроальбуминурии у больных с впервые выявленным туберкулезом легких (ВДТБ) является показателем раннего выявления нарушений выделительной функции почек. Применение L-аргинина с целью ренопротекции в исследуемой группе способствовало нормализации выделительной функции почек у больных с ВДТБ.

**Л. І. Білозір, О. П. Костик, І. В. Суворкіна, У. Б. Чуловська, Е. В. Тимчак,
С. М. Кашкадамова, Г. В. Старічек**

УДОСКОНАЛЕННЯ НАВЧАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ З ФТИЗИАТРІЇ ТА ПУЛЬМОНОЛОГІЇ В КОНТЕКСТІ ЄВРОІНТЕГРАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів

Медична освіта, як й освітня галузь України в цілому, почавши кардинальні реформи й входження до європейського освітнього простору, потребує приведення всіх її компонентів до загальноприйнятих світових стандартів, тому інтерес викликають технології, що дають змогу контролювати якість освіти, життя й охорони здоров'я. В освітній галузі України реалізується Концепція підготовки лікарів, розроблена в відповідності до вимог Всесвітньої Федерації медичної освіти та основних положень Болонського процесу.

Як найстаріший вищий медичний навчальний заклад країни, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького є неодмінним ініціатором, учасником й експериментальним майданчиком втілення всіх реформ й інновацій у медичній й освітній галузі. У Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького вже реалізується система державного моніторингу якості підготовки медич-

них кадрів з можливістю об'єктивно визначати та порівнювати якість підготовки лікарів. Ліцензійні інтегровані іспити «Крок-1», «Крок-2», «Крок-3» вже стали невід'ємним елементом державної атестації студентів-медиків та лікарів-інтернів. На усіх етапах системи зовнішнього державного аудиту знань медика застосовані загальновідомі принципи TQM (Total Quality Management).

Форми навчання й плани для англomовних студентів приведені й відповідність до вимог й не відрізняються від базових програм, за якими навчаються їх українські ровесники. Студенти англomовного відділення медичного факультету здобувають медичну освіту за базовими програмами, ухваленими МОЗ України й поступово залучаються до участі в ліцензованих іспитах КРОК-1 та КРОК-2.

Враховуючи рівень підготовки студента, ставляться навчальні завдання різної складності, тобто проводиться індивідуальна робота з кожним із них. Самостійна робота студента з

опанування навчальної дисципліни є однією із формою навчання. Використовуються наступні форми самостійної роботи: теоретична підготовка до практичних занять, підсумкового контролю; обстеження хворого з викладенням результатів роботи в навчальній історії хвороби, записаній за спеціально розробленою формою (Clinical Record Sheet); моделювання історії хвороби з рентгенограми; написання реферату; вивчення окремих тем та питань навчальної програми; виконання індивідуальних завдань.

Самостійна форма навчання студента може бути ефективною

за умови достатнього навчально-методичного й матеріального забезпечення, тому на кафедрах розроблені й видані українською, російською та англійською мовами тексти лекцій, методичні вказівки, орієнтовні карти, тестові завдання різного ступеня складності.

Високий професіоналізм і духовність, надбання української й, зокрема, львівської медичної школи, можуть бути необхідними за межами нашої держави. В результаті Україна, дотримуючись глобальних освітніх тенденцій, займе достойне місце у високотехнологізованому та інформатизованому світі.

Л. І. Білозір

ДОДИПЛОМНИЙ ЕТАП ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В КОНТЕКСТІ БОЛОНСЬКОЇ УГОДИ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Наукова та освітня громадськість й уряди країн Європи консолідували зусилля для істотного підвищення конкурентоспроможності європейської системи науки й вищої освіти у світовому вимірі. В світлі вимог Болонської угоди процес структурного реформування національних систем вищої освіти країн Європи, зміна освітніх програм і внесення необхідних інституційних перетворень у вищі навчальні заклади Європи мають за мету створення до 2010 року єдиного європейського наукового та освітнього простору.

Прагнення України до європейської інтеграції означає, що вона повинна вступити до Болонської співдружності й на цьому шляху їй треба зробити два істотні кроки: провести ґрунтовний порівняльний аналіз вітчизняної системи науки й освіти з європейською й визначити, що потрібно буде змінити в нашій системі науки й освіти для проведення реформ, спрямованих на інтеграцію вітчизняної системи науки й освіти в європейський простір.

Входження освіти України до єдиного європейського освітнього й наукового простору означало впровадження кредитно-модульної системи в організацію навчального процесу в вищих навчальних закладах III–IV рівнів акредитації. Метою впровадження цієї системи була розробка та експериментальна перевірка технології застосування елементів Європейської кредитно-трансферної та акумулюючої системи (ECTS — European Community Course Credit Transfer System) в системі вищої освіти України. Перехід до нової моделі модернізації навчального процесу вимагав структурування всіх навчальних програм на порції навчального матеріалу за змістом (змістовні модулі) і відображення їх в залікових кредитах.

Структурування навчального матеріалу — це творчий процес, який супроводжувався корекцією навчального матеріалу відповідно до кінцевої мети вивчення дисципліни. Болонський процес включає в себе наступні напрямки діяльності: впровадження системи зрозумілих і порівняльних науко-

вих ступенів, впровадження системи підготовки, заснованої на двох освітніх рівнях (бакалавр, магістр), створення єдиної системи кредитних одиниць оцінювання.

Згідно наказу МОЗ України № 148 від 22.03.2004 р. “Про заходи щодо реалізації положень Болонської декларації в системі медичної та фармацевтичної освіти” Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького затвердив базовим навчальним закладом з модернізації системи вищої медичної освіти з метою підготовки до входження в Болонський процес. З метою залучення науково-педагогічних колективів усіх кафедр університету до принципово нової моделі організації навчального процесу, наказом по ЛНМУ імені Данила Галицького № 2944-з від 31.12.2004 р. розпочато масштабну підготовку впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу в університеті.

Кредитно-модульна система — це сучасна модель організації навчального процесу, в якій поєднані модульні технології навчання й залікові кредити. Принциповим в кредитно-модульній системі є те, що програма кожної навчальної дисципліни структурується на невеликі за обсягом і з’єднані змістом частини — змістові модулі. Вивчення кожного модуля завершується підсумковим контролем.

Кредитно-модульна система передбачає збільшення самостійної роботи студентів та можливості їх більш активної участі в навчальному процесі, введення прозорої багатобальної рейтингової системи оцінювання успішності, що при структуруванні навчальних дисциплін на модулі може стати основою підвищення якості підготовки фахівців. Всі види навчальної роботи студента відображаються в кредитах ECTS. Заліковий кредит містить всі види діяльності студента, як аудиторної, так і самостійної, які необхідні для засвоєння модуля чи блоку змістових модулів. В системі ECTS тільки від самого студента залежить позитивний кінцевий результат, тобто, засвоєння певної частини навчальної програми й її оцінка викладачами.

М. О. Білик, С. П. Василенко, С. Д. Василенко

ПОШИРЕНІСТЬ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ В ХМЕЛЬНИЦЬКОМУ РЕГІОНІ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ДАВНОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ (2010–2012 рр.)

Хмельницький обласний протитуберкульозний диспансер

Як відомо, однією із трьох складових епідемії туберкульозу, оголошеної в Україні в 1995 р., є епідемія мультирезистентного туберкульозу.

За даними Всесвітньої Організації Охорони Здоров’я в усьому світі мультирезистентний туберкульоз (далі МРТБ) мають

3,7 % хворих з новими випадками й 20 % раніше лікованих, в Україні відповідно 16 % і 44 %.

З метою вивчення поширеності МРТБ в Хмельницькому регіоні в залежності від давності захворювання на туберкульоз ми провели ретроспективний аналіз 310 медичних карт амбу-

латорних хворих, котрим була встановлена МРТБ протягом 2010–2012 років. Серед них переважали чоловіки, жителі міста в віці від 31 до 60 років.

Щорічно реєстрували від 112 до 92 хворих на МРТБ, в тому числі з новими випадками 19–24, з рецидивами — по 25, з повторним лікуванням — 43–62 особи.

При цьому встановили, що кількість хворих на МРТБ серед нових випадків збільшилась і відповідно питома вага їх зросла з 2,7 % до 3,5 % в 2012 році.

Незважаючи на те, що абсолютна кількість хворих на МРТБ серед рецидивів туберкульозу залишається стабільною, однак їх питома вага знизилась з 23,0 % в 2010 році до 18,0 % в 2012 році.

Кількість та питома вага хворих з повторним лікуванням в регіоні теж знизилась з 20,5 % в 2010 році до 18,7 % в 2012 році.

Кількість хворих з перерваним лікуванням не має тенденції до зростання і щорічно не перевищувала 1 — 3 випадки.

Таким чином, в Хмельницькому регіоні в 2012 році мали МРТБ 3,5 % хворих із новими випадками та 36,7 % — раніше лікованих.

Такий аналіз дав змогу визначити не тільки поширеність МРТБ в регіоні в залежності від давності захворювання, але й намітити шляхи, направлені на зменшення його розповсюдженості, особливо за рахунок покращення медико — соціального супроводу хворих та підвищення якості їх контрольованого лікування.

А. Є. Богомолов, М. А. Тхоровський, С. В. Любасюк

МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ШКІРНОГО ТЕСТУВАННЯ З УМОВНО-ПАТОГЕННИМИ ГРИБАМИ ДЛЯ ОЦІНКИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ КЛІТИНОЇ ЛАНКИ ІМУННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

*Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
Вінницький обласний клінічний протитуберкульозний диспансер №1*

Туберкульоз визнаний ВООЗ глобальною проблемою, яка завдає більшості країн світу колосальних соціально-економічних збитків. У розвитку туберкульозного запалення велику роль відіграють імунопатологічні процеси. Антимікобактеріальна терапія при туберкульозі не стимулює захисні сили організму й не може в усіх випадках зумовити повне одужання хворих. Тому в значній частині з них відбувається поглиблення вторинного імунodefіцитного стану, що зумовлює погіршення клінічної картини захворювання, сприяє хронізації патологічного процесу, виникненню резистентності мікобактерій туберкульозу до антимікобактеріальних препаратів.

Метою дослідження було удосконалити діагностику порушень клітинної ланки імунітету в хворих на туберкульоз шляхом застосування внутрішньо шкірного мультитестування з антигенами умовно-патогенних грибів *Alternaria alternata*, *Cladosporium* sp., *Monilia sitophila*, *Chrysonilia sitophila*, *Botrytis cinerea*, *Aspergillus mixt* (*A.fumigatus*, *A.niger*), *Penicillium* sp.

До числа обстежуваних хворих увійшло 120 дорослих пацієнтів віком 18 — 60 років (103 чоловіки (85,8 %) та 17 (14,2 %) жінок, середній вік яких становив $(37,2 \pm 6,8)$ років) з різними формами (вогнищевою, інфільтративною, дисемінованою та фіброзно-кавернозною) і типами (вперше діагностований (ВДТБ), рецидив (РТБ), хронічний (ХТБ)) туберкульозного процесу в легенях. До групи порівняння увійшли 40 здорових добровольців віком 20–41 рік (32 чоловіки (80,0 %) та 8 жінок (20,0 %) із середнім віком $(31,2 \pm 4,6)$ роки).

Всім пацієнтам було виконане тестування з антигенами умовно — патогенних грибів *Alternaria alternata*, *Cladosporium* sp., *Monilia sitophila*, *Chrysonilia sitophila*, *Botrytis cinerea*, *Aspergillus mixt* (*A.fumigatus*, *A.niger*), *Penicillium* sp. з паралель-

ним виконанням реакції інгібіції міграції лейкоцитів (ІМЛ) до кожного з грибів після надходження пацієнта до стаціонару та через 90 днів лікування стандартною схемою хіміотерапії.

В цілому середня кількість позитивних тестів на одного пацієнта з ВДТБ склала $(2,95 \pm 0,90)$ тести до лікування та $(4,5 \pm 1,1)$ тести після 90 днів знаходження в стаціонарі. В підгрупі пацієнтів з РТБ результати склали $(2,65 \pm 0,53)$ тести на одного пацієнта до лікування та $(3,87 \pm 0,62)$ тести після нього, а серед пацієнтів з ХТБ — $(0,60 \pm 0,33)$ тести на одного пацієнта до лікування та $(1,1 \pm 0,62)$ тести при повторному обстеженні. В групі здорових осіб аналогічні результати склали $(6,65 \pm 0,56)$ тести на одного обстежуваного. Найбільш достовірно різницю між досліджуваними підгрупами та контрольною групою відображали антигени *Alternaria* sp., *Penicillium* sp., *Chrysonilia sitophila*, *Monilia sitophila*. При порівняльному аналізі даних тестування з окремими антигенами умовно-патогенних грибів в різних підгрупах обстежуваних найбільш достовірно різницю між підгрупами хворих відображали *Alternaria* sp., *Botrytis cinerea*, *Cladosporium* sp., *Monilia sitophila*.

В результаті кореляційного аналізу виявлено, що результати реакції ІМЛ корелюють з результатами шкірних проб з умовно-патогенними грибами з ступенем кореляційного зв'язку від слабкого до сильного в залежності від типу туберкульозного процесу та антигену.

Таким чином, результати реакцій гіперчутливості сповільненого типу до умовно-патогенних грибів *Alternaria alternata*, *Cladosporium*, *Monilia sitophila*, *Chrysonilia sitophila*, *Botrytis cinerea*, *Aspergillus mixt* (*A.fumigatus*, *A.niger*), *Penicillium* sp. div. можуть слугувати маркерами функціонального стану клітинної ланки імунітету в хворих на туберкульоз.

Н. К. Богуцька

КЛІНІЧНО-ПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА РАНЬОГО ДЕБЮТУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ДИТЯЧОМУ ВІЦІ

Буковинський державний медичний університет, м.Чернівці

Бронхіальна астма (БА) є найбільш поширеною хронічною хворобою в дітей та в 50–80 % випадків дебютує в віці до п'яти

років. Метою дослідження було встановити клінічно-психологічні відмінності БА за умови її початку до трирічного віку в

зіставленні з дебютом хвороби після шести років.

Для досягнення мети роботи з когорті дітей шкільного віку, хворих на персистуючу БА, за методом випадок-контроль сформовано дві клінічні групи спостереження залежно від віку дебюту захворювання. До першої (I), основної клінічної групи, ввійшли 19 дітей із фенотипом раннього початку БА (до трьох років), а другу (II) групу порівняння сформували 53 дітей із фенотипом БА пізнього дебюту (у шість років та пізніше). За віком, статтю, місцем мешкання, соціальними характеристиками родин групи порівняння статистично значуще не різнилися. Проведено комплексне клініко-алергологічне обстеження в поєднанні з даними психологічного дослідження дітей та їх родин (рівень шкільної тривожності дітей за шкалою Філіпса; алекситимія за Торонтською шкалою G. Taylor; діагностика батьківського ставлення А. Я. Варга та В. В. Столін). За радіоалергосорбентним тестом досліджено вміст специфічних IgE в сироватці крові та вивчено шкірну гіперчутливість за шкірними прик-тестами до 18 алергенів. Вибір та обстеження пацієнтів відповідали принципам біомедицинської етики в педіатрії.

Серед досліджених клінічних ознак встановлено асоціацію раннього дебюту БА з наявністю меншої за 2,5 кг ваги тіла при народженні та більшого за 22 кг/м² індексу маси тіла в шкільному віці; народження від третіх та наступних пологів; більшого за 0,3 у. о. генеалогічного індексу обтяженості сімейного анамнезу на atopічні захворювання та гіршої контрольованості нічних симптомів БА. З БА раннього дебюту статистично значуще асоціювало менш тривале грудне вигодовування ($p < 0,04$) та наявність харчової алергії в анамнезі ($p < 0,01$) з дещо частішими шкірними алергічними проявами. Маніфестація денних симптомів БА більше одного разу на місяць, а також застосування інгаляцій β_2 -агоністів більше чотирьох разів на тиждень

статистично значуще підвищували шанси діагностування БА раннього початку (відповідно співвідношення шансів (СШ) становило 14,7; 95 % ДІ: 1,6–132,6 та 4,1; 95 % ДІ: 1,1–16,1). При дослідженні сенсibilізації до кліщових, епідермальних, грибових, пилових (трав, дерев) алергенів, комашиного алергену таргана, встановлено тенденцію асоціації БА раннього початку лише з дещо вираженішою сенсibilізацією до мікроміцетів *Alternaria* та *Cladosporium*. Серед усіх досліджених особистісних та сімейних психохарактеристик БА раннього початку вирізняла наявність статистично значущої відмінності лише щодо балів такої схильної до розвитку психосоматичних розладів когнітивно-афективної особливості особистості як алекситимія. Зокрема, в дітей I групи цей показник становив $76,3 \pm 3,5$ проти $68,1 \pm 1,7$ у групі порівняння ($p < 0,03$). Алекситимічними вважали хворих, що набрали 74 і більше балів, менше 62 балів — неалекситимічними. Співвідношення шансів раннього дебюту БА за умови наявності алекситимії в дитини становило 1,3; 95 % ДІ: 0,4–4,7. Виразеність алекситимії знаходилась у прямій кореляційній залежності з середньою кількістю нападів на рік ($r = 0,36$; $p < 0,05$), проявами харчової алергії ($r = 0,36$; $p < 0,05$), а також негативнішим ставленням як до госпіталізації ($r = 0,37$; $p < 0,04$), так і до необхідності щоденного прийому ліків ($r = 0,26$; $p < 0,05$).

При аналізі клінічно-психологічних характеристик персистуючої БА з початком до трирічного віку встановлено її асоціацію, насамперед, із виразнішими клінічними денними симптомами та частішим застосуванням бронходилататорів, а також більшими балами алекситимії. Саме наявність такої психохарактеристики може обумовлювати нижчий комплаєнс пацієнта із раннім дебютом БА щодо дотримання вимог базисної терапії та, відповідно, виразнішу клінічну симптоматику.

А. В. Бойко

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Щороку масова вакцинація дітей в Україні супроводжується випадками розвитку ускладнень різного ступеня тяжкості. Виникає необхідність зрозуміти причини тенденції, що намітилася — обтяження наслідків масової вакцинації.

Сьогодні ми народжуємося, живемо, хворіємо і т. д. в умовах перебігу двох взаємопов'язаних пандемій: ВІЛ/СНІДу та туберкульозу. Причому обидві мають стійку тенденцію до подальшого поширення. Збудники зазначених інфекцій зачіпають основні механізми захисту людини, починаючи від імунної системи до геному. Природу ускладнень, які виникають у ході масових вакцинацій, допоможуть зрозуміти знання про вакцинальний процес. Однією з дивовижних особливостей імунної системи є феномен імунологічного імпринтингу, який вперше був описаний Francis в 1953 р. Суть його полягає в тому, що кожен антиген являє собою кілька епітопів (ділянок антигену, що відрізняються між собою). У відповідь на потрапляння антигену в організм людини утворюються хімічні гетерогенні антитіла, які розрізняються своєю специфічністю. Але якщо клональність антигену обмежена, то він індукує маловідмінну імунну відповідь. При попаданні в організм іншого антигену, що має структурну подібність до першого, імунна система відповідає синтезом антитіл не на другий, а на перший антиген. Тобто, на практиці виходить, що при потраплянні в організм вірусу, що має деяку, навіть мінімальну, схожість з попереднім збудником, організм його «не бачить», а антитіла виробляє на вже знайомий антиген. Це призводить до обтяження інфекційного процесу (адже антитіла на новий патоген не виробляють-

ся) і більш легкого поширення вірусу в людській популяції. Такий феномен спостерігається при грипі, лептоспірозі, малярії, ВІЛ-інфекції, лихоманці Денге, ентеровірусній інфекції.

Абсолютно доведено, що в людині мікробного більше, ніж плотського, так як кількість мікроорганізмів (бактерій, вірусів, найпростіших), що населяють її організм, в 100–1000 разів більше, ніж клітин людського організму. Вивільнення живого організму від бактерій (що багаторазово підтверджено в дослідах на тваринах) призводить до його загибелі, а що стосується людини, то навіть невеликі відхилення в кількості або складі деяких представників мікробного світу в його організмі призводять до розвитку серйозних захворювань. Вся сукупність мікроорганізмів (мікробіота), що покривають тіло людини як зсередини, так і ззовні (як рука в рукавичці), визначає життєдіяльність людини й сьогодні позначається як «невидимий орган людського організму». Мікроорганізми й продукти їхньої життєдіяльності, незважаючи на досить суворе закріплення кожного з них за певним місцем в людському тілі, володіють тим не менше здатністю переміщатися по всьому організму.

До теперішнього часу багато збудників змінили свою стратегію виживання в людському організмі, з'явилися нові збудники. Є ще один феномен: антитілозалежне посилення інфекції, суть якого полягає в тому, що вірусспецифічні антитіла зв'язують вірус і за допомогою взаємодії з рецепторами, розташованими на поверхні клітин, посилюють не тільки його проникнення в фагоцитуючі клітини, але в окремих випадках — і його реплікацію. Цей феномен характерний для збудників ВІЛ,

лихоманок Ебола й Марбурга, гепатиту С, кору, жовтої лихоманки та ін.

Одним з найбільш реальних інструментів у протистоянні тотальної агресії мікроорганізмів може бути вакцинація.

Дженнер дав нам ідею, все інше в вакцинації повинно будуватися тільки на підставі вже відкритих сьогодні нових імунологічних феноменів з використанням інших можливостей, які є в наявності й які, безумовно, будуть відкриті в майбутньому.

А. В. Бойко, І. О. Сем'янів

ПЕРСПЕКТИВИ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПОЗАЛЕГЕНЕВИХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

На тлі контролю за ситуацією щодо легеневого туберкульозу в Україні актуальною проблемою залишається питання діагностики позалегенового туберкульозу (ПЛТБ). Епідемічна ситуація висуває на передній план необхідність використання швидких методів діагностики.

Основні недоліки традиційної прямої мікроскопії мазка (низька чутливість і специфічність), а також культурального дослідження (велика тривалість отримання результату) подолано у новому методі, відомий як мікроскопічний метод виявлення медикаментозної чутливості. У пошуках біомаркерів активного процесу в крові або сечі для діагностики непродуктивного й позалегенового ТБ як потенційний біомаркер ТБ у сечі запропоновано застосовувати мікобактеріальний ліпоарабіноманан — термостійний глюкотеїд. Його виділяють метаболічно активні МБТ, і після фільтрації нирками він потрапляє в сечу.

Для виявлення ДНК *Mycobacterium tuberculosis complex* (*Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium bovis*, *Mycobacterium bovis* BCG, *Mycobacterium africanum*, *Mycobacterium microti*) в клінічному матеріалі (промивні води бронхів, харкотиння, сеча) методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) з електронною електрофоретичною детекцією продуктів ампліфікації в агарозному гелі є в наявності та використовуються в Україні набори реагентів «АмпліСенс® МБТ-EPH». Проводиться повний аналіз, включаючи виділення ДНК із клінічного матеріалу, ПЛР-ампліфікації ДНК та детекції продуктів ПЛР-ампліфікації методом електрофорезу в агарозному гелі. Також застосовується для виявлення ДНК МБТ набір реагентів «АмпліСенс® МТС-FL», у різних видах клінічного матеріалу, культурах мікроорганізмів та об'єктах оточуючого середовища, методом ПЛР з гібридаційно-флуоресцентною детекцією.

У рамках реалізації загальнодержавної програми передбачено закупівлю обладнання для молекулярно-генетичної діагностики ТБ. Новітня молекулярна платформа Xpert MTB/RIF, яка пройшла апробацію в країнах з низьким і середнім рівнями економічного розвитку, визнана тестом першого ряду для осіб із підозрою на МРТБ або ВІЛ-асоційований ТБ і тестом для подальшого дослідження негативних мазків мокротиння інших пацієнтів. Впровадження Xpert MTB/RIF на теренах нашої держави й, зокрема, в нашій області не вимагає ні тривалої підготовки медичного персоналу, ні сучасних лабораторій, ні новітніх методів біологічного захисту й є надзвичайно перспективним.

Одним із методів імунодіагностики ТБ є відомий тест вивільнення γ -інтерферону. Маркер дає змогу відрізнити інфікування від хвороби й визначити різні фази захворювання, може бути корисним не тільки для діагностики, а також для оцінки ефективності вакцинації.

Перспективними є окремі генетичні дослідження, в яких намагаються використовувати експресію генів хазіяїна в клітинах крові хворих на ТБ для визначення гена, специфічного для цієї недуги, який згодом можна було б застосувати для створення діагностичного тесту й, можливо, диференціації стадій захворювання. Виявлено набір з 4 генів які, можливо, допоможуть відрізнити пацієнтів із активною формою ТБ, осіб із латентною інфекцією й тих, хто раніше отримував антимікобактеріальну терапію, а також набір із трьох різних генів за допомогою якого можна відрізнити пацієнтів із активним ТБ від інфікованих і здорових. Альтернативним методом є вивчення генної експресії в клітинах, що вперше стимулюються специфічними антигенами МБТ. За цим методом можна відрізнити осіб із латентною туберкульозною інфекцією від пацієнтів з активним ТБ, визначивши експресію всього лише 3 генів.

Д. М. Бойко

БРОНХІАЛЬНА АСТМА У СПОРТСМЕНІВ — ПРОБЛЕМА, ЩО ПОТРЕБУЄ ВИРІШЕННЯ

Вищий державний навчальний заклад України "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

Бронхіальна астма (БА) являє собою хронічне запальне захворювання дихальних шляхів, спричинене значною кількістю клітин та медіаторів запалення. Хронічне запалення поєднується з гіперреактивністю бронхів, що проявляється рецидивуючими симптомами свистячого дихання, ядухи, відчуттям скрутості в грудній клітці, кашлем, особливо вночі та рано вранці. Незважаючи на досить істотний рівень знань щодо особливостей формування БА в спортсменів, етіопатогенез даної патології має певні відмінності. Гіпотеза виникнення БА в спортсменів ґрунтується на ушкодженні епітелію дихальних шляхів та порушенні регенеративних процесів через тривалу гіпервентиляцію внаслідок регулярних тренувань (Carlsen K. H., 2012). Контакт з поллютантами та холодним повітрям — є обтяжуючими факто-

рами, що посилюють запалення в дихальних шляхах за участі нейтрофілів, еозинофілів, Т-лімфоцитів, макрофагів й, як наслідок посилюється продукція гістаміну, цистеніл-лейкотриєнів, виникає гіперсекреція слизу келихоподібними клітинами. Усі вище наведені зміни сприяють появі гіперреактивності дихальних шляхів та посилення симптомів БА.

Нині зростає цікавість наукової спільноти до проблеми БА в спорті. Цьому сприяє значна розповсюдженість симптомів астми серед спортсменів. Так, майже у 69 % плавців та 28 % атлетів зимових видів спорту спостерігаються ознаки бронхіальної гіперреактивності при проведенні проби з метахоліном (Fitch D. K., et al., 2008), а частота виникнення БА у спортсменів-біатлоністів наростає зі стажем активного заняття спор-

том та інколи перевищує 30 % бар'єр (Bougault V. et al., 2009). Перебіг БА у спортсменів може супроводжуватись фатальними наслідками. Фатальна астма спостерігається частіше у осіб 10–20 річного віку чоловічої статі, рівно як серед професіоналів, так і серед любителів (Becker J. M. et al., 2004).

В Україні проблема БА у спортсменів розкрита недостатньо та потребує глибокого дослідження. Перш за все необхідно поши-

рювати інформацію щодо цієї проблеми в профільних колах та серед спортсменів. А також ширше запроваджувати в рутинну практику обстеження атлетів (особливо зимових видів спорту, плавців) міжнародні стандарти для скринінгу та діагностики БА фізичного навантаження. Такі заходи сприятимуть підвищенню безпечності занять спортом, а в окремих випадках допоможуть оптимізувати професійну діяльність елітних спортсменів.

М. Г. Бойко, Д. М. Бойко АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ САРКОЇДОЗУ

Вищий державний навчальний заклад України "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

Саркоїдоз — полісистемний гранулематоз невідомої етіології, що проявляється різноманітними клінічними симптомами. Відсутність специфічних діагностичних тестів, значно ускладнює встановлення діагнозу. Невід'ємною складовою лікувально-діагностичного процесу при саркоїдозі є визначення ступеня активності захворювання, а також комплексний прогноз перебігу патології з урахуванням факторів, що обтяжують її перебіг.

Мета роботи: дослідити особливості клінічних проявів у хворих на саркоїдоз та виокремити симптоми й фактори, що здатні віддзеркалювати ступінь активності захворювання та моделювати його перебіг.

Дослідження проведено за участі 42 хворих на саркоїдоз легень. Пацієнтам виконано комплексне клінічне, лабораторне, інструментальне обстеження, включаючи спіральну

комп'ютерну томографію органів грудної клітки. Окремим пацієнтам виконано гістологічну верифікацію діагнозу.

За результатами спостереження було виявлено, що у пацієнтів жіночої статі спостерігається тенденція до збільшення ступеня тяжкості захворювання, що обумовлює зростання частки скарг на задишку. Рівень кашлю має тенденцію до зростання, зі збільшенням активності патологічного процесу, незалежно від статі. Наявність об'єктивних ознак активності саркоїдозу (підвищення температури тіла, артрит/артралгії) асоціюється зі змінами в показниках загального аналізу крові (збільшення швидкості осідання еритроцитів). Відсутність контакту з зовнішніми шкідливими чинниками (органічний пил, випари нафтопродуктів, пари хлору, пил та сажа, скловолокно) асоціюється з більш легким перебігом саркоїдозу незалежно від статі пацієнта.

В. Г. Бондаренко, А. В. Ещенко, Д. В. Безручко, А. Н. Бондаренко, А. А. Краевская К ВОПРОСУ О СМЕРТНОСТИ БОЛЬНЫХ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

В новом тысячелетии туберкулез является одной из ведущих, наряду с инфекцией, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), причин смертности среди инфекционных болезней и остается приоритетной проблемой здравоохранения во всех странах мира. Микобактериями туберкулеза инфицирована треть населения Земного шара, среди которых 14 миллионов одновременно инфицированы ВИЧ-инфекцией. В последние годы возрастает количество случаев ВИЧ-ассоциированного туберкулеза, нередко с летальным исходом. При всем многообразии клинических проявлений синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД), туберкулез протекает атипично, злокачественно и быстро прогрессирует, что затрудняет диагностику.

Целью работы было изучение факторов, которые способствуют летальному исходу ВИЧ-ассоциированного туберкулеза.

Нами проанализированы 32 истории болезни умерших от СПИД-туберкулеза среди 116 впервые выявленных пациентов в 2012 году. По возрасту преобладали лица от 30 до 40 лет — 18 (56,2 %), мужского пола — 23 (71,9 %), преимущественно городские жители — 22 (69 %), инфицированные парентеральным путем — 24 (75 %). Большая половина из них не работала, не имела средств для существования, все были разведены, не имели своего жилья, жили с родителями.

Среди клинических форм преобладал диссеминированный туберкулез — 15 случаев (47 %). У 4 (12,5 %) диагностирован диссеминированный туберкулез, осложненный плевритом, у 3 (9,4 %) — милиарный туберкулез легких, у 8 (25 %) — инфиль-

тративный туберкулез легких, по 1 случаю — туберкулезная эмпиема и туберкулез внутригрудных лимфатических узлов.

У каждого умершего было по 2–3, а то и 4 оппортунистических инфекции: кандидоз полости рта и пищевода — 29 случаев (90,6 %), лейкоплакия — 5 (15,6 %), пневмония — 6 (19 %), анемия — 5 (15,6 %), цирроз печени — 4 (12,5 %), токсоплазмоз — 1 случай, иммуносупрессия — 22 (69 %), герпес, лихорадка и другие.

Лечение проводилось согласно приказу МОЗ Украины № 276 от 28.05.2008 года «Об утверждении клинического протокола «Оказания медицинской помощи больным с сочетанными заболеваниями туберкулезом и ВИЧ-инфекцией». В лечении данной категории больных имелись значительные сложности, часть больных неадекватно относится к своему заболеванию, большая половина употребляют психоактивные препараты и не придерживаются режима лечения. У значительной части больных наблюдается непереносимость противотуберкулезных препаратов в силу выраженных аллергических и гепатотоксических реакций, что вынуждает прервать лечение.

В лечении нередко отмечается несовместимость противотуберкулезных препаратов (особенно рифампицина) с антиретровирусными препаратами. Следует отметить, что все умершие больные выявлены на 4 стадии ВИЧ-инфекции, при выраженной иммуносупрессии, туберкулезной интоксикации, распространенных форм туберкулеза и оппортунистических инфекций. Несмотря на проводимое лечение, терапия оказалась неэффективной, и пациенты умирали от прогрессирования СПИДа и сочетанных заболеваний. Следовательно, эта проблема подлежит дальнейшему изучению.

Т. Я. Бондаренко, М. М. Островський

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ІЛ-6 В БРОНХО-АЛЬВЕОЛЯРНОМУ ВМІСТІ В ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ БРОНХІТ, УСКЛАДНЕНИЙ ВТОРИННИМИ БРОНХОЕКТАЗАМИ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Актуальність теми. Однією з актуальних проблем сьогодення пульмонології є збільшення захворюваності на хронічний бронхіт. Функціонування імунної системи, сурфактанту легень, локальних бар'єрних факторів захисту слизових оболонок бронхіального дерева при даній недугі тісно пов'язані між собою. Періодична активація запального процесу, тобто генерація фази загострення ХБ, супроводжується змінами у системі бронхолегеневого захисту і реактивності організму. ІЛ-6 є одним із найбільш активних цитокінів, які беруть участь у реалізації імунної відповіді та запальної реакції, стимулює вироблення фібриногену, С-реактивного протеїну та інших прозапальних білків. Вивчення динаміки такого показника інтерлейкінового профілю як ІЛ-6, може слугувати критерієм якості та ефективності проведеного лікування загострення хронічного бронхіту, а особливо при його ускладненні вторинними бронхоектазами.

Мета роботи: оцінка динаміки ІЛ-6 в процесах фази загострення хронічного бронхіту, ускладненого вторинними бронхоектазами.

Матеріал і методи. Обстежено 34 хворих на хронічний бронхіт, ускладнений вторинними бронхоектазами та 30 хворих на хронічний бронхіт без вторинних бронхоектазів.

Всі обстежені хворі на хронічний бронхіт із вторинними бронхоектазами були розподілені на дві групи в залежності від призначеного їм лікування. І-а група порівняння складалася з 14 хворих, котрі лікувалися за загальноприйнятими методиками, без використання імуномодулятора. ІІ-а дослідна група — 20 хворих, які додатково отримували глюкозамінілмураміддипептид: сублінгвально 1 мг, 1 раз на добу, курсом 10 днів. Дослідження проводили до хвороби та на 14 добу лікування.

Контрольну групу склали 15 практично здорових осіб (ПЗО) без наявних ознак захворювань респіраторно-вентиля-

ційного тракту та іншої патології внутрішніх органів.

Матеріалом дослідження був бронхо-альвеолярний змив, який отримували при проведенні фібробронхоскопії (ФБС) методом імуноферментного аналізу на аналізаторі "StatFax 303 Plus" за допомогою реагентів "ПроКон" (ТЗОВ "Протеїновий контур", Росія).

Результати. Проведені дослідження показали, що при загостренні хронічного бронхіту, ускладненого вторинними бронхоектазами в бронхо-альвеолярному вмісті рівень ІЛ-6 в 1,22 рази ($p < 0,05$) вищий від показників хворих на хронічний бронхіт без бронхоектазів.

У пацієнтів котрі отримували лікування без включення глюкозамінілмураміддипептиду на 14 добу рівень ІЛ-6 залишився в 1,4 рази ($p < 0,05$) вищим норми. Більш виражені позитивні зміни рівня ІЛ-6 встановлені при додаванні глюкозамінілмураміддипептиду у комплексне лікування, тоді його рівень на 14 добу був лиш на 9 % більшим ($p < 0,05$) за дані у ПЗО, що перевершило ефект лікування у групі порівняння на 28 % ($p < 0,05$). Використання препарату глюкозамінілмураміддипептиду у якості складової комплексного лікування фази загострення хронічного бронхіту, ускладненого вторинними бронхоектазами, проявилася швидким регресом клінічної симптоматики патології та позитивнішими змінами даних лабораторної динаміки.

Висновки. Наявність вторинних бронхоектазів при хронічному бронхіті супроводжується більш вираженим підвищенням рівня ІЛ-6. Застосування глюкозамінілмураміддипептиду в комплексному лікуванні загострення хронічного бронхіту, ускладненого вторинними бронхоектазами, супроводжується достовірно якіснішою нормалізацією показника ІЛ-6 у бронхо-альвеолярному вмісті хворих.

Т. Я. Бондаренко, М. М. Островський

РІВЕНЬ ЛІЗОЦИМУ В БРОНХО-АЛЬВЕОЛЯРНОМУ ВМІСТІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ БРОНХІТ, УСКЛАДНЕНИЙ ВТОРИННИМИ БРОНХОЕКТАЗАМИ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Кафедра фтизіатрії і пульмонології з курсом професійних хвороб

Актуальність теми. Захворювання органів дихання є однією з найбільш розповсюджених патологій та провідною причиною смерті в більшості країн світу. Серед них хронічний бронхіт (ХБ) зустрічається в 10–47 % населення планети. В Україні на хронічний бронхіт хворіє більше трьох мільйонів людей. За даними епідеміологічних досліджень загострення хронічного бронхіту зустрічається від 1 до 4 разів на рік. Ця патологія посідає одне з провідних місць за кількістю днів непрацездатності та інвалідизації пацієнтів. Сьогодні перед медициною стоїть дедалі більше завдань щодо необхідності впровадження нових методик ранньої діагностики, ефективного лікування хронічного бронхіту йчасної профілактики можливого виникнення ускладнень.

Лізоцим — це ферментноактивна сполука з антибіотичними властивостями, відкрита ще в 1922 р. О.Флемінгом. Вивчення такого потужного антибактеріального бар'єру, яким є лізоцим, може слугувати критерієм якості та ефективності проведеного лікування загострення хронічного бронхіту, так і загострень хро-

нічного бронхіту, ускладненого вторинними бронхоектазами.

Мета роботи: оцінка впливу препарату — **глюкозамінілмураміддипептиду** як елемента комплексної терапії, на динаміку рівнів лізоциму бронхо-альвеолярного вмісту в хворих на хронічний бронхіт, ускладнений вторинними бронхоектазами.

Матеріал і методи. Обстежено 34 хворих на хронічний бронхіт, ускладнений вторинними бронхоектазами та 30 хворих на хронічний бронхіт, без вторинних бронхоектазів.

Всі обстежені хворі на хронічний бронхіт із вторинними бронхоектазами були розподілені на дві групи в залежності від призначеного їм лікування. І-а група порівняння складалася з 14 хворих, котрі лікувалися за загальноприйнятими методиками, без використання імуномодулятора. ІІ-а дослідна група — 20 хворих, які додатково отримували глюкозамінілмураміддипептид: сублінгвально 1 мг, 1 раз на добу, курсом 10 днів. Дослідження проводили до хвороби та на 14 добу лікування.

Контрольну групу склали 15 практично здорових осіб

(ПЗО) без наявних ознак захворювань респіраторно-вентиляційного тракту та іншої патології внутрішніх органів.

Матеріалом дослідження був бронхо-альвеолярний вміст (БАВ), отриманий при проведенні фіброbronхоскопії в якому визначали рівень лізоциму за методом О. В. Бухаріна (1974).

Результати. Проведені дослідження показали, що при загостренні хронічного бронхіту, ускладненого вторинними бронхоектазами у бронхо-альвеолярному вмісті рівень лізоциму в 2,8 рази ($p < 0,05$) нижчий від показників хворих на хронічний бронхіт без бронхоектазів.

У пацієнтів котрі отримували лікування без включення **глюкозамінілмураміддипептиду** на 14 добу рівень лізоциму

залишився в 1,7 рази ($p < 0,05$) нижчим норми.

Більш виражені позитивні зміни рівня лізоциму встановлені при додаванні **глюкозамінілмураміддипептиду у комплексне лікування**, тоді його рівень на 14 добу був лиш на 8 % меншим ($p < 0,05$) за дані в ПЗО, що перевершило ефект лікування в групі порівняння на 36 % ($p < 0,05$).

Висновки. Наявність вторинних бронхоектазів при хронічному бронхіті супроводжується більш різкою депресією рівнів лізоциму. Застосування **глюкозамінілмураміддипептиду в комплексному лікуванні загострення хронічного бронхіту, ускладненого вторинними бронхоектазами** супроводжується достовірно кращим відновленням лізоциму у **бронхо-альвеолярному** вмісті хворих.

Л. І. Борисова, С. В. Любасюк

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ У ЛІКВІДАТОРІВ АВАРІЇ НА ЧАЕС ТА НАСЕЛЕННЯ ЗОН РАДІОЕКОЛОГІЧНОГО КОНТРОЛЮ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

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

Метою нашого дослідження було вивчення ефективності терапії при туберкульозі легень (ТБЛ) у хворих, що мешкають на забрудненій радіонуклідами території та учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС. Вивчено результати лікування ТБЛ у 43 «ліквідаторів» аварії (1 група), у 47 мешканців зон радіоекологічного контролю (2 група) та відносно чистих районів (3 група). Вогнищева форма ТБЛ була діагностована у 12 (27,9 %) осіб 1-ї, 8 (17 %) осіб 2-ї та 8 (16,7 %) осіб 3-ї групи, інфільтративна — відповідно в 16 (37,2 %), 12 (27,7 %) і 17 (35,4 %), дисемінована — у 9 (20,9 %), 22 (46,7 %) і 20 (41,7 %), фіброзно-кавернозна — у 2 (4,7 %) в 1-ї та 1 (2,1 %) в 3-їй групах. Ексудативний плеврит був виявлений у 3 (7 %), 3 (6,4 %) і 1 (2,1 %) відповідно в 1-ї, 2-їй і 3-їй групах, первинний туберкульоз по 1 випадку в кожній групі (2,3 %, 2,1 % і 2,1 %). Вказані групи обстежених суттєво не відрізнялися між собою за статтю й віком.

Виразеність інтоксикаційного синдрому в балах істотно не відрізнялася в усіх групах ($0,87 \pm 0,9$ в 1-їй, $0,56 \pm 0$ в 2-їй і $0,62 \pm 0,8$ в 3-їй групі), тоді як виразеність бронхолегеневого синдрому була більшою в 1-їй групі ($0,74 \pm 0,8$) та в 2-їй групах ($0,72 \pm 0,6$) порівняно з 3-юю групою ($0,55 \pm 0,5$) бали відповідно. У загальному аналізі крові рівень гемоглобіну в осіб 1-ї групи був $114,0 \pm 17,3$ г/л, у 2-їй групі — $116,8 \pm 15,1$ г/л, а в 3-їй групі — $120,5 \pm 14,7$ г/л. Абсолютний вміст лейкоцитів при цьому становив $6,7 \pm 2,4 \times 10^9$ /л у хворих 1-ї групи, $7,0 \pm 2,7 \times 10^9$ /л у хворих 2-ї групи, $8,3 \pm 2,7 \times 10^9$ /л у хворих 3-ї групи. Рівень показника ШОЕ на момент госпіталізації у ліквідаторів аварії був $27,6 \pm 20,9$ мм/год, у жителів забруднених районів — $27,0 \pm 18,6$ мм/год, у мешканців відносно чистих регіонів — $25,4 \pm 15,4$ мм/год. Деструктивні зміни легеневої паренхіми спостерігалися у 44,2 % хворих 1-ї групи, 46,8 % хворих 2-ї та 50,0 % хворих 3-ї групи.

Бактеріовиділення було в 44,2% (1 група), 42,6% (2 група) і 45,8% (3 група) обстежених хворих.

В результаті лікування хворих на ТБЛ, яке проводилося за схемою, розробленою для кожної категорії хворих згідно «Протоколу надання медичної допомоги хворим на туберкульоз» (Наказ МОЗ України №1091) динаміка проявів інтоксикаційного синдрому після закінчення інтенсивної фази лікування особливо не відрізнялася між собою в усіх трьох групах, тоді як виразеність бронхолегеневого синдрому в осіб в 1-їй групі становила $0,15 \pm 0,4$, в 2-їй групі — $0,11 \pm 0,3$, в 3-їй групі — $0,06 \pm 0,2$ бали відповідно.

Позитивна динаміка показників крові після закінчення інтенсивної фази лікування також суттєвих відмінностей не виявила в усіх групах хворих. При цьому бактеріовиділення зберігалось у 11,6 % хворих на ТБЛ ліквідаторів, у 10,6 % мешканців зон радіоекологічного контролю та лише в 2,1 % жителів відносно чистих районів. Позитивна рентгенологічна динаміка з боку органів дихання мала місце 76,7 % обстежених в 1-їй групі та 83,0 % й 85,4 % хворих 2-ї й 3-їй груп відповідно. Рубцювання або суттєве зменшення розмірів деструкції легеневої паренхіми спостерігалися в 37,2 % обстежених у 1-їй групі, 42,6 % — в 2-їй та 47,9 % — в 3-їй групах.

Отже, при рівнозначних вихідних даних у ліквідаторів аварії на ЧАЕС і жителів зон радіоекологічного контролю після закінчення інтенсивної фази лікування зберігалися вираженіші клінічні симптоми бронхолегеневого ураження легень, частіше спостерігалися бактеріовиділення та менш вираженою була частота позитивних рентгенологічних змін з боку органів дихання, що потребує подальшого вивчення цієї проблеми та підвищення ефективності лікування відповідних контингентів.

Л. О. Будовська, Н. В. Ревунова, З. Д. Андрєєва, В. А. Руденко, М. П. Абашидзе ВПЛИВ L-АРГІНІНУ ТА РЕОСОРБІЛАКТУ НА СТАН ЦИТОКІНІВ У ХВОРИХ ІЗ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ, ПОЄДНАНОЮ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Широка розповсюдженість бронхіальної астми в світі, хронічний перебіг, необхідність тривалого, «базисного», лікування зумовлює досить часте її поєднання з іншими хворобами, а саме

— з серцево-судинною патологією. Тому досить часто виникає сполучення бронхіальної астми (БА) з ішемічною хворобою серця (ІХС), що ускладнює лікування обох захворювань.

Мета роботи: вивчити стан цитокінів під впливом лікування БА, поєднаної з ІХС, в періоді загострення БА препаратами реосорбілакт і сиропу L-аргініну (тівортін).

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 79 хворих на БА, поєднану з ІХС, дифузним кардіосклерозом, у віці ($52,3 \pm 3,4$) р., у періоді середньотяжкого загострення БА. Діагноз БА і форми ІХС, ступінь тяжкості БА та її загострення, обсяг засобів лікування встановлювались у відповідності з діючими міжнародними рекомендаціями.

Для оцінки стану цитокінів у хворих досліджували вміст інтерлейкінів (IL) IL-2, IL-4 та γ -інтерферону (γ -IFN). Лікування хворих групи порівняння (39 осіб) проводилося тільки базисними засобами терапії БА та ІХС. Пацієнтам основної групи (40 чол.) до базисних засобів додавали реосорбілакт внутрішньовенно крапельно в дозі 200 мл 1 раз на добу протягом 7 днів. Сироп L-аргініну застосовували перорально по 1 мірній ложці 3 рази на добу. Контрольну групу склали 30 практично здорових особи того ж вікового та гендерного діапазонів.

Результати та їх обговорення. Комплексна терапія пацієнтам

дослідної групи з додатковим введенням препаратів реосорбілакт та L-аргініну надала більш значущий позитивний ефект на клінічні та патогенетичні показники. Після терміну лікування IL-2 зменшився до ($14,3 \pm 1,2$) пг/мл та був у 1,3 рази менше ($p < 0,05$), ніж в групі порівняння. Вміст γ -IFN у сироватці крові осіб із дослідної групи також зменшився більш значущо відносно такого в хворих групи порівняння — у 3,2 рази ($p < 0,01$) до ($17,3 \pm 1,5$) пг/мл. Значення IL-4 у сироватці крові хворих дослідної групи зазнавали найменш суттєвої динаміки — знизилися тільки у 1,3 рази ($p < 0,05$) від вихідних, проте, досягли верхньої межі референтної норми у більшості хворих. Співвідношення IL-4/ γ -IFN у осіб дослідної групи наприкінці терміну комплексного лікування вірогідно зросло у 2,5 ($p < 0,01$) рази і дорівнювало значенням практично здорових осіб — ($3,03 \pm 0,3$).

Висновки. Таким чином, у пацієнтів із БА, поєднаною з ІХС, дифузним кардіосклерозом, у періоді загострення БА, комплексне лікування із додаванням до базисних засобів лікування БА та ІХС, реосорбілакт та тівортину надавало більш значущий позитивний ефект.

B

Ю. М. Валецький

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ОРГАНІВ ДИХАННЯ В 2000–2012 РОКАХ

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Волинське обласне територіальне медичне протитуберкульозне об'єднання, м. Луцьк*

Мета дослідження: вивчити розповсюдженість бронхіальної астми (БА) серед дорослих хворих на вперше діагностований туберкульоз органів дихання (ВДТБ) та виявити деякі особливості її перебігу.

Матеріали та методи. Ми проаналізували на предмет наявності супутньої патології медичну документацію всіх хворих на ВДТБ, які були взяті з цього приводу на облік у Волинському обласному територіальному медичному протитуберкульозному об'єднанні з 2000 до 2012 року. За цей період (13 років) діагноз ВДТБ був встановлений 7807 жителям Волинської області (у 2000 році — 540 випадків, у 2001 — 555 випадків, у 2002 — 593 випадки, у 2003 — 587 випадків, у 2004 — 621 випадок, у 2005 — 681 випадок, у 2006 — 725 випадків, у 2007 — 667 випадків, у 2008 — 645 випадків, у 2009 — 623 випадки, у 2010 — 554 випадки, у 2011 — 511 випадків, у 2012 — 505 випадків). Чоловіків було 4840 (61,99 %), жінок — 2967 (38,01 %). Міських мешканців було 3291 (42,15 %), сільських — 4432 (56,74 %), без визначеного місця проживання — 84 (1,08 %). Вік хворих коливався від 18 до 75 років, у середньому ($42,06 \pm 3,18$) роки.

Результати та обговорення. Нами встановлено, в 2000 році із 540 хворих, у яких був ВДТБ, на БА хворіли 20 (3,70 %) чоловік; у 2001 році з 555 хворих на ВДТБ на БА хворіли 21 (3,78 %) чоловік; у 2002 році із 593 хворих на ВДТБ на БА хворіли 23 (3,88 %) чоловіки; у 2003 році із 587 хворих на ВДТБ на БА хворіли 23 (3,92 %) чоловіки; у 2004 році із 621 хворого на ВДТБ на БА хворіли 25 (4,03 %) чоловік; у 2005 році із 681 хворого на ВДТБ на БА хворіли 28 (4,11 %) чоловік; у 2006 році з 725 хворих на ВДТБ на БА хворіли 30 (4,14 %) чоловік; у 2007 році з 667 хворих на ВДТБ на БА хворіли 29 (4,35 %) чоловік; у 2008 році з 645 хворих на ВДТБ на БА хворіли 30 (4,65 %) чоловік; у 2009 році з 623 хворих

на ВДТБ на БА хворіли 31 (4,97 %) чоловік; у 2010 році з 554 хворих на ВДТБ на БА хворіли 28 (5,04 %) чоловік, у 2011 році із 511 хворих на ВДТБ на БА хворіли 27 (5,28 %) чоловік, у 2012 році з 505 хворих ВДТБ на БА хворіли 28 (5,54 %) чоловік.

Отже, із 7807 хворих на ВДТБ, які були виявлені протягом останніх 13 років (2000–2012 роки), БА, як супутня патологія, мала місце в 343 (4,39 %) пацієнтів. З них у 33 (9,62 %) осіб обидва захворювання діагностовані одночасно, а в інших 310 (90,38 %) пацієнтів стаж БА становив від 1 до 39 років (у середньому — $11,41 \pm 0,97$ років); 1-а ступінь БА була в 39 (11,37 %) хворих, 2-а ступінь БА була в 219 (63,85 %) хворих, 3-я ступінь БА була в 75 (21,87 %) хворих, 4-а ступінь БА була в 10 (2,91 %) хворих.

Частота виявлення деструктивних форм у хворих на ВДТБ у поєднанні з БА зустрічалась на 6,87 % частіше, ніж у пацієнтів без поєднання цих патологій (39,98 % проти 33,11 %, $p < 0,05$), проте відсоток бактеріовиділювачів статистично достовірно не відрізнявся (50,39 % проти 48,19 %, $p > 0,05$).

Висновки: 1. Розповсюдженість БА серед хворих на ВДТБ останні 13 років (2000–2012 роки) у Волинській області становить $4,39 \pm 0,10$ %.

2. Останні 13 років спостерігається щорічна стійка тенденція до зростання розповсюдженості БА в хворих на ВДТБ у Волинській області.

3. Розповсюдженість БА у хворих на ВДТБ майже в 8 разів вища, ніж у загальному по Україні.

4. Є потреба в подальшій розробці заходів з профілактики та лікування туберкульозу в хворих на БА.

5. Є потреба у вивченні причин тенденції до зростання розповсюдженості БА в хворих на туберкульоз органів дихання.

Н. В. Вантюх, Г. М. Павлович

ВПЛИВ ГАЛОАЕРОЗОЛЬТЕРАПІЇ, ПОЄДНАНОЇ З ІНГАЛЯЦІЯМИ ІМУНОМОДУЛЯТОРА БЛАС-ТОЛЕНУ, НА КЛІТИННИЙ ІМУНІТЕТ ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ

Державна установа "Науково-практичний медичний центр "Реабілітація" МОЗ України", м. Ужгород

У наш час відзначається неухильне зростання кількості антибіотико-резистентних штамів бактерій, яке відбувається на фоні зниження опірності людського організму, що зумовлює необхідність прийому імунокорегуючих препаратів. З огляду на це, вельми актуальними, особливо у період реконвалесценції, стають дослідження, спрямовані на розробку й впровадження в медичну практику імунореабілітаційних лікувальних комплексів (ЛК), які б поєднували немедикаментозне лікування та неінвазивні шляхи введення сучасних імуномодуляторів з метою отримання найкращого ефекту.

Мета роботи: вивчення впливу відновлювального лікування на основі штучних аерозольних середовищ кам'яної солі (галоаерозольтерапії — ГАТ), поєднаних з інгаляційним призначенням імуномодулятора, виділеного з клітин молочнокислих бактерій (пептоглікану молочнокислих бактерій — бластолу), на клітинний імунітет хворих на негоспітальну пневмонію в періоді ранньої реконвалесценції.

Матеріал та методи. Обстежено 38 хворих на негоспітальну пневмонію в гострому періоді захворювання, одразу по завершенню антибіотикотерапії, а також після відновлювального лікування на основі ГАТ, яке проводилось у ДУ НПМЦ «Реабілітація». Клітинний імунітет вивчали за допомогою методу непрямої імуофлюоресценції з використанням моноклональних антитіл (CD3⁺, CD22⁺, CD4⁺, CD8⁺, CD16⁺).

Результати. У хворих на негоспітальну пневмонію, обстежених у гострому періоді хвороби, виявлено достовірне зниження, порівняно з нормою, основної лімфоцитарної популяції — рівня CD3⁺-лімфоцитів. Достовірно зниженими, відносно показників здорових людей, виявились також рівні Т-лімфоцитів-хелперів (що може призводити до недостатньої стимуляції антитілогенезу) та співвідношення CD4⁺/CD8⁺. Окрім того, виявлено достовірно знижений рівень субпопуляцій лімфоцитів, які відповідають за реакції цитотоксичності, а

саме, CD8⁺- та CD16⁺-лімфоцитів, що може зумовлювати недостатність протівірусного захисту. Достовірно підвищеними виявились рівні В-лімфоцитів та 0-лімфоцитів. Після завершення антибактеріальної терапії, порівняно з гострим періодом, спостерігалась тільки тенденція до зростання вмісту Т-лімфоцитів та співвідношення CD4⁺/CD8⁺, рівень яких залишався достовірно нижчим за норму, що свідчить про збереження переважно дефіциту CD4⁺-клітин та сприяє виникненню повторних інфекційно-запальних процесів. В той же час, кількість 0- та В-лімфоцитів залишалась підвищеною, що свідчить про збереження певного антигенного навантаження.

Хворі проходили імунореабілітаційне лікування за двома ЛК. 17 хворих лікувались за ЛК-1, при якому сеанси ГАТ застосовувались двічі на день по 30 хвилин кожен (курс лікування — 18-21 день). Інші пацієнти лікувались за ЛК-2, при якому ГАТ, аналогічна ЛК-1, доповнювалась інгаляціями вітчизняного імуномодулятора бластомулі. Під впливом обох ЛК відбувались суттєві позитивні зміни: достовірно зростала кількість Т-лімфоцитів, нормалізувались співвідношення CD4⁺/CD8⁺ та рівень 0-лімфоцитів, що свідчить про відновлення балансу між основними популяціями лімфоцитів. Ці зміни супроводжувались зниженням рівня CD22⁺-клітин, що вказує на зменшення проявів антигенного навантаження. Однак, слід відмітити, що при призначенні ЛК-1 рівні CD3⁺-, CD4⁺-, CD8⁺, CD16⁺-лімфоцитів залишались достовірно нижчими порівняно з нормою. Водночас, під впливом ЛК-2 ці зміни були більш вираженими: спостерігалась тенденція до зростання рівня Т-лімфоцитів та обох їх субпопуляцій, а також рівню NK-клітин (CD16⁺-лімфоцитів) порівняно з ЛК-1. Окрім того, кількість природних кіллерів під впливом ЛК-2 досягла значень норми, що свідчить про відновлення в цих хворих природної цитотоксичності, що сприяє ефективному протівірусному захисту та запобіганню виникнення ГРВІ як однієї з причин розвитку негоспітальних пневмоній у майбутньому.

И. Ю. Ватанская, Е. С. Оленицкая, Т. М. Приставко, И. П. Стрекозова, Л. И. Дубовая, Ю. О. Ватанская

КЛИНИЧЕСКИЕ ФЕНОТИПЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

ГЗ «Луганский государственный медицинский университет»

Луганская областная клиническая больница

Бронхиальная астма (БА) занимает одно из ведущих мест в структуре бронхолегочной патологии, поражает 5–10 % населения во многих развитых странах и связана с большим социально-экономическим бременем. У многих пациентов астма остается неконтролируемой: 94,7 % не отвечают критериям контроля астмы по GINA и 51 % не отвечают критериям контроля астмы, несмотря на использование ингаляционных глюкокортикостероидов (иГКС) или иГКС в сочетании с β₂-агонистами длительного действия. В ряде случаев трудность достижения контроля объясняется назначением медикаментозной терапии у пациентов без учета клинического фенотипа БА. В настоящее время, согласно литературным данным, выделяют следующие фенотипы: тяжелая астма, астма с развитием разных типов воспаления (нейтрофильный, эозинофильный и пауцигранулоцитарный) и астма второй половины жизни.

Целью исследования явилось изучение клинических фенотипов БА на примере больных пульмонологического отделения Луганской областной клинической больницы.

В исследование было включено 258 больных, из которых 127 пациентов были старше 50 лет (49 %): 88 женщин (34 %) и 39 мужчин (15 %). Из 88 женщин диагноз БА установлен после 50 лет у 53 пациенток, что составило 60 %, а из 39 мужчин — 20 человек (51 %). У 53 % пациенток выявлен эозинофильный тип воспаления у 28 %, нейтрофильный тип — у 13 больных (24 %) и пауцигранулоцитарный — у 25 больных, что составляло 48 %. У 14 женщин наряду с БА также в анамнезе отмечено наличие других сопутствующих заболеваний (26 %). 28 % больных БА женщин после установления диагноза базисную терапию не получали.

Из 20 мужчин с БА были выделены следующие феноти-

пы: эозинофильный — у 6 человек (30 %), нейтрофильный — у 4 (20 %), пауцигранулоцитарный — 10 пациентов (50 %). У 25 % пациентов-мужчин имелись сопутствующие аллергические заболевания. Двое больных (10 %) после установления диагноза также противовоспалительную терапию не получали.

Таким образом, среди обследованных 258 больных БА преобладали пациенты с астмой второй половины жизни, у которых превалировал пауцигранулоцитарный тип воспаления, что необходимо учитывать при разработке индивидуальной программы лечения с целью достижения контроля над заболеванием.

А. В. Вахненко, В. М. Бобирьов, Н. В. Моїсєєва, В. І. Ляховський, Л. А. Муляр **ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО** **ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ**

*Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.*

Останнє десятиліття характеризується збільшенням питомої ваги хронічних неспецифічних запальних процесів у бронхолегеневій системі та зміною клінічного перебігу хвороб органів дихання. Зростає число важких форм, а також форм з в'ялим і торпідним перебігом запального процесу, з частими рецидивами й малою ефективністю від адекватної етіотропної терапії, що вказує на неадекватність функціонування імунної системи. При цьому відомо, що однією з ланок патогенезу ХОЗЛ є активація перекисного окислення ліпідів.

Тому на сьогодні представляється актуальним своєчасне призначення пацієнтам з ХОЗЛ таких медикаментозних засобів, які б забезпечували активацію механізмів саморегуляції антиоксидантної системи, адекватність імунної відповіді, поліпшення бар'єрної функції слизової оболонки бронхів. До таких лікарських засобів можна віднести мексідол (3-гідрокси-6-метил-2-етилпиридин сукцинат реєстрація: № UA/1348/01/01 від 15.07.2009).

18 пацієнтам з ХОЗЛ, які знаходились на лікуванні, з легким і середньотяжким перебігом, зі середньою тривалістю захворювання $11,2 \pm 7,2$ року додатково зі стандартною етіотропною терапією був проведений курс лікування мексідолом по 250 мг 2 рази на добу (500 мг/добу) перорально впродовж 30 днів. Динаміка клінічних симптомів у цих хворих була позитивною. В імунограмі обстежених хворих відзначалося достовірне підвищення рівнів лейкоцитів на 32,7 % ($p < 0,05$) і показників клітинної ланки імунної системи: Т-лімфоцитів (CD3+) на 46,1 % ($p < 0,05$), Т-хелперів (CD4+) на 79,6 % ($p < 0,05$), Т-кілерів/ефекторів (CD16+) на 84,1 % ($p < 0,05$), і зниження Т-супресорів (CD8+) на 26,9 %. Відзначався позитивний вплив мексідолу на кількісну характеристику субпопуляції активованих лімфоцитів (CD25+) на 18,7 % ($p < 0,05$) та спонтанної РБТЛ на 40 %. Останнє свідчить про зменшення антигенного навантаження на організм пацієн-

та. Так як постійна персистенція інфекту при ХОЗЛ приводить до більш тяжкого хронічного запального процесу бронхолегеневій системі та до розширення спектру сенсibilізації до алергенів. Вивчення фагоцитарної активності нейтрофілів виявили достовірні зміни до й після лікування, так відзначалося достовірне збільшення фагоцитарного індексу на 26,1 % ($p < 0,05$) й фагоцитарного числа на 33,3 % ($p < 0,05$) в пацієнтів з обструкцією, що вказує на підвищення резервних метаболічних можливостей нейтрофільних гранулоцитів і посилення протимікробної активності клітин моноцитарно-макрофагальної системи. При вивченні гуморальної ланки імунітету в пацієнтів клінічної групи достовірні відмінності до й після лікування виявлені в зниженні кількості В-лімфоцитів (популяція CD22+) на 33,87 % ($p < 0,05$), а також відзначали лише тенденцію до зниження кількості IgM і ЦІК. При динамічному дослідженні імунного статусу в хворих з ХОЗЛ після початку лікування через 15 днів показники імунітету явно не відрізнялися від початкових значень. Наші дослідження підтверджують, що препарат тільки впродовж 30 днів позитивно впливає на імунну систему й є оптимальним.

Таким чином, головними мішенями дії мексідолу є Т-клітини й клітини моноцитарно-макрофагального ряду. У цих клітинах препарат посилює функціональну активність і резервні можливості. Через підвищення функціональної активності й бактерицидності антигенпрезентуючих клітин мексідол потенціює дію усіх клітин імунної системи. Імуномодуючу терапію препаратом мексідол можна розглядати як патогенетичне доповнення до стандартних методів лікування ХОЗЛ легкої й середньотяжкої стадії. Окрім цього застосування даного препарату підвищує ефективність лікування, зменшує медикаментозне навантаження за рахунок вираженої подвійної дії, що має антиоксидантну й імуномодуючу дію, досягнення комплаєнсу з мінімізацією кількості препаратів.

Р. А. Веремєєнко **ЕФЕКТИВНІСТЬ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИМ** **ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ЛЕГЕНЬ**

*Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»
Дніпропетровське ОККЛПО «Фтизіатрія»*

Вступ. Однією з особливостей епідемії туберкульозу легень у сучасних умовах є прогресуючий ріст числа випадків мультирезистентних і деструктивних форм. Значну частку серед хіміорезистентного туберкульозу займають мультирезистентні форми. Застосування хірургічного етапу лікування у хворих з мультирезистентними формами туберкульозу легень не перевищує 15 % та утримується високим рівнем післяопера-

ційних плевро-легеневих ускладнень 25–30 %, реактивацією специфічного процесу до 35–40 %.

Мета. Покращення результатів хірургічного лікування хворих з мультирезистентним туберкульозом.

Матеріали та методи. Протягом 2010–2013 р. прооперовано 35 хворих з мультирезистентним туберкульозом легень, за методикою «анатомічна часткова резекція легень з лімфадек-

нектомією», згідно якої виконується анатомічна відокремлена обробка бронхо-судинних елементів кореня частки легені, що дозволяє пересікати бронх у зоні, не охопленій туберкульозним ураженням. Резекція легені, як правило, доповнюється інтраопераційною корекцією гемітораксу. Застосування даної методики дозволяє, на нашу думку, незалежно від обсягу резекції та наявності вогнищевих відсівів, підвищити клінічну ефективність, зменшити кількість плевро-легеневих ускладнень та післяопераційних реактивацій туберкульозу. Робота

виконана за кошти держбюджету.

Результати. Отримано збільшення клінічної ефективності на 14,0 %, зниження частоти реактивації туберкульозного процесу у віддаленому періоді на 28,0 %, зменшення кількості плевро-легеневих ускладнень на 14,0 %.

Висновок. Застосування розробки щодо обробки бронху та судин, видалення лімфатичних вузлів, корекції гемітораксу може бути рекомендоване для покращення результатів хірургічного лікування хворих з мультирезистентним туберкульозом.

О. А. Власенко, И. Г. Ульянов, Э. С. Какура, Е. В. Ионина

ЧАСТОТА ОБНАРУЖЕНИЯ ИСТОЧНИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

*КРУ «КТМО «Университетская клиника»
ОСП Кардиологический клинический диспансер
КГМУ им. Георгиевского, г. Симферополь*

Целью исследования явилось выявление источника тромбообразования у пациентов с верифицированной тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА).

Проанализированы истории болезни с тромбоэмболией легочной артерии 17 больных: 13 мужчин (76 %) и 4 женщины (24 %). Всем пациентам была произведена компьютерная томография органов грудной клетки. 12 пациентам (71 %) выполнено внутривенное усиление, обнаружены дефекты

контрастирования мелких и средних ветвей легочной артерии. При проведении ультразвукового исследования вен нижних конечностей тромботические массы в просветах вен обнаружены у 13 больных (76 %). У остальных источник тромбоэмболии не определен.

Таким образом, выявлено, что ТЭЛА в 3 раза чаще встречается у мужчин, чем у женщин. Источник тромбообразования обнаружен у 76 % пациентов.

Я. М. Волошин

ОСОБЛИВОСТІ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ І ПЛЕВРИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ І ІІ ТИПУ

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України», м. Київ

Актуальність. Туберкульоз легень і плеври у хворих на цукровий діабет залишається однією з найбільш актуальних проблем медицини. Значення її в останні роки ще більш зросло у зв'язку з широким розповсюдженням діабету (1–7 %) серед населення, більш високою (в 4–10 раз) захворюваністю на туберкульоз, хіміорезистентністю, взаємоускладнюючим перебігом і низькою ефективністю консервативного лікування (45–72 %). Покращити результати можливо за своєчасного направлення хворих на оперативне лікування, як етапу в комплексній терапії.

Мета. Вивчення особливостей та результатів лікування туберкульозу легень і плеври у хворих на цукровий діабет І і ІІ типу.

Матеріали й методи. Під нашим спостереженням знаходилося 555 хворих на туберкульоз легень і плеври: у 317 хворих туберкульоз поєднувався з цукровим діабетом (основна група) і в 238 аналогічних хворих без діабету (контрольна група). До госпіталізації в торакальне відділення інституту хворим проводили хіміотерапію (3–12 місяців). Остання виявилася неефективною, туберкульоз прогресував, перебіг захворювань був взаємоускладнюючий. Чоловіків було 198 (62,5 %), жінок — 119 (37,5 %) у віці від 12 до 70 років. Переважали хворі — 218 (68,8 %) з тяжкою формою діабету. Мікобактерії туберкульозу резистентні в 194 хворих (70,5 %), частіше резистентність спостерігали до стрептоміцину, канаміцину й рифампіцину. Показаннями до операції були: фіброзно-кавернозний туберкульоз — 151 (47,6 %), туберкульома — 130 (41 %), казеозна пневмонія — 18 (5,7 %) і в решті — туберкульозний плеврит й емпієма. Після проведення адекватної передопераційної підготовки (від двох тижнів до трьох місяців) і по досягненні компенсації цукрового діабету, відносної клініко-рентгенологічної стабілізації туберкульозного процесу, 317 хворим були виконані

операції: сегментектомія — у 115 (36,3 %), органозберігаючі операції по автору — у 25 (7,9 %), лобектомія — у 79 (24,9 %), білобектомія — у 4 (1,3 %), комбінована резекція — у 15 (4,7 %), пневмонектомія — у 33 (10,1 %), плевропневмонектомія — у 14 (4,4 %), торакопластика — у 3 (1,0 %), плеврэктомія — у 18 (5,7 %), відеоторакоскопія — у 12 (3,8 %) з застосуванням нових технологій біологічного зварювання тканин. При патоморфологічному дослідженні препаратів легень у 279 хворих (88 %) була виявлена висока активність туберкульозного процесу. Після операції продовжували дієтоінсулінотерапію, цукрознижувальні препарати, інтенсивну хіміотерапію, детоксикацію організму, тканинний електрофорез і загальнозміцнююче лікування.

Результати. Клінічного ефекту досягнуто в 300 хворих (94,6 %). Повний клінічний ефект спостерігали від 1 до 30 років у 91,1 %. Крайній перебіг цукрового діабету відзначили у 87,8 пацієнтів. Ускладнення виникли в 35 хворих (11,0 %) з легким ступенем інсулінової недостатності, у 21 з середнім ступенем (17,9 %) і в 29 (26,8 %) з тяжкою формою діабету. Летальність була в 17 хворих (5,4 %), переважно у хворих з цукровим діабетом І типу важкої форми. Контрольна група: клінічний ефект досягнуто в 99,6 %. Летальність — 0,4 %. Повний клінічний ефект залишався в 97,9 % пацієнтів.

Висновки. Досягнення високої ефективності лікування при неефективній консервативній терапії хворих на туберкульоз легень і плеври в поєднанні з цукровим діабетом І і ІІ типу можливе за умов: своєчасної діагностики й хірургічного лікування з впровадженням нових технологій операцій, адекватній передопераційній підготовці й післяопераційному веденні хворих. Робота виконана за кошти державного бюджету.

Х. І. Вольницька**ДИСБАЛАНС ЦИТОКІНІВ СІРОВАТКИ КРОВІ В ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ АБО ПНЕВМОНІЇ***Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького*

При проведенні діагностики та розробки протоколу лікування хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) або бронхіальну астму (БА) після перенесених туберкульозу чи пневмонії виникають певні труднощі. Подальше вивчення особливостей діагностики та перебігу ХОЗЛ і БА у осіб із залишковими змінами в легенях після перенесеного туберкульозу чи пневмонії є перспективним, так як дозволяють призначати адекватну терапію при ХОЗЛ, зменшуючи ризик рецидивування туберкульозу та збільшуючи ймовірність вилікування пневмоній. Визначення характеру експресії інтерлейкінів, особливо прозапального ряду, відображає гостроту запалення за рівнем показників гострофазових білків системи протеолізу-антипротеолізу та дає можливість використати їх для проведення оптимізації лікувальних заходів та попередження хронізації патологічного процесу.

У 48 хворих на ХОЗЛ та 39 на БА проведено визначення рівнів прозапальних інтерлейкінів IL-1 β , IL-2, IL-6, TNF- α й протизапального IL-4. Встановлено надмірну спонтанну продукцію цієї групи інтерлейкінів у культуральне середовище. У хворих на БА рівень IL-1 β перевищував дані в здорових осіб у 1,2 рази, і становив $(1,85 \pm 0,36)$ пг/мл, а у хворих на ХОЗЛ рівень IL-1 β був знижений порівняно з даними в здорових осіб і становив $(1,32 \pm 0,62)$ пг/мл при нормі $(1,60 \pm 0,63)$ пг/мл, ($p > 0,05$). У хворих на БА рівень IL-2 в 1,4 рази перевищував його значення у здорових осіб і становив $(4,03 \pm 0,55)$ пг/мл проти $(2,91 \pm 0,35)$ пг/мл, ($p < 0,05$), а у хворих на ХОЗЛ він був знижений і сягав $(1,15 \pm 0,45)$ пг/мл проти $(2,91 \pm 0,35)$ пг/мл, ($p < 0,05$).

У хворих на БА та ХОЗЛ рівень IL-6 перевищував дані в здорових донорів: у хворих на БА він становив $(16,80 \pm 1,23)$ пг/мл проти $(1,65 \pm 0,72)$ пг/мл, ($p < 0,05$), а у хворих на ХОЗЛ — $(14,78 \pm 1,55)$ пг/мл проти $(1,65 \pm 0,72)$ пг/мл, ($p < 0,05$).

У сироватці крові хворих на БА рівень TNF- α перевищував його рівень у здорових осіб у 3,5 рази й становив $(14,05 \pm 0,63)$ пг/мл, а в хворих на ХОЗЛ перевищував дані в здорових осіб у 4,5 рази і сягав $(17,55 \pm 1,26)$ пг/мл, проти $(3,82 \pm 0,50)$ пг/мл, ($p < 0,05$).

У хворих на БА протизапальний цитокін IL-4 становив $(6,51 \pm 1,16)$ пг/мл проти $(1,57 \pm 0,88)$ пг/мл, ($p < 0,05$), тобто, перевищував дані в здорових осіб більше, ніж у 4 рази; а в хворих на ХОЗЛ він був нижче рівня в здорових осіб в 1,8 рази й сягав $(0,87 \pm 0,12)$ пг/мл, проти $(1,57 \pm 0,88)$ пг/мл, ($p < 0,05$).

При різному ступені тяжкості перебігу БА в хворих мало місце незначне зростання рівнів прозапальних інтерлейкінів IL-1 β , IL-2, IL-6, TNF- α й протизапального IL-4. У хворих на ХОЗЛ рівні IL-1 β та IL-2 були нижчими від даних в здорових осіб, а рівні IL-6 та TNF- α різко перевищували дані в здорових донорів, а протизапальний IL-4 був нижче рівня в здорових осіб.

Підсумовуючи результати вивчення експресії інтерлейкінів у хворих на БА та ХОЗЛ, можемо констатувати, що при обстеженні хворих на БА мало місце незначне зростання рівня IL-1 β , зниження рівня IL-2, різке зростання рівня IL-6, та TNF- α , які відносяться до прозапальних цитокінів Th 1 типу. Рівень протизапального IL-4 значно перевищував дані норми. У хворих на ХОЗЛ рівень IL-1 β значно перевищував дані в здорових осіб, а рівень IL-2 визначався в межах норми. Рівень інтерлейкіну IL-6 різко перевищував величину показника в здорових осіб. Такі зміни носили в початковій фазі запального процесу компенсаторний характер, а підвищення рівнів прозапальних цитокінів, особливо IL-1 β при прогресуванні ХОЗЛ, є прогностично несприятливою ознакою перебігу запального процесу, а зниження концентрації IL-2 при ХОЗЛ, незважаючи на значний стимулюючий вплив високих показників TNF- α , підтверджує прояв депресії клітинної ланки імунітету, ступені порушення якої є нерівнозначні.

А. О. Гаврилов, Г. П. Победьонна, В. О. Шупер, С. В. Шупер

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ОМЕГА-3 ПОЛІЕНАСИЧЕНИХ ЖИРНИХ КИСЛОТ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ СИНДРОМУ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ, ПОЄДНАНОЮ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Державний заклад «Луганський державний медичний університет»

Актуальність. Сполучення бронхіальної астми (БА) й гіпертонічної хвороби (ГХ) достатньо часто зустрічається в клінічній практиці. Взаємне обтяження й прогресування БА й ГХ базується на поєднанні деяких ланок патогенезу обох захворювань. Сучасні протоколи лікування хворих із бронхіальною астмою (наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007) та гіпертонічної хвороби (наказ МОЗ України № 54 від 14.02.2002) не враховують лікування поєднаної патології.

Мета роботи: вивчити вплив препарату ω -3 поліенасичених жирних кислот (ПНЖК) на маркери ендогенної метаболічної інтоксикації в хворих на БА, сполучену з ГХ.

Матеріал та методи дослідження. Під наглядом знаходилося 125 хворих на БА середньотяжкого перебігу в віці від 18 до 60 років, у тому числі 62 особи з нормальним АТ — I група. II групу склали 63 пацієнти з БА, поєднаною з ГХ I стадії. Хворі II групи були розподілені на підгрупи „а” та „б”. Підгрупа II-а (31 хворий) отримувала базисне лікування БА в відповідності з існуючими протоколами. У підгрупі II-б (32 хворих) у зв'язку з недостатньою клінічною ефективністю базисних засобів, до комплексу лікування додатково включалися ω -3 ПНЖК. У хворих визначали вміст середніх молекул (СМ), сорбційну здатність еритроцитів (СЗЕ), середній корпускулярний об'єм еритроцитів (MCV). Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб.

Результати роботи та їх обговорення. Перед випискою зі стаціонару СЗЕ в пацієнтів I групи досягла належних значень. У

хворих II-а підгрупи СЗЕ вірогідно зменшилася до $(37,6 \pm 1,3) \%$, але залишилася в 1,2 рази вищою за аналогічний показник пацієнтів I групи. У хворих I групи та II-а підгрупи MCV дещо знизився під час лікування, але контрольних значень не набув. Позитивна кореляційна взаємозалежність між СЗЕ та MCV у хворих II-а підгрупи, що відзначалася до лікування ($r = +0,4$, $p < 0,05$), залишилася незмінною після завершення лікування. Позитивний кореляційний зв'язок між MCV та KI_2 у пацієнтів II-а підгрупи до лікування ($r = +0,5$, $p < 0,05$) дещо слабшав після лікування ($r = +0,4$, $p < 0,05$).

Після завершення лікування вміст СМ у сироватці крові хворих I групи знизився до верхньої межі референтної норми. У сироватці крові пацієнтів II-а підгрупи рівень СМ зменшився до $(0,76 \pm 0,03)$ г/л, однак, при цьому перевищував відповідний показник норми, в середньому, у 1,4 рази ($p < 0,05$) та рівень СМ у пацієнтів I групи — на $(28,8 \pm 2,7) \%$ ($p < 0,05$). Наприкінці лікування вміст СМ у сечі хворих I групи та II-а підгрупи лише незначно знижувався, вірогідно перевищуючи показник референтної норми ($p < 0,05$).

Таким чином, додаткове включення до базисного лікування хворих на БА в поєднанні з ГХ ω -3 ПНЖК, сприяло корекції синдрому ендогенної метаболічної інтоксикації, а саме: зменшенню рівня СМ сироватки крові та зниженню MCV і СЗЕ. Включення ω -3 ПНЖК до лікувального комплексу переносилося пацієнтами добре, побічних небажаних ефектів при застосуванні цього препарату не було.

В. К. Гаврисюк, Е. А. Меренкова, О. В. Шадріна, О. В. Страфун, Е. А. Беренда, А. И. Ячник, Н. Д. Морская, В. В. Куц

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ САРКОИДОЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В ЮЖНОМ И СЕВЕРНОМ РЕГИОНАХ УКРАИНЫ В 2011 ГОДУ

ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины»

Заболеваемость саркоидозом в разных странах мира варьирует от 0,125 до 24,0 новых случаев на 100 000 населения в год, распространенность — от 1 до 64 на 100 000 населения.

Проведены исследования возможных факторов, способствующих развитию заболевания, в результате не установлено влияния курения и загрязнения окружающей среды на заболеваемость саркоидозом. Несомненное влияние на заболеваемость саркоидозом оказывает климатический фактор — в странах Африки, Азии и Центральной Америки показатели заболеваемости саркоидозом самые низкие, а в странах с умеренным и холодным климатом — самые высокие. Вместе с тем, сведения литературы о влиянии географического фактора на уровень заболеваемости саркоидозом до настоящего времени не имели статистических доказательств. В связи с этим нами проведено изучение зависимости заболеваемости саркоидозом в различных странах Евразийского региона от их географической широты на основе применения корреляционно-регрессионного анализа с использованием непараметрического коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

В результате расчетов было получено значение $r = 0,827$ (коэффициент статистически значим: $p = 6,295 \times 10^{-6}$; границы 95 % доверительного интервала: 0,636–0,923). С учетом границ

95 % доверительного интервала, можно говорить о наличии, по крайней мере, умеренной тесноты связи (по шкале Чеддока).

Учитывая полученные статистические доказательства зависимости заболеваемости саркоидозом в различных странах от их географической широты, нами было проведено сравнительное изучение заболеваемости и распространенности саркоидоза органов дыхания в южном (АР Крым) и северном (Житомирская область) регионах Украины по данным обращаемости и результатам профилактического рентгенологического обследования в 2011 году.

В АР Крым показатель заболеваемости составил 1,08 на 100 000 взрослого населения, распространенность — 4,59 на 100 000. В Житомирской области показатель заболеваемости (2,62 на 100 000) превышал аналогичный в АР Крым в 2,4 раза, показатель распространенности (7,86 на 100 000) был выше в 1,7 раза.

В связи с тем, что климатический фактор является одним из определяющих в эпидемиологии саркоидоза, показатели заболеваемости и распространенности в южном и северном регионах с большой долей вероятности можно считать крайними для областей Украины. Это дает нам основание заключить, что в целом по Украине заболеваемость саркоидозом органов дыхания составляет в среднем от 1,1 до 2,6 на 100 000 взрослого населения, а рас-

пространенность — от 4,6 до 7,9 на 100 000, что соответствует уровню южноевропейских стран. Если учесть, что взрослое население страны составляет около 38 млн человек, то можно предположить, что ежегодно в Украине регистрируется около 700 новых случаев саркоидоза, а общее количество больных с активным саркоидозом составляет около 2500 тыс.

Необходимо отметить, что последняя цифра отражает распространенность только зарегистрированных случаев саркоидоза. Это пациенты, обратившиеся за медицинской помощью или выявленные при профилактическом рентгенологическом обследовании. Случаи бессимптомного течения болезни со спонтанным излечением остаются вне поля зрения врачей.

А. І. Гайович, В. М. Вайс

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СОЦІАЛЬНОЇ СТРУКТУРИ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ НА СТАЦІОНАРНОМУ ЕТАПІ ЛІКУВАННЯ

Ужгородський національний університет

Проблема останнього десятиріччя в Україні — це високий рівень захворюваності на туберкульоз та смертності від цієї хвороби.

Метою нашої роботи стало вивчення соціальної структури вперше виявлених хворих на туберкульоз в області, поширеність різних клінічних форм туберкульозу в залежності від соціальної структури, ефективності стаціонарного етапу лікування хворих на туберкульоз легень стандартизованими режимами хіміотерапії.

Ретроспективно проаналізовано 472 стаціонарних історій хвороби хворих на туберкульоз, які лікувались в стаціонарі Обласного клінічного територіального медичного об'єднання «Фтизіатрія». Кінцеві результати враховувались при виписці хворих зі стаціонару, які заходились там не менше 3–4 місяців (до першого рентгенологічного дослідження і здачі повторно аналізу харкотиння на мікобактерії туберкульозу).

Відзначено, що серед вперше захворілих з 2004 по 2007 рік збільшилась кількість непрацюючих працездатного віку на 4,9 %, держслужбовців на 1,1 %, зменшилась кількість робітників на 2,4 %, медичних працівників на 1,7 %, працюючих в аграрному секторі на 1,7 % та пенсіонерів на 2,2 %. В цілому соціально незахищене населення склало 67,1 % в 2004 році і 71,9 % в 2007 році. 54,3 та 59,2 % відповідно, були непрацюючими працездатного віку. В 2009 році кількість непрацюючих працездатного віку збільшилась до 66,3 %, кількість робітників склала 15,9 %, держслужбовців — 1,7 %, медичних працівників 1,1 %, працівників аграрного сектору 0,3 % та пенсіонерів — 7,4 %, студентів — 0,8 %. В 2012 році в порівнянні з 2009 роком ці показники відрізнялись незначно. Крім того, серед хворих на туберкульоз у всі роки значна частина осіб зловживали алкоголем.

Виявлено, що в працюючих хворих з вперше діагностованим туберкульозом переважала інфільтративна форма туберкульозу (57,6 %), у непрацюючих осіб дисеміновані форми становили 42,8 %, інфільтративні — 49,8 %.

У непрацюючих хворих і пенсіонерів деструктивні форми туберкульозу зустрічались на 33,6 % частіше, ніж у працюючих і студентів, бактеріовиділення, відповідно, на 38,2 % частіше.

Для лікування хворих застосовували стандартизовані 4-компонентні або 5-компонентні режими хіміотерапії відповідно до категорій хворих, регламентовані наказами Міністерства охорони здоров'я України.

Середня тривалість стаціонарного етапу лікування працюючих хворих і студентів склала 4,5 місяці і основна частина хворих виписувалась після припинення бактеріовиділення, підтвердженого культурально, і після загоєння каверн. Середня тривалість стаціонарного етапу лікування непрацюючих хворих склала 3,2 місяця, ці хворі часто залишали стаціонар з підтвердженням припинення бактеріовиділення мікроскопічним методом і без загоєння порожнин розпаду.

На кінець стаціонарного етапу хіміотерапії лікування було ефективним у 82,0 % у працюючих осіб, студентів і пенсіонерів. Серед непрацюючих осіб і осіб без постійного місця проживання цей показник був на 10 % нижче.

Таким чином, менший відсоток ефективності лікування в непрацюючих хворих і осіб без постійного місця проживання обумовлений виявленням у них більш поширених форм туберкульозу, менш тривалим терміном перебування хворих в стаціонарі, частим порушенням лікарняного режиму (зловживанням алкоголем, нерегулярним лікуванням, самостійним припиненням стаціонарного лікування).

А. О. Герман

ДЕЯКІ ІНТЕГРАЛЬНІ ІНДЕКСИ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Визначення інтегральних показників ендогенної інтоксикації дає змогу оцінити стан хворого за показниками загального аналізу крові при багатьох запальних захворюваннях, у тому числі й при туберкульозі.

Мета дослідження: визначити інтегральні індекси інтоксикації в хворих на вперше діагностований туберкульоз легень (ВДТБ) зі збереженою чутливістю до протитуберкульозних препаратів до початку лікування та після завершення інтенсивної фази (ІФ) лікування.

Матеріали та методи. Проведено дослідження показників загального аналізу крові 60 пацієнтів з ВДТБ легень.

Середній вік пацієнтів становив $38,4 \pm 1,7$ років.

Лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) розраховували за формулою Островського В. К. (1983 р.), норма становить 1,0–1,6. Визначали індекс Кребса (ІК), який об'єктивно відображає ступінь інтоксикації (у нормі–1,8). Ядерний індекс ендотоксикозу (ЯІЕ) розраховували за формулою Даштаєнц Г. А. (1978 р.). При ЯІЕ від 0,05–0,08, стан хворого оцінюється як задовільний, від 0,3–1,0 – середнього ступеню важкості, більше 1,0 — важкий.

Результати та обговорення. ЛІІ до початку лікування становив $2,51 \pm 0,481$, що перевищувало норму в 1,56 рази, після завер-

шення ІФ лікування показник знижувався до $1,92 \pm 0,532$, але все ще перевищував норму. До лікування ІК становив $3,63 \pm 0,752$, а після закінчення ІФ - $2,38 \pm 0,586$. ЯІЕ до лікування становив $0,414 \pm 0,154$, що відповідає середньому ступеню важкості пацієнта, а після завершення ІФ показник знижувався до $0,181 \pm 0,061$.

Висновки. Отже, на основі отриманих даних інтегральних

показників інтоксикації в хворих на ВДТБ до початку лікування встановлено середній ступінь інтоксикації, як наслідок дії інфекційного чинника на організм, а після завершення ІФ встановлено легкий ступінь інтоксикації. Даний метод діагностики відіграє важливу роль для оцінки ступеню інтоксикації, ефективності лікування та дозволяє швидко й своєчасно проводити корекцію лікування.

А. О. Герман

ЕФЕКТИВНІСТЬ РІЗНИХ МЕТОДІВ ЗАСТОСУВАННЯ ІЗОНІАЗИДУ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Враховуючи невинне зростання кількості хворих на туберкульоз та тривале лікування, необхідно застосовувати методи, які сприятимуть швидкому одужанню пацієнтів.

Мета роботи. Оцінити ефективність інгаляційного способу використання ізоніазиду в хворих на вперше діагностований туберкульоз легень (ВДТБЛ) зі збереженою чутливістю до протитуберкульозних препаратів.

Об'єкт дослідження: 30 хворих на ВДТБ, які були розподілені на 2 групи. Група 1 (гр. 1) — 16 пацієнтів, які приймали таблетований ізоніазид, група 2 (гр. 2) — 14 пацієнтів, яким застосовували ізоніазид інгаляційно протягом інтенсивної фази (ІФ). Визначали ефективність методу, враховуючи динаміку основних симптомів та ступінь їх вираженості в балах, дані мікроскопічного дослідження харкотиння на наявність мікобактерій туберкульозу та даних рентгенологічного дослідження органів грудної порожнини. При аналізі даних встановлено, що задишка в гр. 1 зменшилась з $1,61 \pm$

$0,563$ до $0,937 \pm 0,442$ балів, а в гр. 2 з $1,28 \pm 0,730$ до $0,43 \pm 0,516$. Щодо кашлю, то його прояви в гр. 1 зменшилися з $2,31 \pm 0,793$ до $1,875 \pm 0,619$ балів, а в гр. 2 з $1,625 \pm 0,5$ до $0,687 \pm 0,478$ балів. Загальна слабкість в гр. 1 зменшилась з $1,312 \pm 0,478$ до $0,985 \pm 0,436$, а в гр. 2 з $1,125 \pm 0,341$ до $0,375 \pm 0,5$. Пітливість в гр. 1 зменшилась з $1,437 \pm 0,813$ до $0,925 \pm 0,619$, а в гр. 2 з $0,875 \pm 0,619$ до $0,125 \pm 0,341$. Слід відмітити, що конверсія зразка мокротиння в кінці ІФ відбулася у 12 хворих гр. 2 та в 10 — в гр. 1. Щодо рентгенологічної картини легень, то у кінці ІФ виражена позитивна динаміка спостерігалась у пацієнтів гр. 2 у вигляді зменшення розмірів інфільтративних тіней, деструкції. Отже, інгаляційне застосування ізоніазиду призводить до зменшення контамінації дихальних шляхів мікобактеріями туберкульозу, покращення перфузії уражених ділянок легень та покращує прихильність пацієнта до лікування так, як призводить до зниження інтоксикації організму та покращення самопочуття пацієнта.

І. М. Горбатюк

ОРГАНІЗАЦІЯ ДОТ У СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ

Вінницький обласний клінічний протитуберкульозний диспансер

При аналізі епідситуації з туберкульозу в областях з переважанням сільського населення варто вести мову про формування так званого сільського обличчя цієї хвороби. Прикладом може бути Вінницька область, яка традиційно була й залишається однією з сільськогосподарських областей і практично завжди фігурує як один з «лідерів» за рівнем захворюваності туберкульозом серед сільських жителів. Щороку серед вперше захворілих питома вага сільських мешканців становить 55–60 %, а в окремих районах — до 70–80 %. Очевидно, що, попри міграцію, у сільськогосподарських областях суттєвий вплив на збільшення захворюваності відіграє віддаленість медичної допомоги. Тому закономірною є увага до оптимізації протитуберкульозних заходів на селі. На нашу думку, у зв'язку зі значним поширенням туберкульозу серед сільських жителів, першочерговим завданням є організація адекватного процесу лікування хворих в амбулаторних умовах під безпосереднім контролем медпрацівника. Ідея організації лікування в амбулаторних умовах не є новою — це пріоритет радянської та української фтизіатрії.

Фтизіатрична служба Вінницької області має певні напрацювання в розділі надання амбулаторної протитуберкульозної допомоги. Зокрема, в області з початку 90-х років була організована мережа патронажу по туберкульозу. В межах штатного розкладу кожної сільської лікарської дільниці була виділена посада патронажної медсестри, яка займалась цілою низкою питань спеціалізованої служби. Сьогодні в амбулаторіях сімейної медицини делеговані на периферію функції медсестри районного протитуберку-

льозного кабінету виконуються медсестрою загальної практики:

- здійснення лікування, виконання рекомендацій фтизіатра;
- виклик показаних пацієнтів до фтизіатра та контроль за їх явкою й результатами чергового обстеження;
- безпосередня робота в тубогнищі; в т. ч. активна санітарно-освітня робота та контроль засвоєння цих знань;
- участь у проведенні туберкулінодіагностики та ревакцинації; первинний відбір показаних дитячих контингентів на консультацію до фтизіопедіатра.

• ведення медичної документації (необхідно врахувати, що медичні працівники закладів загальної практики сімейної медицини мають надзвичайно велике навантаження медичною обліковою документацією, а останнім часом — ще й запровадженням електронного реєстру населення території обслуговування).

Прямуювання до сімейної медицини вносить свої корективи в організацію й кадрове забезпечення контрольованого лікування. В штаті амбулаторій загальної практики не передбачена посада патронажної медсестри по туберкульозу. Немає юридичного підґрунтя для існування ДОТ-кабінетів, адже після вступу в дію нових директивних документів щодо штатного розкладу закладів первинної медико-санітарної допомоги, відомий наказ МОЗ України № 122 від 12.03.2008 р. «Про внесення змін наказу МОЗ України № 33 від 23.02.2000 р.» втрачає свою дію (згідно якого 1 посада патронажної медичної сестри по туберкульозу розраховується на 20 активних хворих на туберкульоз, які підлягають амбулаторному лікуванню).

Серед практичних моментів організації роботи важливим залишається фахова підготовка сімейного лікаря і медсестри загальної практики. Обов'язковим завданням для фтизіатричної служби області є праця у напрямку зниження перерв та відмов від лікування. Це, безумовно, в першу чергу, санітарно-освітня діяльність, з наголосом на індивідуальну роботу. Є необхідність зменшення тривалості перерви лікування в період між випискою із стаціонару та початком амбулаторного лікування (відпрацювання системи повідомлення хворого та

медсестри безпосередньо тубстаціонаром; забезпечення якісного телефонного зв'язку між лікувальними закладами; зацікавленість у роботі й відповідальність всіх медпрацівників лікарської дільниці, а не тільки тубслужби, т. п.). Також важливим і необхідним є індивідуальний підхід до кожного хворого. Тільки комплексний підхід та інтеграція функцій фтизіатричної служби на рівень первинної ланки надання медичної допомоги забезпечить належний контроль за туберкульозом у сільській місцевості.

І. М. Горбатюк, С. В. Андрущенко, І. А. Петрук

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ДОПОМОГИ У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

Вінницький обласний клінічний протитуберкульозний диспансер

Починаючи з 1991 року захворюваність на усі форми активно-го туберкульозу (ТБ) у Вінницькій області почала збільшуватися (з 36,0 на 100 тис. населення в 1991 р. до 70,0 на 100 тис. населення в 2005 р.). При цьому пік захворюваності в 2005 р. співпав з піком показників захворюваності в Україні (84,1 на 100 тис. населення). Після цього показники захворюваності почали поступово знижуватися — з 70,0 до 55,3 на 100 тис. населення на кінець 2012 року. За цей період організація протитуберкульозних заходів в області також зазнала суттєвих змін. На початку 90-х років відбулася певна реорганізація структури обласного протитуберкульозного диспансеру та диспансерів на периферії, яка полягала в скороченні кількості стаціонарних ліжок, використанні тубстаціонарів як міжрайонних закладів медичної допомоги, впровадженні елементів профілізації ліжка тощо. На рівні обласного протитуберкульозного диспансеру почали ширше, ніж раніше, використовуватися методи патогенетичного лікування хворих на ТБ (імуномодуюча терапія, рефлексотерапія, лазеротерапія). При обласному диспансері було відкрито імунологічний центр у складі поліклініки, стаціонарного відділення, виїзної бригади лікарів та імунологічної лабораторії для проведення обстеження та надання відповідної допомоги особам, що в різній мірі постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС. Фахівцями обласного диспансеру здійснювалися обстеження населення 8 районів області, що віднесені до зон радіоекологічного нагляду, проводився амбулаторний прийом хворих та надавалася стаціонарна лікувальна допомога відповідним контингентам з проведенням подальшого моніторингу стану їх здоров'я. В подальшому в зв'язку з необхідністю дотримання профільності ліжка та розуміння необхідності дотримання сучасного поняття «інфекційний контроль за ТБ» імунологічний центр на початку 2000-их років відокремився в самостійну лікуально-профілактичну структуру — обласний диспансер екологічного захисту населення.

Початок 2000-х років також ознаменувався переходом на рекомендовані Всесвітньою організацією охорони здоров'я

(ВООЗ) принципи боротьби з ТБ, які відомі як ДОТ-стратегія. Оголошена ВООЗ у 1995 році глобальна небезпека та світова пандемія ТБ мала вплив на зміну підходів до боротьби з цією інфекцією у вигляді державних протитуберкульозних програм. Після тривалого періоду відсутності в достатній кількості антимікобактеріальних лікарських засобів розпочато адекватне державне забезпечення ними та відповідними матеріалами для діагностики ТБ. В останні роки переоснащуються протитуберкульозні заклади й, в першу чергу, обласний диспансер сучасною лікуально-діагностичною апаратурою: встановлені сучасні рентгенівські апарати з цифровим та плівковим зображенням. З'явилась можливість верифікації діагнозу легеневого та позалегового ТБ завдяки впровадженню малоінвазивної хірургії. Отриманий сучасний УЗД-апарат, що додатково забезпечує дотримання вимог інфекційного контролю, оскільки — хворі на ТБ не спрямовуються в інші лікуально-профілактичні заклади.

В області приділяється значна увага лабораторним методам діагностики ТБ. Так, в області діють 5 лабораторій вторинного рівня діагностики ТБ у складі обласних протитуберкульозних закладів, які здійснюють мікроскопічні й культуральні дослідження на мікобактерії туберкульозу. На базі обласного диспансеру, як центрального спеціалізованого закладу області, діє сучасна лабораторія третинного рівня діагностики ТБ із застосуванням автоматичного аналізатора мікобактерій ВАСТЕС, в повному об'ємі проводяться специфічні тести медикаментозної чутливості, здійснюється перехід від переважно стаціонарного типу лікування хворих на ТБ до розвитку мережі протитуберкульозних амбулаторних закладів — ДОТ-кабінетів. Продовжується інтеграція фтизіатричної служби з первинними ланками надання медико-санітарної допомоги населенню.

Таким чином, ситуація з ТБ у області залишається напруженою, що вимагає від обласного диспансеру подальшої модернізації протитуберкульозної допомоги населенню.

М. Н. Гришин, О. Н. Осипова, Ю. А. Зайцев, А. И. Хрипунов

ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНСКОГО ПОЛОВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

ГУ «Крымский государственный медицинский университет», г. Симферополь

В КРУ «Противотуберкулезный диспансер № 1» за последние 9 лет обследовано 284 женщины, в возрасте от 26 до 68 лет. Клиника варьировала от стертой, малосимптомной до выраженного интоксикационного синдрома, нарушений менструального цикла, тянущих рецидивирующих приступообразных болей различной интенсивности. Одним из основных симптомов являлось

нарушение репродуктивной функции: первичное бесплодие, невынашивание беременности. Для клинической диагностики, кроме рутинных методов, использовали пробу Коха от 25 до 50 ТЕ. Особое внимание обращали на очаговую реакцию, которая проявлялась выраженным болевым синдромом, пастозностью придатков, резкой болезненностью, наступлением менструальнопо-

добной реакции, тубоовариальных инфильтратов.

Гистеросальпингография, проведенная в 63,7 % случаев, обнаружила изменения, характерные для поражения: зазубренность, неровность контуров, неоднородность тени и деформация полости матки; ригидность, рубцовые изменения просвета маточных труб в виде формы «четок», в 12,2 % — ампулярные отделы в виде «культи». Диагностическое выскабливание, произведенное у 21,8 % больных выявило характерную для туберкулеза морфологическую картину. Бактериоскопическое подтверждение диагноза получено у 9 (3,2 %) пациенток. В результате проведенных исследований активность специфического воспаления подтверждена в 236 (83,1 %) случаев.

Базисное лечение туберкулоstaticами сочеталось с органическим электрофорезом 10 % раствора изониазида. Данная физиопроцедура повышала фармакологическую активность, увели-

чивала продолжительность действия и создавала более высокую концентрацию лекарств непосредственно в патологическом очаге. С целью улучшения микроциркуляции, рассасывания фиброзных изменений, снятия воспалительного отека, предотвращения склеротических изменений женских половых органов применяли лазеротерапию с одновременным внутрисводным введением 5 мл 10 % раствора изониазида. Квантовая терапия проводилась аппаратом «Улей 2К» методом чрезкожного воздействия с наложением излучателя на переднюю брюшную стенку в месте проекции придатков и над лоном. Сочетание вышеуказанных методов с туберкулоstaticами способствовало купированию болевого синдрома, нормализации менструального цикла у 98,7 % наблюдаемых (в том числе восстановление репродуктивной функции — 52,5 %) и только в 1,3 % случаев состояние осталось без перемен.

М. Н. Гришин, Е. В. Панин, В. А. Лимарев, Ю. А. Зайцев

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ САНАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В РАЗЛИЧНЫХ КЛИМАТИЧЕСКИХ ЗОНАХ КРЫМА

ГУ «Крымский государственный медицинский университет», г. Симферополь

Антибактериальная терапия продолжает оставаться основным методом лечения туберкулеза. Между тем, и в настоящее время, климатотерапия остается весомым вкладом в комплексном воздействии на специфический процесс, так как активизирует регенеративные процессы, улучшает кровоснабжение пораженных органов и усиливает воздействие туберкулоstaticов.

Нами проведен сравнительный анализ эффективности лечения больных с остаточными изменениями перенесенного туберкулеза в санаториях, расположенных в различных климатических зонах Крыма.

Санаторий «Старый Крым» находится в предгорном районе горного массива Агроиша, количество солнечных часов за год — 2270, осадков не больше 500 мм, уровень солнечной радиации в летнее время выше, чем в приморской зоне, воздух — уникальное сочетание горных, степных, лесных и морских воздушных потоков, водоснабжение — горные источники. Средняя годовая температура воздуха + 10,0° С. Проанализированы результаты лечения 3072 пациентов в возрасте от 18 до 75 лет. Больные получали противорецидивную терапию двумя проти-

вотуберкулезными препаратами в сочетании с утренней гимнастикой, лечебной гимнастикой, ближним туризмом. В результате — улучшение зарегистрировано у 95,0 %, состояние осталось без перемен в 5,0 % случаев.

Санаторий «Предгорный» расположен на Южном берегу Крыма на высоте 90 метров над уровнем моря. Количество солнечных часов за год — 2150, осадков до 400 мм, средняя температура воздуха +14, 3° С, воды моря летом +21– +28° С. За тот же временной промежуток пролечено 4305 больных. Протирецидивный прием туберкулоstaticов осуществлялся на фоне ингаляционной физиотерапии, фитотерапии, талассотерапии, круглосуточного пребывания в летнее время на верандах и аэрариях, морских купаний. Непосредственные результаты: улучшение отмечено у 98,3 %, состояние осталось без изменений — 1,7 % наблюдаемых.

Таким образом, санаторный этап является высокоэффективным методом, способствующим регрессии туберкулезного процесса и повышающим сопротивляемость организма независимо от климатического расположения в Крыму.

М. М. Гришин, Н. Н. Аухадієв, Ю. О. Зайцев, О. О. Корчагіна

ЕНДОТОКСИНОВИЙ ГОМЕОСТАЗ І СИСТЕМИ ФІБРОНЕКТИНІВ У ХВОРИХ НЕСПЕЦИФІЧНИМИ ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЛЕГЕНЬ У ПОЄДНАННІ З ЦИРОЗОМ ПЕЧІНКИ

ДУ „Кримський державний медичний університет імені С. І. Георгієвського“, м. Симферополь

Вивчення патогенетичної й саногенетичної ролі фібронектину (ФН), а також ендотоксинемії в патогенезі гнійно-деструктивних форм хронічних неспецифічних захворювань легень (ХНЗЛ), що протікає у хворих з цирозом печінки (ЦП), є базисом для розробки нових шляхів диференційованої патогенетичної терапії, поєднаної хронічної гепатопульмональної патології.

У 165 хворих досліджували концентрацію фібронектину в плазмі крові, кріопреципітуючу активність ФН, фібринолітичну активність кріоглобулінів, вивчали ендотоксин кишкової палички, циркулюючі комплекси ендотоксин — фібронектин (ЕТ-ФН).

Установлено, що суттєвим механізмом прогресування вторинного хронічного бронхіту при гнійно-деструктивних формах

хронічних неспецифічних захворювань легень у хворих із субкомпенсованим і декомпенсованим (особливо при розвитковій печінкового гідротораксу) цирозом печінки є глибока фібронектинопенія, зниження функціональної активності фібронектину (кріопреципітуюча активність фібронектину й фібринолітична активність кріоглобулінів), а також дисбаланс у системі регуляції ендотоксинного гомеостазу.

Також виявлена системно-регіонарна (бронхолегенева система) дискретність рівня циркулюючих комплексів ендотоксин-фібронектин, яка залежала від наявності патології печінки: переважання у хворих на хронічні неспецифічні захворювання легень з цирозом печінки системного рівня комплексів ендотоксин-

фібрoneктин в поєднанні зі зниженим (в порівнянні з хворими без патології печінки) рівнем ендотоксин-фібрoneктин в харкотинні (бронхоальвеолярних змивах). Останнє свідчить про виражену інгібіцію елімінації ендотоксину в бронхолегеневій системі у хво-

рих із поєднаною гепатопульмональною патологією.

Отримані дані є обґрунтуванням для лікувальної корекції гіпофібрoneктин-асоційованих порушень клітинного імунітету й зменшення патофізіологічної дії ендотоксина.

М. М. Гришин, О. О. Корчагіна, Ю. О. Зайцев, Н. Н. Аухадієв РАДІОНУКЛІДНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ В ДІАГНОСТИЦІ САРКОЇДОЗУ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

ДУ „Кримський державний медичний університет імені С. І. Георгієвського”, м. Сімферополь

В зв'язку з тим, що традиційні клініко-рентгенологічні, функціональні методи дослідження УЗД і комп'ютерна томографія легенів не завжди дозволяють у повному обсязі виявити саркоїдоз органів дихання, наростає роль радіонуклідних досліджень.

Обстежено 121 хворого з різними формами саркоїдозу органів дихання. Всім пацієнтам проводилось комплексне радіонуклідне дослідження. Вивчалися регіональний кровоток легенів (РФП МАА Тс-99m) і функція внутрішньогрудних лімфатичних вузлів (РФП 99mТс-технетрил). Реєстрація даних здійснювалась на сцинтиляційній гама-камері Sigma-410 фірми «Siemens».

У переважної більшості хворих було діагностовано порушення регіонарного кровотоку легенів (95,2 %). В більшій мірі (І–ІІІ ст.) зміни були виражені в пацієнтів, які страждали на поширені форми саркоїдозу, в меншій — у хворих з ураженням

внутрішньогрудних лімфатичних вузлів.

При порівняльному аналізі поширеності патологічного процесу в тканині легенів інформативність радіонуклідних методів переважає над клініко-рентгенологічними. У 46,8 % вперше виявлених та у 75,8 % хворих на рецидивуючий саркоїдоз виявлені функціональні зміни, які рентгенологічно не визначались. Особливо це стосується пневмосклеротичних змін. Співпадіння рентгенологічних та радіонуклідних показників в діагностиці пневмосклерозу спостерігається тільки при обширному ураженні легеневої тканини.

Таким чином, включення в діагностичну програму радіонуклідних методів суттєво підвищує інформативність одержаних даних, дозволяючи максимально ефективно оцінити поширеність і ступінь активності саркоїдозу органів дихання.

М. М. Гришин, Ю. А. Зайцев, Н. Н. Аухадієв, О. О. Корчагіна ЛІКУВАННЯ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСУ У ХВОРИХ СТАРШЕ 60 РОКІВ

ДУ „Кримський державний медичний університет імені С. І. Георгієвського”, м. Сімферополь

Спонтанний пневмоторакс (СП) є однією з причин невідкладного стану при патології органів дихання в стаціонарах фтизіатричного і пульмонологічного профілю, тим більше у хворих старше 60 років.

Вивчено причини виникнення, особливості перебігу та лікування СП у 106 пацієнтів похилого та старечого віку, які перебували на стаціонарному лікуванні в торакальному відділенні Кримського республіканського закладу «Протитуберкульозний диспансер №1» за період 2002–2012 рр.

Протягом доби з моменту виникнення ускладнення доставлені по швидкій допомозі 37 (34,9 %) хворих, решта надходила в терміни від 2 днів до 2,5 місяців. Пізніше надходження пояснювалось недостатнім обстеженням і безуспішною терапією в лікувальних установах за місцем проживання.

Виявлено найбільш часті причини виникнення СП: зниження еластичності легеневої тканини, розвиток пневмосклерозу, вікова емфізема легенів — склали 61 (57,5 %) випадок,

плевролегеневий туберкульоз — 29 (27,4 %), полікістоз, бронхоектатичні зміни, пневмонії — 16 (15,1 %).

Ми дотримувалися активної тактики лікування спонтанного пневмотораксу. Багаторазова пункційна аспірація повітря виявилася ефективною в 39 (36,8 %) хворих, торакоцентез з введенням дренажу в плевральну порожнину — у 48 (45,3 %), причому дворазове дренирування проведено в 13,2 %, триразове й більше — у 8,5 % пацієнтів. Відсутність ефекту від вищевказаних заходів вимагало проведення операції в 19 (17,9 %) хворих. Так як процеси загоєння в літньому і старечому віці протікають повільніше, ніж у молодих, то й клінічна реабілітація носила більш затяжний характер. Так, середня тривалість лікування одного пацієнта склала 49 (р < 0,01) днів, що значно перевищувало час лікування СП в осіб молодше 60 років.

Таким чином, діагностика СП у осіб старше 60 років складна і вимагає повноцінного клінічного обстеження, а лікування має проводитися в торакальних відділеннях.

М. М. Гришин, А. А. Хренов ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТИОТРОПИЯ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ КИСТОЗНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЛЕГКИХ

ГУ „Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского”, г. Симферополь

Цель исследования — научное обоснование целесообразности использования тиротропия для восстановления толеран-

тности к физической нагрузке в послеоперационном периоде у больных, оперированных по поводу кистозной гипоплазии

легких (легкой и средней тяжести).

Обследовано 19 больных с кистозной гипоплазией легких (легкой и средней тяжести), разделенных на группы в зависимости от использования в послеоперационном периоде терапии 4-недельного курса ингаляций тиотропия 1 раз в сутки.

Доказана клиническая эффективность использования

ингаляций тиотропия для сокращения сроков восстановления толерантности к физической нагрузке (по расстоянию, пройденному при 6-минутной ходьбе (6-MWD-тест)) у больных, оперированных по поводу кистозной гипоплазии легких (легкой и средней тяжести) в сравнении с подобными больными, не получавшими тиотропия.

М. Н. Гришин, В. Н. Чернышов, Ю. А. Зайцев, М. В. Свердлова

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ЦИТОХИМИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ ЛИМФОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ И ТЯЖЕСТЬЮ КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

ГУ «Крымский государственный медицинский университет», г. Симферополь

Изучены цитохимические нарушения лейкоцитов периферической крови (ЛПК) у 236 больных различными формами деструктивного туберкулеза. На основании исходных данных и изучения активности ферментов ЛПК было выделено 3 группы больных. В 1-ю вошли 78 (33,1 %) пациентов, у которых изменения находились в пределах колебаний показателей лиц контрольной группы. 2-ю группу (87 — 36,9 %) составили больные с умеренными нарушениями, в 3-ю включены 71 (30 %) наблюдаемый со стойкой депрессией энергетических ферментов.

Анализ клинико-рентгенологических проявлений деструктивного туберкулеза в выделенных группах показал, что у больных 1-й группы наибольшее количество составляли пациенты с очаговым туберкулезом легких (60,3 %). Инфильтрация легочной ткани была ограничена 1–2 сегментами. В легких преобладал начинающийся распад в 91 % случаев с размером деструкции до 2-х см в диаметре у 89,7 % больных. В 50 % клинические проявления были слабо выраженными. При этом установлено скудное бактериовыделение, где лекарственная резистентность МБТ зарегистрирована всего у 11,5 % пациентов.

Во 2-й группе превалировала инфильтративная форма (74,7 %), воспалительные изменения захватывали 1–2 доли легкого, у 52,6 % отмечались формирующиеся каверны размером 2–4 см. Степень клинических проявлений и течения заболевания носила умеренный характер (88,5 %), лекарственная невосприимчивость МБТ установлена у 21,8 % наблюдаемых.

В 3-й группе инфильтративный туберкулез составил 69 %, казеозная пневмония — 31 % и уже у 42,2 % пациентов инфильтрация распространялась на 3 и более долей легких, в 29,6 % случаев выявлялись сформированные каверны, в 16,9 % они были размером более 4 см в диаметре. Выраженная степень тяжести течения туберкулеза легких отмечалась у 83,1 % больных, бактериовыделение носило обильный характер с высоким уровнем лекарственной устойчивости МБТ в 36,6 % случаев.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют об определенной взаимосвязи между выраженностью цитохимических нарушений ЛПК и тяжестью клинико-рентгенологических проявлений деструктивного туберкулеза легких, массивностью бактериовыделения и уровнем лекарственной резистентности МБТ

Л. А. Грищук, В. Д. Рудик, О. І. Градова, Ю. В. Довбуш, В. Є. Цибуляк

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ПЛЕВРИТІВ ЗА ДОПОМОГОЮ ВІДЕОТОРАКОСКОПІЇ В ПРАКТИЦІ ФТИЗІОХІРУРГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»,
КУТОР «Тернопільський обласний протитуберкульозний диспансер»*

В сучасних умовах туберкульоз, як одна з найчастіших причин синдрому плеврального випоту, залишається досить актуальною проблемою. Синдром плеврального випоту часто є першим й одним з провідних проявів захворювання. Зменшення термінів встановлення істинної етіологічної належності плеврального випоту є найважливішою визначальною при виборі правильного напрямку подальшого лікування. Не завжди туберкульозну етіологію випоту можна виявити на підставі цитологічних, біохімічних, імунологічних, бактеріологічних та інших методів дослідження. Це обумовлює необхідність гістологічної верифікації діагнозу, в першу чергу, у хворих з відсутністю змін в легенях. У переважній більшості випадків синдром плевральних випотів виступає як ускладнення різних захворювань, що затрудняє диференціальну діагностику. В даний час, перевагу для отримання гістологічного матеріалу надають відеоасистованим хірургічним операціям.

У фтизіохірургічному відділенні Тернопільського обласного протитуберкульозного диспансера за 2011–2013 роки виконана відеоторакоскопія з біопсією плеври 198 пацієнтам (у віці від 18 до 76 років) з плевритами невідомої етіології. Відеоасистовані торакотомії проведено в 9 (4,6 %) пацієнтів.

Туберкульозний плеврит було діагностовано у 139 (70,2 %) хворих, неспецифічне запалення плеври — у 27 (13,6 %), онкологічні захворювання — у 23 (11,6 %) пацієнтів, інша патологія — у 9 (4,6 %). Серед іншої патології найчастіше зустрічались бульозна хвороба, саркоїдоз, випадок токсокарозу. Біопсію із гістологічним заключенням проведено в 96 % випадків.

Отже, при наявності у хворих синдрому плеврального випоту, в комплекс обстежень доцільно включати відеоторакоскопію з біопсією, що суттєво підвищить інформативність, дозволяючи своєчасно визначити природу патологічного процесу й розпочати адекватну терапію.

Н. М. Гульчук, О. В. Аврамчук, Л. І. Гречаник, М. М. Кужко, Л. М. Процик ВИЗНАЧЕННЯ ФАРМАКОКІНЕТИЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПРЕПАРАТІВ РИФАМІЦИНОВОГО РЯДУ У ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Державна установа "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України"
Головний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ»

Було проведено дослідження фармакокінетичних характеристик препаратів рифаміцинового ряду. Обчислювали дані зразків крові, набраних у 10 пацієнтів. Для формування однорідних груп кожен пацієнт виступав суб'єктом дослідження як в основній, так і в контрольній групах, які відрізнялись лише за характеристикою досліджуваного препарату (600 мг рифаміцин натрієвої солі або 600 мг рифампіцину) та способом їх введення.

Пацієнти, що брали участь у дослідженні, отримували одноразово рифаміцин натрієву сіль, 600 мг, попередньо розчинивши в 100 мл розчинника. Через декілька днів хворі отримували препарат порівняння: рифампіцин в капсулах, у дозі 600 мг, одноразово, перорально. Інші препарати в день дослідження не застосовували.

Було встановлено, що протягом перших трьох годин спостереження внутрішньовенне введення рифаміцину натрієвої солі супроводжувалося достовірно вищими показниками середньої концентрації, аніж при застосуванні рифампіцину перорально. На п'ятій годині була визначена зворотна тенденція – достовірно вищими виявився показник середнього значення концентрації рифампіцину ($2,9 \pm 0,5$) та ($0,6 \pm 0,1$) мкг/мл, відповідно, ($p < 0,05$). Наприкінці 5 години спостереження в крові були створені концентрації препаратів, що в 20 разів перевищували МІК для рифаміцин натрієвої солі, та в 9,7 разів, відповідно для рифампіцину.

Внутрішньовенне введення рифаміцину натрію супроводжувалося вищими показниками концентрації препарату в крові, ніж пероральне застосування рифампіцину. Зменшення рівня концентрації рифаміцину натрію у 100 % випадків спостерігалось вже на 1 годині обстеження, проте протягом наступних 3 годин у 9 ($90 \pm 9,5$ %) пацієнтів концентрації препарату були вищими за аналогічні показники при застосуванні рифампіцину.

Одною з характеристик біодоступності є максимальна концентрація в сироватці крові, так і час її досягнення. При подальшому аналізі було з'ясовано, що пікові концентрації в 100% випадків після внутрішньовенного введення визначались на 10 хвилині після проведення інфузії та становила в середньому ($22,9 \pm 2,3$) мкг/мл, ($p < 0,05$).

При застосуванні рифампіцину перорально, у 1 хворого, у середньому ($10,0 \pm 9,5$) % пацієнта пікові концентрації визначали на 1 годині після застосування препарату, та в 9 хворих, у середньому ($90,0 \pm 9,5$) % на 2 годині, тому при обчисленні середніх значень показника, що вивчався, у розрахунки брали максимальні концентрації препарату, які було досягнуто у кожного хворого поза залежності від часу. При пероральному застосуванні рифампіцину середня його максимальних концентрацій становила ($8,9 \pm 1,3$) мкг/мл.

Таким чином, в ході проведеного дослідження було встановлено, що протягом трьох годин спостереження у 90% пацієнтів внутрішньовенне введення рифаміцину натрієвої солі супроводжувалося достовірно вищими показниками середньої концентрації препарату в сироватці крові аніж при застосуванні рифампіцину перорально.

Середнє значення максимальної концентрації рифаміцину натрієвої солі після внутрішньовенного введення в дозі 600 мг становить ($22,9 \pm 2,3$) мкг/мл, що достовірно перевищує концентрацію рифампіцину при прийомі в капсулах, дозою 600 мг ($8,9 \pm 1,3$) мкг/мл ($p < 0,05$).

До п'ятої години спостереження в крові пацієнтів визначаються концентрації препаратів, що в 20 раз перевищують МІК рифаміцину натрієвої солі та в 9,7 раз – рифампіцину.

Н. М. Гульчук, О. В. Аврамчук, Л. І. Гречаник, Л. М. Процик, М. М. Кужко ЗАСТОСУВАННЯ МОДИФІКОВАНОЇ СХЕМИ ІНТЕНСИВНОЇ ФАЗИ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ПОШИРЕНІ ФОРМИ ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ З БАКТЕРІОВИДЛЕННЯМ

Державна установа "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України"
Головний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ»

Метою дослідження було визначення можливості збільшення ефективності лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз при різних варіантах комплексного введення антимікобактеріальних препаратів.

Основними недоліками перорального застосування лікарських засобів є те, що не враховується ряд факторів, що знижують як дозу введених препаратів, так і їх біодоступність (блювота, діарея, ефект первинного проходження через печінку, функціональний та морфологічний стан шлунково-кишкового тракту та ін.). Натомість, при парентеральному введенні препаратів біодоступність становить 100 %; створюються максимальні концентрації туберкулостатичних препаратів у крові та тканинах; доза препарату, що вводиться, є чітко контролюваною.

Переваги інфузійних форм препаратів, що входять до модифікованої схеми лікування:

- максимальна концентрація рифаміцину натрієвої солі (600 мг) після внутрішньовенного введення становить у середньому 22,9 мкг/мл, що значно перевищує концентрацію рифампіцину в капсулах при прийомі в дозі 600 мг (8,9 мкг/мл);
- мінімальна інгібуєча концентрація рифаміцину натрієвої солі в 10 разів менша за аналогічну концентрацію рифампіцину (0,03 мкг/мл та 0,3 мкг/мл відповідно);
- комплексне внутрішньовенне застосування антимікобактеріальних препаратів призводить до виключно великих та середніх рівнів бактеріостатичної активності крові (БАК) — на 6 години дослідження внутрішньовенне застосування антимікобактеріальних препаратів супроводжується великими 80,0 % та середніми 20,0 % рівнями БАК;
- у хворих із комплексним пероральним застосуванням антимікобактеріальних препаратів високі рівні БАК відмічені у 26,7 %, а в 46,7 % осіб зафіксовано середній рівень БАК.

У 44 хворих на поширені форми вперше діагностованого туберкульозу легень з бактеріовиділенням провели порівняльне дослідження клінічної ефективності модифікованої схеми інтенсивної фази лікування: в інтенсивну фазу лікування в складі 5-компонентного режиму застосовували комплексне внутрішньовенне введення по 60 доз ізоніазиду (10 % розчин для інфузій), рифаміцину натрієвої солі (концентрат 30 мг/мл для приготування розчину для інфузій) та етамбутолу гідрохлориду (10 % розчин для інфузій) у фармакопейно допустимих дозах сумісно із пероральним застосуванням піразинаміду та

внутрішньом'язовим введенням стрептоміцину. По закінченні інтенсивного етапу хіміотерапії до хворих застосовували стандартні режими підтримуючої фази.

Застосування модифікованої схеми лікування з комплексним парентеральним введенням препаратів призвело до скорочення середніх строків абацилювання мокротиння на 0,5 міс., у порівнянні з аналогічною групою (за віком та формою процесу), що отримувала стандартну терапію. Також констатована краща переносимість модифікованої схеми інтенсивної фази хіміотерапії.

Г. Л. Гуменюк, Л. А. Яшина, В. И. Игнат'єва

ВЛИЯНИЕ АЗЕЛАСТИНА НА КОНТРОЛЬ СИМПТОМОВ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины»

Цель исследования — изучить влияние азеластина на контроль симптомов аллергического ринита и астмы при лечении больных аллергическим ринитом (АР), сочетающимся с персистирующей бронхиальной астмой (БА) легкой и средней тяжести.

Обследовано 40 пациентов (14 мужчин, 26 женщин в возрасте 18–60 лет) с АР, сочетающимся с БА ($FEV_{1-71,4 \pm 5,7\%$). Азеластин назначался в дозе 0,14 мг в каждую половину носа в виде эндоназального спрея два раза в день в течение 21 дня.

Материалы и методы: эффективность лечения оценивалась по динамике клинических симптомов АР (общий риносчет) и БА (астма-контроль тест), частоте использования деконгестантов и бронхолитиков, данным риноманометрии (аппарат "Rinoscreen" фирмы "Erich Jaeger" (Германия)) и спирометрии (аппарат "MasterLab", фирмы "Erich Jaeger" (Германия)).

Результаты исследования. До начала лечения у 6 из 40 обследуемых отмечались тяжелые проявления симптомов АР, у 24 — умеренные и у 10 — легкие. Все пациенты отмечали снижение «качества жизни».

Начиная с 4-го дня лечения в статистически достоверном числе случаев исчезали симптомы аллергического ринита: чихание, заложенность, зуд в носу, ринорея.

Через 21 день общий риносчет снизился с $(7,6 \pm 0,7)$ баллов до $(2,7 \pm 0,9)$ баллов, $p < 0,05$. При риноскопии у 85 % больных определялась нормализация риноскопической картины.

Таблица

Показатели риноманометрии до и после лечения азеластин

Показатель	До лечения	После лечения
Flow R, мл/с	$276,7 \pm 16,4$	$312,7 \pm 14,7$
Resist.R, кПа x (с/л)	$0,79 \pm 0,09$	$0,48 \pm 0,04^*$
Flow L, мл/с	$199,3 \pm 16,6$	$220,7 \pm 12,4$
Resist.L, кПа x (с/л)	$1,06 \pm 0,07$	$0,61 \pm 0,09^*$
Flow Sum, (мл/с)	$476,0 \pm 15,7$	$533,3 \pm 20,3^*$

Примечание: * — достоверно по сравнению с исходными данными ($p < 0,05$)

При риноманометрии общий носовой поток увеличился с $(476,0 \pm 15,7)$ мл/сек до $(533,3 \pm 20,3)$ мл/сек, $p < 0,05$ (табл.).

Астма-контроль тест увеличился с $(18,3 \pm 0,7)$ баллов до $(24,7 \pm 0,9)$ баллов, $p < 0,05$. $FEV_{1-71,4 \pm 5,7\%}$ до $(98,3 \pm 11,7)\%$, $p < 0,05$. Сухость в носу отмечали 2 пациента, горечь во рту — 3, что не потребовало отмены препарата.

Выводы: Азеластин в суточной дозе 0,56 мг в течение 3 недель оказывал выраженное антиаллергическое действие, проявляющееся в положительной динамике клинических симптомов сочетанной патологии — АР и БА, а также данных риноманометрии и спирометрии, что свидетельствовало о достижении контроля над заболеванием. Препарат не оказывал серьезных побочных эффектов и хорошо переносился пациентами.

Г. М. Дараган, Т. А. Беломеря, Р. А. Родина, Л. В. Скрипка, В. В. Мозговой, Н. С. Чурсіна,
Т. О. Бородіна

ДОСВІД ДОНЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ ЩОДО ВПРОВАДЖЕННЯ ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ ЗА ТУБЕРКУЛЬОЗОМ В ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИХ ЗАКЛАДАХ

Головне управління Держсанепідслужби у Донецькій області
ДУ "Донецький обласний лабораторний центр Державної санепідслужби України"
КЛПУ "Обласна клінічна туберкульозна лікарня"
"Тренінговий центр з навчання боротьби з епідемією туберкульозу", м. Донецьк

У Донецькій області за останні 5 років (2008–2012 рр.) захворюваність та смертність усіма формами туберкульозу знизились на 17,3 % та 24,5 % та склали в 2012 р. відповідно 71,1 і 20,0 на 100 тис. населення. Разом з тим, на епідемічний процес негативно впливають високі екстенсивні показники захворюваності на сполучену патологію «ВІЛ-інфекція + туберкульоз» й туберкульоз з множинною лікарською стійкістю (МЛС) серед вперше виявлених хворих та з хронічними формами, що склали 30 %, 14 % та 40 % відповідно в 2012 р.

Найважливішу роль у розповсюдженні МЛС — туберкульозу відіграє внутрішньолікарняна трансмісія туберкульозної інфекції. За проаналізований період в області зареєстровано 35 випадків захворювання на туберкульоз серед медичних працівників протитуберкульозних закладів. Відносний ризик їх захворюваності, що розрахований за методикою російських фахівців, в 11 разів перевищив показник серед загального населення, що підтверджує актуальність інфекційного контролю у протитуберкульозних закладах [1].

Донецька область першою в Україні розпочала діяльність щодо впровадження компонентів інфекційного контролю, починаючи з 2008–2009 рр., ще до затвердження наказом МОЗ України від 18.08.2010 № 684 "Стандарту інфекційного контролю за туберкульозом...". На той час усі заходи базувалися на міжнародних принципах [2]. Завдяки спільному фінансуванню обласних органів влади, Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я, Благодійного фонду "Розвиток України" в 4 протитуберкульозних диспансерах відкриті перші в країні відділення для лікування хворих з множинною лікарською стійкістю на 200 ліжок, що були обладнані у т. ч. припливно-витягувальною вентиляцією, бактерицидними екранованими випромінювачами, придбані респиратори для медичного персоналу та індивідуальні маски для пацієнтів. В інших 11 протитуберкульозних диспансерах проведений аудит стану інфекційного контролю, впроваджено адміністративний компо-

нент та частково інженерний, респіраторний. У подальшому всі заходи адаптувалися до вимог національного стандарту. Поряд з позитивними моментами були виявлені проблемні питання в забезпеченні нормативних вимог роботи вентиляційних систем, застосуванні бактерицидних випромінювачів, засобів індивідуального захисту, оцінки ефективності заходів з інфекційного контролю, відповідного обліку і звітності, що потребують подальшого удосконалення, в т.ч. на державному рівні.

Важливим елементом у даній роботі є навчання спеціалістів. В області розроблено новий підхід до мультидисциплінарного навчання команд фахівців, що дав позитивний результат, в т. ч. і на національному рівні, а саме: команда в складі головного лікаря, головної медичної сестри, інженера з техніки безпеки, завідувачого бактеріологічною лабораторією протитуберкульозного диспансеру, лікаря-епідеміолога санітарно-епідеміологічного закладу. Враховуючи значну роль підготовки фахівців, за ініціативи Благодійного фонду "Розвиток України" в області на базі обласної клінічної туберкульозної лікарні створений перший в країні тренінговий центр з навчання боротьби з епідемією туберкульозу. Всього проведено 115 навчальних заходів для 2123 фахівців, з них — 16 спеціалізованих тренінгів з інфекційного контролю, на яких підготовлено 287 фахівців, в т. ч. з багатьох областей України. Якщо на початковому етапі тренінги проводилися тільки міжнародними експертами із США, Фінляндії, Російської Федерації, Латвії, то у теперішній час в області підготовлені високопрофесійні тренери з числа працівників санітарно-епідеміологічної, фтизіатричної служб, викладачів медичного університету, які пройшли зарубіжну підготовку, отримали позитивні оцінки міжнародних експертів та відгуки завідувачих кафедрами фтизіатрії, епідеміології Національних медичних університетів України, мають значний досвід практичного впровадження та застосування компонентів інфекційного контролю в протитуберкульозних закладах області, тощо.

Р. С. Демус

ЛЕГЕНЕВІ АРТЕРІОВЕНОЗНІ ФІСТУЛИ

ДУ «Національний Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»

Мета роботи. Виявити частоту легеневих артеріовенозних фістул (АВФ).

Матеріали й методи. Співробітниками нашого відділення проаналізовано 20 спостережень даного захворювання за останні 32 роки. У більшості випадків (70,0 %) хворі надходили в відділення з діагнозом АВФ, підтвердженим ангіопульмографічним дослідженням або КТ ОГК з болюсним контрастуванням. В 20,0 % випадків хворим був встановлений діагноз «кіста легені», в одного пацієнта (5,0 %) — пухлина легені, і ще в одного (5,0 %) — хронічна пневмонія з бронхоектазами.

Тривалість захворювання з моменту виявлення патології або появи клінічних симптомів до оперативного лікування

була до 1 місяця в 3 (15,0 %) осіб, до 1 року — в 2 (10,0 %), від 1 до 5 років — в 6 (30,0 %), більш 5 років — в 8 (40,0 %). В 3 (15,0 %) хворих патологія була виявлена при плановому профогляді.

Серед хворих переважали чоловіки — 13 (65,0 %). Середній вік пацієнтів склав 25,0 років. В 4 (20,0 %) хворих відзначений синдром Рандю-Вебера-Ослера. Найбільш характерними скаргами були акроціаноз, задишка при навантаженні, швидка втомлюваність. При лабораторному дослідженні виявлені ознаки поліцитемії й гіпоксемії. Всі пацієнти були прооперовані. В 15 (75,0 %) випадках використовувався боковий доступ, в 4 (20,0 %) — задньо-боковий, в 1 (5,0 %) — передньо-боковий. Були виконані наступні оперативні втручання: крайова

або часткова резекція долі в 4 хворих (20,0 %), лобектомія — в 15 (75,0 %), перев'язка А4,5 і А8,9 правої легені — в 1 (5,0 %).

Множинні АВФ були виявлені в 4 хворих (20,0 %). При цьому анеризми розташовувалися як у глибині легеневої тканини, так і субплеврально. Практично в усіх пацієнтів була відзначена зміненна навколишня легенева тканина (ущільнена, ціанотична, пастозна). В одиничних спостереженнях були виявлені бульозні зміни легені, значне збільшення діаметра судин легені, різке звуження діаметра бронха тієї частки, яка містила АВФ.

Результати й обговорення. Післяопераційний період про-

тівав без ускладнень в 15 (75,0 %) хворих. Виконана одна реторакотомія з приводу внутрішньооплевральної кровотечі. Інші ускладнення ліквідовано консервативним шляхом. Помер один пацієнт (5,0 %) — 24 років із двосторонніми АВФ на 24-ту добу після нижньої лобектомії справа. Причина смерті кровотеча з контрлатеральної легені і асфіксії кров'ю. Цей випадок свідчить про необхідність раннього виявлення пацієнтів з АВФ легень і своєчасного оперативного лікування.

Висновок: АВФ — рідкісна вроджена судинна патологія бронхолегеневої системи.

Р. С. Демус

ДВОБІЧНІ ПЛЕВРАЛЬНІ ВИПОТИ

ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины»

Мета роботи. Виявити частоту двобічних плевральних випотів (ДПВ) й окремих етіологічних факторів.

Матеріали та методи. За період з 2003 по 2012 рр. нами було проліковано 712 хворих з ПВ різної етіології. Із них у 650 (91,2 %) ПВ був однібічним і в 62 (8,8 %) двобічним.

Пацієнтів із ДПВ різної етіології заключний діагноз був підтверджений морфологічно, шляхом вивчення плевральних біоптатів, отриманих при трансторакальній закритій пункційній біопсії парієтальної плеври і/або (відео)торакоскопії з біопсією плеври, а також бактеріологічно — при туберкульозному плевриті, коли при посіві отриманого матеріалу був виявлений ріст мікобактерій туберкульозу.

Результати й обговорення. Серед пацієнтів з ДПВ у 8 (12,9 %) був діагностований туберкульозний випіт (I група), у 19 (30,7 %) — неспецифічний випіт (II група), у 18 (29 %) — онкологічне враження плеври (III група), й у 17 (27,4 %) — кардіогенний ДПВ (IV група). Серед пацієнтів з ДПВ в загальній групі

розподіл по віковій ознаці був наступним: до 30 років 2 (3,2 %) пацієнти, від 30 до 50 років 17 (27,4 %), більше 50 років 43 (69,4 %) відповідно. Серед пацієнтів з ДПВ розподіл по статевій ознаці в загальній групі був наступним: було 40 чоловіків (64,5 %), жінок — 22 (35,5 %). Таким чином, в загальній групі переважали чоловіки. В I групі найбільше хворих віком до 50 років (62,5 %), тоді як в III і IV групах значно переважали хворі старше 50 років — відповідно 16 (88,9 %) і 14 (82,4 %) спостережень.

Висновки. ДПВ мають свої особливості відносно однібічних:

1. ДПВ діагностуються рідше однібічних.
2. ДПВ найчастіше діагностуються в пацієнтів старше 50 років;
3. Етіологія ДПВ у пацієнтів до 50 років здебільшого запального характеру, а після 50 років — кардіогенного й онкологічного генезу.

Пацієнти з ДПВ знаходяться в більш важкому стані й обтяжені супутньою патологією, тому для діагностики найчастіше використовується закрита трансторакальна біопсія парієтальної плеври.

Г. В. Демчук, Ю. М. Мостовой

РЕГІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИБІОТИКІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

З метою оцінки регіональних особливостей застосування антибактеріальних препаратів для лікування негоспітальної пневмонії (НП) проведено проспективне порівняльне дослідження відповідності призначень антибіотиків при НП державним інструктивним документам у стаціонарах міської клінічної лікарні (МКЛ) та центральної районної лікарні (ЦРЛ), оцінка впливу не рекомендованої та рекомендованої антибіотикотерапії на ефективність лікування негоспітальної пневмонії (НП).

У дослідження були включені 53 пацієнти, які лікувались з приводу НП в умовах терапевтичного відділення однієї з ЦРЛ Вінницької області (група ЦРЛ), та 47 пацієнтів, які лікувались з приводу НП в МКЛ м. Вінниці (група МКЛ) протягом 2010 - 2012 років. Групи були репрезентативними за віком та статтю, середній вік відповідав $55,4 \pm 16,5$ роки в групі МКЛ та $54,5 \pm 18,7$ роки в групі ЦРЛ, чоловіків було 20 (42,6 %) в групі МКЛ та 30 (56,6 %) в групі ЦРЛ. Важкість НП відповідала 3 та 4 групам згідно з наказом № 128 МОЗ України від 19.03.2007 р. Для кожного пацієнта було оцінено ризик смерті та вибір місця лікування НП за шкалою CRB-65. Аналізувались дані про амбулаторну антибіотикотерапію до поступлення в стаціонар, лікування в умовах стаціонару. Оцінювали відповідність

терапії рекомендаціям та її клінічну ефективність.

Відповідно до показників шкали CRB-65 тільки 2 хворих з групи МКЛ та 9 осіб з групи ЦРЛ потребували обов'язкової госпіталізації за важкістю стану. Інші пацієнти (45 (95,7 %) з групи МКЛ та 44 (83 %) з групи ЦРЛ) мали низький ризик летальності та могли б лікуватись амбулаторно. До госпіталізації на амбулаторному лікуванні з приводу інфекцій дихальних шляхів знаходилось 12 (22,6 %) осіб з групи ЦРЛ та 40 (85,1 %) з групи МКЛ ($p < 0,0001$). АП отримував один пацієнт (1,9 %) з групи ЦРЛ (цефазолін 1,0 внутрішньом'язево 2 рази на день, 3 дні) та 18 (38,3 %) з групи МКЛ. Більшість пацієнтів цієї групи (10 (55,6 %) осіб) отримували рекомендовані препарати: амоксицилін, амоксицилін/клавуланат, кларитроміцин, цефуроксим, цефтріаксон, однак відзначались призначення низької дози препарату, порушення режиму та шляху введення.

У стаціонарі вибір антибіотиків відповідав рекомендаціям у 96 (94,1 %) призначеннях в групі МКЛ та у 111 (84,1 %) в групі ЦРЛ ($p < 0,05$). Однак, в групі ЦРЛ частіше (31 (58,5 %)), ніж в групі МКЛ (13 (27,6 %)) призначались відповідні до рекомендацій та важкості стану хворого комбінації антибіотиків ($p < 0,001$). Найбільш популярними

антибіотиками в МКЛ були цефтріаксон, левофлоксацин, в більшості випадків застосовувалось їх поєднання, що не відповідало важкості НП. В групі ЦРБ найчастіше призначались цефтріаксон та макроліди (кларитроміцин, азитроміцин), також в комбінації, що відповідало важкості НП та рекомендаціям з лікування ($p < 0,001$). Перевагу монотерапії респіраторними фторхінолонами над комбінацією цих препаратів з β -лактамами надавали також частіше в ЦРБ.

Рівень одужання без необхідності амбулаторного долікову-

вання був вищий у групі ЦРЛ — 35 (66 %) пацієнтів, проти 25 (53,2 %) пацієнтів МКЛ ($p < 0,05$). Призначення антибіотикотерапії в умовах ЦРЛ в більшій ступені відповідало рекомендаціям, що призвело до вищого числа одужань без необхідності амбулаторного доліковування.

Найважливіша помилка — не коректна оцінка важкості стану пацієнта та вибір місця лікування як в умовах МКЛ, так і в ЦРЛ на амбулаторному етапі.

В. Джугостран, В. Антипа, С. Гараева, Г. Редкозубова, Г. Постолати, О. Календа НАРУШЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ АМИНОКИСЛОТ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ

НИИ Фтизиопневмологии им. К. Драганюка

НИИ физиологии и санокреатологии, г. Кишинев, Республика Молдова

Цель и задачи исследования: выявление нарушений обмена аминокислот (АА) при туберкулезе легких (ТЛ) и туберкулезном экссудативном плеврите (ТЭП).

Клинический материал: 212 больных, у большинства — сочетание поражения легких и плевры.

Методы: хроматография, пакет статпрограмм «Microcal-Origin», сравнение с аминокраммами здоровых лиц.

Результаты и их обсуждение. При ТЛ в крови больных выявлено сниженное, по сравнению с нормой, содержание большинства АА, но в то же время концентрации цистеина, этаноламина были существенно выше нормы. Концентрация аммиака до лечения превышала норму в 4 раза, что свидетельствует о значительных нарушениях азотистого обмена. В крови больных ТЭП концентрации АА ниже нормы (особенно триптофана и аргинина); плевральном экссудате (ПЭ) их столько же, как в крови больных и только треонина достоверно меньше. Триптофана и аргинина в ПЭ достоверно больше, чем в крови — это усиливает их дефицит в крови, что имеет важное значение и указывает на необходимость целенаправленной коррекции лечения.

Концентрации гликогенных АА в крови (за исключением валина) существенно ниже нормы. В ПЭ их столько же, как и в крови, но серина и треонина — достоверно меньше, а содержание валина выше, чем в крови. Выявлен дефицит кетогенных АА, который усугубляется их фильтрацией в экссудат. Это может влиять на образование ацетоацетил-коэнзима А. Таким образом, выявлены существенные дефициты АА из всех функциональных групп (в крови) — наиболее важные в группах заменимых и незаменимых, кетогенных и протеиногенных АА. Наличие больших количеств этих АА в ПЭ указывает на необходимость предотвращения их потерь путем ускоренного прекращения экссудации в полость плевры. Концентрации мочевины в крови и ПЭ, будучи практически одинаковыми ($60,19 \pm 86,10$ и $66,22 \pm 42,54$ мсМ/100мл), в то же время достоверно меньше, чем в крови здоровых. Концентрация аммиака в крови больных ($72,69 \pm 28,35$ мсМ/100мл) в три раза выше нормы ($18,00$ мсМ/100мл) и суцес-

твенно выше, чем в ПЭ ($53,38 \pm 37,51$ мсМ/100мл). Эта гиперамониемия указывает на наличие тяжелой интоксикации, подтверждает свидетельство спекрофотометрического определения молекул средней массы в ПЭ о высокой токсичности этой биологической жидкости и на то, что требуется её безотлагательное и систематическое удаление. Применение лечебной тактики, основанной на лимфологических технологиях, обеспечило преимущество в ликвидации ТЭП (на 17 % чаще чем в контроле), в том числе: без видимых спаек и плевральных наложений — чаще на 30 % и кроме того существенное сокращение сроков лечения (средняя продолжительность в тематической группе $59,8 \pm 2,2$ дней, а в контроле — $74,8 \pm 3,1$ койко/дней; $p < 0,1$). Этот результат достигнут в контролируемом рандомизированном исследовании с применением лимфотропной гормоно- и химиотерапии, управления интерстициально-гуморальным транспортом и лимфодренажом путем создания осмотических градиентов между вовлеченными в патологический процесс тканевыми секторами за счет индивидуализированного использования полифункциональных препаратов Реосорбилант и Сорбилант. Концентрации Изониазида в экссудате, определяемые после его регионального лимфотропного введения ($2,36 \pm 1,3$ мг/л), в 6,4 раза больше, чем создаваемые при использовании той же дозы per os ($0,37 \pm 0,33$ мг/л). Такое превышение минимальной ингибирующей концентрации препарата в плевральном экссудате демонстрирует возможность обеспечения локального антисептического действия за счет регионального лимфотропного введения препарата.

Поскольку с экссудатом больной теряет существенные количества цитрулина, цистеина, лейцина, тирозина, триптофана, гистидина и аргинина, то при лечении следует применить возмещение этих метаболитов важных для иммунитета, антистрессовой защиты и т.д. Для этого наиболее обоснованным с точки зрения эндоекологической реабилитации является применение многокомпонентных полифункциональных препаратов типа «Аминол».

В. Я. Джугостран, О. В. Календа, А. В. Нигуляну, В. Д. Злепка ОСМОТИЧЕСКИЙ ЛИМФОДРЕНАЖ И ПЛАЗМАФЕРЕЗ ПРИ ОБОСТРЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

НИИ Фтизиопневмологии им. К. Драганюка, г. Кишинев, Республика Молдова

В моноцентровом контролируемом рандомизированном исследовании оценена клиническая эффективность комплекса лимфологических методов (КЛМ) в сравнении с обычным лече-

нием обострения персистирующей бронхиальной астмы умеренного и тяжелого течения. Клинический материал: основная группа (ОГ) — 85 больных (возраст 31–50 лет, давность заболе-

вания свйше 5 лет — у 71 %, стероидозависимые — 34 %, осложнения — у 84 %; контрольная группа (КГ) сопоставимая по полу, возрасту, продолжительности и другим характеристикам патологии — 56 больных. В состав КЛМ включены: лимфотропная антибиотикотерапия (строго по показаниям), глобальная химическая гиперосмолярная стимуляция лимфодренажа (СЛД), корректоры микроциркуляции и реологии.

Выраженность и частота ведущих клинических симптомов в ОГ до лечения и после него: частота симптома “кашель” уменьшилась с 89 % до лечения до 19 % после него ($p < 0,001$) т.е. в 4,7 раза; соответственно этим этапам кашель сопровождался экспекторацией мокроты с частотой 76 % и 7 % ($p < 0,02$); благоприятное изменение характера мокроты достигнуто в 99 %; одышка стала наблюдаться в 4,4 раза реже ($p < 0,001$); в целом во всей группе приступы астмы стали отмечаться в 5,6 раза реже ($p < 0,001$); клинические проявления интоксикации зарегистрированы после лечения в 5,3 раза реже ($p < 0,001$); после лечения хрипы сохранялись только с частотой 0,21, т.е. диагностировались в 4,1 раза реже ($p < 0,001$). По данным спирографии, после лечения частота нарушений 3-й степени уменьшилась с 36 % до 18 % ($p < 0,01$).

В результате сравнения результатов тематического лечения с полученными в контрольной группе (лечение обычными методами), выяснено, что: симптом “кашель” в основной группе стал определяться в 4,1 раза реже, чем в контроле ($p < 0,001$); частота кашля с выделением мокроты в ОГ стала в 8,6 раз реже, чем в контроле ($p < 0,001$); частота симптома “выделение слизисто-гноной мокроты” в КГ после лечения на 50 % больше ($p < 0,001$); при сравнении количества и характера мокроты выясняется, что результаты в ОГ существенно лучше; частота выяв-

ления хрипов стала в ОГ в 2,4 меньшей, чем в контроле ($p < 0,01$).

При сопоставлении данных сочетанного лечения (КЛМ + плазмаферез) с результатами применения только плазмафереза выяснено, что получены приблизительно одинаковые результаты. Сочетанное применение плазмафереза с КЛМ, в который включали стимуляцию лимфодренажа препаратами содержащими многоатомный спирт (Маннитол) позволило еще более повысить результат: частота симптома “кашель” уменьшилась на 12 %, а приступов астмы — на 10 %. Сравнение результатов применения плазмафереза с данными о применении КЛМ выявило достоверное превосходство последнего в устранении признаков “сухой кашель” и “приступы астмы” ($p < 0,08$) и отсутствие статистически значимых различий по остальным симптомам. Таким образом, представляется очевидным равенство результатов применения терапевтического (практически атравматичного) метода — КЛМ и эффективности метода эфферентной медицины — плазмафереза, для применения которого необходимы специальные условия, сложное, дорогостоящее оборудование, применение антикоагулянтов, возмещение плазмы и т.д. Оценка выраженности общей интоксикации методом определения в крови концентрации токсинов средней массы показала, что при обострении БА тяжесть этого синдрома сравнима с ситуацией при деструктивной пневмонии.

Таким образом, для лечения БА — заболевания гипоксического типа — представляется совершенно оправданным включение в применяемый КЛМ новых полифункциональных препаратов осмотического, реологического, дезинтоксикационного и антигипоксического действия как Реосорбילакт, Сорбилакт и Аминол.

О. Я. Дзюблик, В. А. Стежка, Н. М. Недлінська, В. А. Ячник, Г. Б. Капітан, О. О. Мухін, Л. В. Чечель КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ У ХВОРИХ ІЗ ІНФЕКЦІЙНИМ ЗАГОСТРЕННЯМ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ

ДУ «Інститут медицини праці НАМН України», м. Київ

Відомо, що основним чинником, що обмежує патологічний вплив активних метаболітів кисню (АМК) в організмі людини, є антиоксидантна система. Рядом дослідників встановлено, що загострення бронхіальної астми (БА) та використання глюкокортикостероїдів призводить до порушення оксидантно-антиоксидантного захиту організму.

Мета дослідження: нормалізувати стан антиоксидантного захиту організму хворих з інфекційним загостренням (ІЗ) БА вірусної етіології шляхом використання в комплексній терапії препарату з антиоксидантною дією — кверцетину.

Стан активності вільнорадикального перикисного окислення ліпідів вивчали в 21 хворого з ІЗ БА (які були поділені на 2 групи) в порівнянні з 9 практично здоровими особами (донорами) в вихідному стані та через 1 тиждень лікування. У 10 хворих (2 група) в комплексному лікуванні загострення додатково призначали протівірусний препарат, а в 11 хворих (1 група) додатково до вищевказаної терапії застосовували антиоксидантний препарат — кверцетин (щодня всередину по 40 мг 2 рази на день).

Для визначення активності системи вільнорадикального перикисного окислення ліпідів (ВРПОЛ) використовували реєстрацію спонтанного (СХЛ) та Fe^{2+} -індукованого надслабкого світіння плазми крові хворих (хемілюмінесценції) у вихідному стані та на 7 добу лікування в порівнянні з 9 практично здоровими донорами.

До лікування в всіх хворих у порівнянні з донорами визначався підвищений рівень СХЛ плазми крові (521 ± 24 імп/1 хв

проти (408 ± 16) імп/1 хв, $p < 0,01$).

Через 1 тиждень у хворих 2-ї групи в плазмі крові стрімко зростає рівень СХЛ (970 ± 8) імп/1 хв проти (297 ± 33) імп/1 хв, $p < 0,001$). Отже, базисна терапія чинила чіткий і однозначний прооксидантний вплив на організм хворих.

Застосування в комплексному лікуванні хворих із загостренням бронхіальної астми вірусної етіології нетяжкого перебігу кверцетину протягом 1 тижня (1-а група), у порівнянні з 10 хворими 2-ї групи, яким до комплексного лікування додавався тільки протівірусний препарат протягом 5 днів, сприяло достовірному зниженню підвищеної активності ВРПОЛ. Достовірно менше вираженим був рівень СХЛ у плазмі крові (567 ± 66) імп/1 хв проти (970 ± 8) імп/1 хв, $p < 0,001$). В умовах реєстрації ІХЛ в ній: зберігалось накопичення первинних продуктів процесу ПОЛ — токсичних гідроперекисів ліпідів ($87,3 \pm 4,5$) імп/с проти ($88,0 \pm 2,7$) імп/с, $p > 0,5$) та у меншій мірі накопичення перекисних продуктів вільнорадикальних реакцій (13612 ± 989) імп/6 хв проти (17929 ± 845) імп/6 хв, $p < 0,01$). Але при цьому у плазмі крові хворих 1-ої групи спостерігається достовірне зменшення інтенсивності перебігу процесу ПОЛ ($32,7 \pm 7,8$) імп/с проти ($48,0 \pm 7,1$) імп/с, ($p < 0,2$), а швидкість окислення ліпідів ($7,0 \pm 0,9$)° проти ($15,3 \pm 2,7$)°, $p < 0,02$) та їхня резистентність до переокислення (10212 ± 419) імп/6 хв проти (14122 ± 1804) імп/6 хв, $p < 0,05$) нормалізувались до контрольних величин (відповідно ($7,0 \pm 1,4$)° та (10207 ± 362) імп/6 у донорів). Тривалість латентного періоду перед розвитком

повільного спалаху ІХЛ та час виходу надслабкого світіння на плато (або максимум) не відрізнялися від таких у донорів.

Таким чином, застосування антиоксидантного препарату кверцетин сприяло покращенню показників активності ВПОЛ (зменшення вираженості системної активації

вільнорадикальних процесів в організмі хворих, індукції оксидативного стресу та процесу перекисного окислення ліпідів та уникнення неминучого прооксидантного впливу запального процесу, який виникає в результаті загострення хвороби).

**О. Я. Дзюблик, І. В. Дзюблик, О. В. Обертинська, Г. Б. Капітан, Н. М. Недлінська,
О. О. Мухін, Л. В. Чечель, В. А. Ячник, В. Я. Клягін, С. І. Панчук**
**СХЕМА ДІАГНОСТИКИ ІНФЕКЦІЙНОГО ЗАГОСТРЕННЯ
БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ВІРУСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ**

*Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонологіїм. Ф. Г. Яновського НАМН України», Київ, Україна
Державна установа «Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ України», Київ, Україна*

Широка розповсюдженість вірус-індукованих загострень бронхіальної астми (БА) (до 60–80 % всіх загострень) та відсутність належно доведених рекомендацій щодо їх своєчасної етіологічної діагностики суттєво впливає на ефективність лікування цієї недуги та розвитку ускладнень.

Пропонується схема діагностики інфекційного загострення (ІЗ) БА вірусної етіології, яка базується на рекомендаціях «Клінічного протоколу надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія» хворим на БА» (наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р.) та передбачає паралельний діагностичний пошук із метою встановлення в хворого наявності клініко-функціональних ознак загострення БА, визначення його інфекційного характеру та лабораторне підтвердження вірусної етіології загострення.

Додаткове використання поряд із традиційним клініко-функ-

ціональним обстеженням хворих із загостренням БА сучасних лабораторних методів діагностики — кількісного нефелометричного визначення рівня С-реактивного протеїну сироватки крові, «швидких» імунохроматографічних (ІХ) тестів та полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) в реальному часі з використанням мультіплексних вірусних тест-систем дозволяє своєчасно провести ранню диференційну діагностику загострення БА, визначити його інфекційний характер та підтвердити етіологічну значущість вірусних збудників у 57,7 % хворих.

Застосування цієї схеми діагностики на практиці сприяло вчасному призначенню етіотропної противірусної терапії, що позитивно вплинуло на ефективність лікування хворих з ІЗ БА — скоротило тривалість загострення на 1–2 дні та зменшило кількість ускладнень на 15 %.

**О. Я. Дзюблик, І. В. Дзюблик, О. В. Обертинська, Г. Б. Капітан, О. О. Мухін, Л. В. Чечель,
Р. Є. Сухін, Н. М. Недлінська, В. Я. Клягін, В. А. Ячник**
**СПЕКТР ВІРУСНИХ ЗБУДНИКІВ ІНФЕКЦІЙНОГО ЗАГОСТРЕННЯ
БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДОРΟΣЛИХ**

*Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонологіїм. Ф. Г. Яновського НАМН України», Київ, Україна
Державна установа «Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ України», Київ, Україна*

Мета роботи: вивчення спектру вірусних збудників інфекційного загострення (ІЗ) бронхіальної астми (БА).

Об'єкт і методи дослідження: мазки із носу 116 хворих з ІЗ БА (60 чоловіків і 56 жінок у віці 26–76 років), підтвердженим результатами комплексу клініко-функціональних і лабораторних методів дослідження. Лабораторну діагностику вірусної інфекції здійснювали методом полімеразної ланцюгової реакції в режимі реального часу (PCR-FRT). За допомогою PCR-FRT виявляли антигени вірусів грипу А і В (Influenza virus A/B), парогрипу (hPV), аденовірусів (hAdV), бокавірусів (hBoV), риновірусів (hRV), коронавірусів (hCoV), респіраторно-синцитіального (hRcV) і метапневмовіруса (hMpV). Робота виконувалась у 2011–2013 рр. За кошти держбюджету.

Результати дослідження. Вірусні збудники були ідентифіковані в 57,5 % хворих з ІЗ БА. Найбільшу етіологічну значущість серед вірусних збудників ІЗ БА мали hRV — в 52,2 % випадків. Значно рідше виявляли hBoV — в 13,0 % випадків; hMpV — в 8,7

%; hRcV — в 6,5 %; hCoV, hAdV, hPV, грип А і В — в 4 % кожний.

У хворих з ІЗ БА вірусні збудники були виявлені переважно в зимово-весняний період: у грудні-лютому — у 32,5 % обстежених пацієнтів, у березні-травні — у 48,8 %, що в цілому співпало з сезонністю захворювань ГРВІ, зумовленими цими збудниками. Слід зазначити, що під час проведення дослідження офіційно зареєстрованої епідемії грипу не було.

Частота виявлення вірусних збудників ІЗ БА залежала від терміну обстеження пацієнтів від початку загострення. У перші три дні загострення частота виявлення вірусних збудників становила 78,3 %; на 4–7 добу — 21,7 %; на 8 добу і пізніше в жодного обстеженого хворого вірусний збудник не виявили.

Висновки. Отримані результати свідчать, що найбільшу етіологічну значущість у хворих з ІЗ БА серед вірусних збудників мають риновіруси, а частота виявлення вірусних патогенів залежить від терміну обстеження пацієнта й збігається з сезонністю захворювання ГРВІ.

**О. Я. Дзюблик, Г. Б. Капітан, Н. М. Недлінська, О. О. Мухін, Л. В. Чечель, Р. Є. Сухін,
В. Я. Клягін, В. А. Ячник**

ПРОТИВІРУСНА ТЕРАПІЯ У ХВОРИХ ІЗ ВІРУС-ІНДУКОВАНИМ ЗАГОСТРЕННЯМ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», Київ, Україна
Державна установа «Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ України», Київ, Україна

Мета дослідження: вивчити ефективність та безпеку противірусного препарату вітаглутаму в комплексному лікуванні хворих з інфекційним (вірусним) загостренням бронхіальної астми (ІЗ БА).

Об'єкт та методи дослідження: 116 хворих з ІЗ БА вірусної етіології (60 чоловіків і 56 жінок у віці 19–76 років). До складу 1-ї групи включили 55 хворих, яким проводили терапію загострення БА згідно до вимог наказу МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. з використанням протизапальних препаратів (інгальційні та системні глюкокортикостероїди) в поєднанні з бронхолітиками, мукорегуляторами. Пацієнтам 2-ї групи (41 особа) додатково призначили противірусний препарат вітаглутам (Інгавірін, «Валента Фармацевтика», Росія) перорально в дозі 90 мг 1 раз на добу впродовж 5 днів. В усіх випадках противірусна терапія була емпіричною, а об'єм терапевтичних заходів та шляхи введення препаратів визначали за ступенем тяжкості загострення та відповіді на початковий етап терапії. Оцінку загального стану хворих та клініко-функціональних ознак ІЗ БА в групах порівняння проводили на початку, на 2–3-тю, 10-ту та 20-ту добу спостереження. Робота виконана на кошти держбюджету.

Результати дослідження. В процесі лікування (на 2 та 3 візитах) у хворих 2-ї групи спостерігалась більш швидка (в середньому на 1–2 дні) позитивна динаміка зникнення клінічних проявів інтоксикації та катаральних симптомів — достовірне зменшення кількості хворих з лихоманкою, головним та м'язовим боєм, гіперемією слизових оболонок та кон'юнктиви, утрудненим носовим диханням, кашлем тощо. На 4 візиті достовірних відмінностей між групами порівняння в покращанні загального стану, зменшенні вираженості клінічних ознак бронхообструкції, частоти денних та нічних симптомів, потреби в скоропомічних препаратах не відмічено. Повну ліквідацію загострення встановили в 80,0 % хворих 1-ї групи та в 85,4 % — 2-ї групи. В той же час у хворих 2-ї групи зафіксована достовірно менша (на 15 %) кількість бактеріальних ускладнень, які потребували призначення антибактеріальних препаратів та продовження терміну лікування. Вітаглутам добре переносився хворими — передчасного припинення лікування внаслідок розвитку ускладнень або побічних токсико-алергічних реакцій не було.

Висновки: поєднання базисного лікування ІЗ БА вірусної етіології з емпіричним прийомом вітаглутаму дозволяє зменшити прояви інтоксикації та катаральні явища, скоротити їх тривалість та зменшити кількість бактеріальних ускладнень.

Я. О. Дзюблик, О. В. Обертинська

АЛГОРИТМ ЕТІОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ НЕГОСПІТАЛЬНИХ ІНФЕКЦІЙ НИЖНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ

Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», Київ, Україна
Державна установа «Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ України», Київ, Україна

Діагностика негоспітальних інфекцій нижніх дихальних шляхів (НІНДШ) залишається важливою та до кінця невирішеною проблемою. Особливо це стосується верифікації етіології цих захворювань. Традиційні методи досліджень дозволяють виявити етіопатоген не більше ніж в 50 % випадків, що пов'язано із великою кількістю ймовірних збудників та недосконалістю існуючих лабораторних методів.

Метою роботи була розробка алгоритму етіологічної діагностики НІНДШ з використанням сучасних бактеріологічних та молекулярно-генетичних методів дослідження.

Матеріал і методи. Обстежено 638 хворих з НІНДШ. З них у 402 пацієнтів було діагностовано негоспітальну пневмонію, а у 236 — інфекційне загострення хронічного обструктивного захворювання легень/хронічного бронхіту (ХОЗЛ/ХБ).

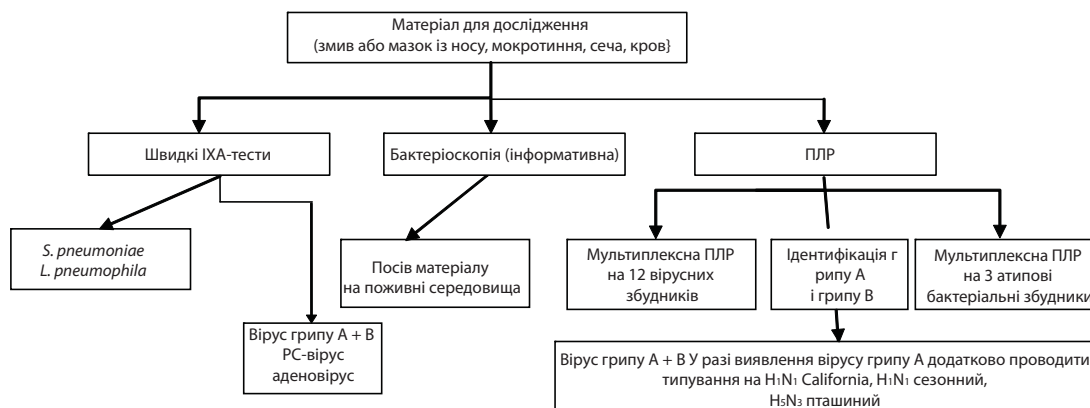


Рис. 1. Алгоритм етіологічної діагностики НІНДШ.

Матеріалом для проведення лабораторних досліджень слугували мокрота, мазки з носоглотки, сечата кров. Бактеріологічний метод включав в себе бактеріоскопію пофарбованих за Грамом мазків мокротиння (а у хворих із тяжким перебігом також й крові) та посів матеріалу на поживні середовища. Крім того, застосовували сучасні високоспецифічні та високочутливі швидкі тести, засновані на принципах імунохроматографічного аналізу для ідентифікації *S. pneumoniae*, *L. pneumophila*, вірусів грипу А і В, респіраторних аденовірусів та РС-вірусу. Молекулярно-генетичні методи (полімеразно-ланцюгова реакція — ПЛР — у реальному часі) були використані для діагностики атипових бактеріальних та респіраторних вірусів. За допомогою наборів Seeplex®RV12 ACE Detection проводилась мультиплексна ПЛР для одночасного визначення фрагментів нуклеїнових кислот наступних вірусів: human adenovirus (AdV), influenza A virus (FluA), influenza B virus (FluB), human respiratory syncytial virus A (RSVA), human respiratory syncytial virus B (RSVB), human metapneumovirus (MPV), human parainfluenzavirus 1

(PIV1), human parainfluenzavirus 2 (PIV2), human parainfluenzavirus 3 (PIV3), human rhinovirus A / B (HRV), human coronavirus 229E / NL63 (229E/NL63), human coronavirus OC43/HKU1 (OC43/HKU1). Також позитивні зразки на вірус грипу А відбирали та здійснювали ампліфікацію із комерційними наборами Seeplex®FluA ACE Subtyping для визначення найбільш поширених субтипів збудника: пандемічного вірусу грипу А (H_1N_1 -свинячий), сезонного вірусу грипу А (H_1N_1) людини, сезонного вірусу грипу людини А (H_3N_2) та пташиного вірусу грипу А (H_5N_1).

Результати. Проведені дослідження дозволили розробити алгоритм етіологічної діагностики НІНДШ (рис. 1). Використання даного алгоритму дозволило верифікувати етіологію НІНДШ у 84,9 % хворих.

Висновок. Запропонований алгоритм підвищує ефективність етіологічної діагностики НІДШ і рекомендований для застосування в першу чергу у хворих із тяжким перебігом захворювання.

Д

Д. В. Добрянський, О. І. Бодарецька, Н. О. Літвінова, С. В. Позднякова ОСОБЛИВОСТІ СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

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

Для хронічних обструктивних захворювань легень (ХОЗЛ) характерними є порушення імунітету, мікроциркуляції та обміну речовин, що виникають на тлі активації системної запальної реакції та супроводжується остеопорозом, кахексією, а також серцево-судинними й нейроендокринними порушеннями. Все вищеперераховане негативно впливає на стоматологічний статус, що обумовлює актуальність нашого дослідження.

Нами було проведено аналіз стану ротової порожнини в 11 хворих з ХОЗЛ (5 — II та 6 — III стадії) чоловічої статі віком від 45 до 65 років, середній вік склав ($56,7 \pm 7,1$) року. Контрольну групу склали 10 практично здорових осіб подібних за віком і статтю.

Згідно стандартів, затверджених наказом МОЗ України за № 128 від 19.03.2007, у всіх пацієнтів проводилось загальноклінічне, лабораторне та інструментальне дослідження. В ході комплексного дослідження стану ротової порожнини були оцінені такі стоматологічні критерії та індекси: Green-Vermilion, КПУ, РМА, РІ, СРІ, SBI, РВІ.

Статистичний аналіз проводили стандартними методами оцінки варіаційних рядів параметричними й непараметричними методами з використанням критеріїв Ст'юдента (t) та Уїлкоксона (W) (Лапач С. Н. та співавт., 2001).

В стоматологічному статусі й хворих на ХНЗЛ було встановле-

но, що їх перебіг супроводжується збільшенням захворювань язика та більш вираженим ураженням тканин пародонту. Так у хворих з легким ступенем пародонтиту глибина пародонтальних кишень становила $2,4 \pm 0,2$, відкладення зубного каменю відзначали в 83,3 % випадків, що на 40,9 % перевищувало відповідний показник контрольної групи, а рецесія ясен становила 36,4 % і була вище за показник групи контролю на 25 %, висота її становила $1,1 \pm 0,2$ мм. Із середнім ступенем пародонтиту глибина пародонтальних кишень становила $3,6 \pm 0,2$, відкладення зубного каменю — в 72,2 % випадків, рецесія ясен — у 69,4 % випадків, що перевищувало контрольну групу на 21,4 %, висота її — $2,3 \pm 0,2$ мм.

Сухість губ відзначена в 53,2 % випадків, що супроводжувалась, хронічними тріщинами губ, кутів рота у 9,2 % та лущенням шкіри в кутах рота в 27,3 %. Спостерігали експліативний та ангулярний хейліт, що перевищував контрольний рівень відповідно на 11,3 % та 31 %.

Висновки. ХОЗЛ є важливим обтяжливим фактором, що сприяє виникненню та прогресуючому перебігу захворювань пародонтального комплексу. Тому при проведенні комплексного лікування стоматологічної патології необхідно враховувати особливості патогенезу, клінічного перебігу та лікування основного захворювання.

А. О. Довгань, Ю. М. Мостовой, Т. В. Константинович, К. Д. Чічірельо-Константинович ВПЛИВ СОМАТОПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ НА ПЕРЕБІГ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) — важкий медико-соціальний тягар суспільства в усьому світі. Останні літературні дані вказують на його системність та вплив, зокрема, на центральну нервову систему з розвитком соматопсихічних розладів (СПР).

Мета: в хворих на ХОЗЛ встановити вираженість соматоп-

сихічних розладів (СПР) та оцінити їх вплив на перебіг захворювання.

Матеріали та методи обстеження: обстежено 43 хворих на ХОЗЛ (чоловіків — 30 (69,7 %), жінок — 13 (30,3 %)), середній вік яких становив ($65,1 \pm 1,9$) роки, середня тривалість ХОЗЛ ($10,6 \pm 1,2$) роки. Хворі лікувались стаціонарно в пульмонологіч-

ному відділенні МКЛ № 1 м. Вінниці, та 21 практично здорова особа, що склали контрольну групу й були репрезентативні основній за віком і статтю. Обстеження хворих на ХОЗЛ проведено з використанням загально прийнятих в пульмонологічній практиці методик згідно Наказу № 128 МОЗ України (2007). СПР діагностовано за допомогою комплексу стандартизованих методик Вассермана (2002) (з встановленням рівня невротизації (РН)), Спілберга-Ханіна (2002) (рівня реактивної (РТ) та особистісної тривожності (ОТ), Зунге (1971) (депресивного стану (ДС)). Для оцінки впливу СПР на перебіг захворювання використали міжнародну шкалу оцінки задишки mMRC, шкалу COPD Assessment Teste (CAT). Статистичний аналіз виконаний на персональному комп'ютері за допомогою пакету SPSS (trial-version).

Результати: Високий РН діагностовано в 34 (79,0 %) хворих ХОЗЛ проти 3 (14,3 %) в групі здорових ($p < 0,001$), високий рівень РТ — у 18 (41,8 %) хворих проти 5 (23,8 %) в контрольній групі ($p < 0,001$), високо тривожними по субшкалі ОТ були 33 (76,7 %) хворих проти 6 (28,6 %) серед здорових осіб, ($p < 0,001$). Депресивний розлад виявлений у 10 (23,2 %) хворих ХОЗЛ і проявлявся легкою депресією у 6 (13,95 %), субдепресивним станом — у 2 (4,65 %) та істинною депресією — у 2 (4,65 %) осіб, тоді як в контрольній групі було діагностовано 1 (4,7 %) випадок субдепресивного стану, ($p < 0,001$). Середній бал невротизації у хворих на ХОЗЛ склав $43,4 \pm 0,2$ (%) проти $26,1 \pm 0,1$ (%) в групі здорових, РТ — $41,1 \pm 1,1$ проти $26,5 \pm 0,6$, ОТ — $59,2 \pm 0,9$

проти $17,8 \pm 0,6$, ДС — $39,7 \pm 0,8$ проти $15 \pm 0,7$, ($p < 0,001$). За клінічно значущий СПР прийняли наявність високих балів за всіма шкалами одночасно в однієї особи, і визначили високий інтегральний показник у 8 (19 %) хворих на ХОЗЛ проти 1 (4,7 %) в групі здорових осіб ($p < 0,001$). Встановлено, що середній бал за шкалою mMRC був вищим у групі хворих із високим інтегральним показником і становив $3,8 \pm 0,02$ бали проти $2,5 \pm 0,02$ бали в групі із низьким інтегральним показником СПР, ($p < 0,001$). За шкалою CAT в групі хворих ХОЗЛ із високим інтегральним показником середній бал становив $33 \pm 0,05$, що вірогідно вище ніж $25 \pm 0,05$ балів у групі хворих з низьким інтегральним показником СПР, ($p < 0,001$), що свідчить про зниження якості життя в цих хворих.

Висновки. Хворі на ХОЗЛ мають значущо вищу поширеність та виразність СПР порівняно із здоровими особами, що свідчить про їх вторинність та соматогенну обумовленість. Провідними є невротичний синдром у 79 % хворих, синдром РТ (41,8 %) та ОТ (76,7 %), ДС (23,2 %). Наявність у хворих на ХОЗЛ клінічно значущого СПР негативно впливає на перебіг захворювання та рівень його контролю, що проявляється вірогідно вірогідним збільшенням показників за шкалами mMRC та CAT. Встановлення виявлених змін є підставою для поглибленого розуміння стану хворого ХОЗЛ, що дає можливість індивідуалізувати та оптимізувати підходи до терапії та виділити специфічний фенотип в перебігу ХОЗЛ.

А. О. Довгань, Т. В. Константинович, Н. В. Жебель

ПОШИРЕНІСТЬ ПСИХОСОМАТИЧНИХ СИНДРОМІВ В КОГОРТІ ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Актуальність: Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) — важлива медико-соціальна проблема сьогодення, яка зумовлює не лише враження дихальної, але й центральної нервової системи, що суттєво впливає на емоційно-психічний стан хворих та перебіг захворювання.

Мета: встановити поширеність і структуру психосоматичних синдромів (ПСС) у хворих на ХОЗЛ.

Матеріал, методи обстеження: обстежено 43 хворих на ХОЗЛ (чоловіків — 30 (69,7 %), жінок 13 (30,3 %)), середній вік яких $65,1 \pm 1,9$ роки, середня тривалість ХОЗЛ $10,6 \pm 1,2$ роки, що лікувались стаціонарно в пульмонологічному відділенні МКЛ № 1 м. Вінниці, та 21 практично здорова особа, що склали контрольну групу, репрезентативну за віком і статтю до основної. Обстеження хворих проведено з використанням загально прийнятих у пульмонологічній практиці методик згідно Наказу № 128 МОЗ України (2007). Оцінка емоційно-психічного стану виконана із застосуванням комплексу стандартних методик Вассермана (2002 р.) (з встановленням рівня

невротизації (РН)), Спілберга-Ханіна (2002 р.) (рівня реактивної (РТ) та особистісної тривожності (ОТ), Зунге (1971 р.) (депресивного стану (ДС)). Статистичний аналіз виконаний на персональному комп'ютері за допомогою пакету SPSS (trial-version).

Результати: у хворих ХОЗЛ високий РН діагностований у 34 (79,0 %) осіб на противагу 3 (14,3 %) в групі здорових, ($p < 0,001$), високий рівень РТ у 18 (41,8 %) осіб, проти 5 (23,8 %) в контрольній групі, ОТ — 33 (76,7 %) пацієнтів з ХОЗЛ проти 6 (28,6 %) серед практично здорових осіб, ($p < 0,001$). ДС діагностований у 10 (23,2 %) осіб з основної групи, тоді як в контрольній групі — 1 (4,7 %) випадок, ($p < 0,001$).

Висновки. Хворі на ХОЗЛ мають вірогідно вищу поширеність супутніх ПСС, порівняно з здоровими особами. Ведучими є невротичний синдром, виявлений у 79 %, синдром тривоги (76,7 %), депресивний синдром (23,2 %). Це вказує на їх соматогенну обумовленість, що потребує подальшого вивчення впливу супутньої коморбідної патології емоційно-психічної сфери на перебіг та наслідки ХОЗЛ.

А. О. Довгань, Ю. М. Мостовой, Т. В. Константинович

ДОСЛІДЖЕННЯ СОМАТОПСИХІЧНИХ СТАНІВ В СТРУКТУРІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є однією з основних причин інвалідності та смертності в усьому

світі, що пов'язане із багатьма супутніми захворюваннями, одними з яких є соматопсихічні стани (СПС).

Мета: встановлення поширеності та структури СПС у хворих на ХОЗЛ та визначення ступеню вираженості їх залежно від віку, статі, важкості перебігу та тривалості захворювання.

Матеріал та методи: обстежено 43 хворих на ХОЗЛ (30 чоловіків (69,7 %) та 17 жінок (30,2 %)), середній вік яких склав $(65,1 \pm 1,9)$ роки, середній стаж захворювання — $(10,6 \pm 1,2)$ роки та 21 практично здорових осіб, які не відрізнялися від основної групи за статтю та віком. Хворі ХОЗЛ були обстежені за допомогою традиційних у пульмонологічній практиці методів дослідження. В залежності від важкості перебігу захворювання хворі розподілилися так: II ступінь важкості — в 16 осіб (37,2 %), III ступінь — у 25 осіб (58,14 %), IV ступінь — у 2 осіб (4,65 %). Діагностика СПС проведена за допомогою стандартизованих методик визначення рівня невротизації (РН) за Вассерманом (2002), рівня реактивної (РТ) та особистісної (ОТ) тривожності за Спілбергом-Ханінім (2002), рівня депресії (РД) за Зунге (1971) в адаптації за Т.І. Балашовою (2002). Статистичний аналіз отриманих результатів проведений за допомогою пакету статистичних програм SPSS 12.0 для Windows.

Результати: Високий РН діагностовано у 34 (79,0 %) хворих ХОЗЛ проти 3 (14,3 %) в групі здорових ($p < 0,001$), високий рівень РТ — у 18 (41,8 %) проти 5 (23,8 %) в контрольній групі ($p < 0,001$), високо тривожними за субшкалою ОТ були 33 (76,7 %) хворих проти 6 (28,6 %) в групі здорових осіб, ($p < 0,001$). Депресивний розлад виявлений у 10 (23,2 %) хворих ХОЗЛ і проявлявся легкою депресією у 6 (13,95 %), субдепресивним станом — у 2 (4,65 %) та істинною депресією — у 2 (4,65 %) осіб, тоді як в контрольній групі був діагностований 1 (4,7 %) випадок субдепресивного стану, ($p < 0,001$).

Аналіз поширення СПС залежно від статі показав вірогідно вищі показники їх формування у жінок в порівнянні з чоловіками. Так, високий РН серед жінок, хворих ХОЗЛ діагностований у 14 (82,35 %) осіб проти 20 (66,67 %) серед чоловіків, ($p < 0,03$), високий рівень РТ — у 10 (58,82 %) випадках проти 8 (26,67 %), ($p < 0,001$), високий рівень ОТ — у 13 (76,47 %) проти 20 (66,67 %), ($p < 0,05$). Депресивні розлади виявлені в 6 (13,95 %) жінок із ХОЗЛ, з яких 1 випадок (2,33 %) легкої депресії, субдепресивного стану — в 4 (9,3 %) та істинної депресії — в 1 (2,33 %). Серед чоловіків, хворих на ХОЗЛ діагностовано депресивні стани в 4 (13,33 %) осіб, з яких 1 (3,33 %) легкої депресії, субдепресивного стану — в 2 (6,67 %) та істинної депресії — в 1 (3,33 %), ($p < 0,001$).

Епідеміологічний аналіз СПС у хворих залежно від ступеню важкості захворювання виявив зростання показників поширення СПС у хворих у зв'язку із важкістю ХОЗЛ. Серед хворих на ХОЗЛ II ст. діагностовано високий РН у 11 (68,75 %) осіб, високий рівень РТ та ОТ у 8 (50 %) та 10 (62,5 %) випадках відповідно; серед хворих на ХОЗЛ III ст. — високий РН у 21 (84 %), високий РТ і ОТ — у 9 (36 %) і 21 (84 %) випадків; серед хворих ХОЗЛ IV ст. у 2 (100 %) осіб виявлено високі рівні невротизації та депресії, у 1 (50 %) хворого — високий РТ ($p < 0,001$).

Висновки. Хворі на ХОЗЛ мають вірогідно вищу поширеність супутніх СПС порівняно із здоровими особами. Структура СПС у хворих на ХОЗЛ представлена високими рівнями невротизації — 79 %, РТ — 41,8 %, ОТ — 76,7 %, РД — 23,2 %. Визначено пряму залежність між важкістю ХОЗЛ та поширеністю СПС, що вказує на їх соматогенну обумовленість і потребує обов'язкового врахування в лікувальній тактиці.

П. Ф. Дудка, Д. В. Добрянський, Р. І. Ільницький, Р. В. Корольова ОСОБЛИВОСТІ СИСТЕМНОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ І–ІІ СТАДІЇ

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

Вступ. На сьогодні у світі нараховується близько 600 млн хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), з них щорічно вмирає понад 3 млн, що визначає ХОЗЛ, як одну з найактуальніших проблем у сучасній клінічній пульмонології та зумовлює необхідність вивчення механізмів розвитку захворювання (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2008; Т. О. Перцева, 2010; Ю. І. Фещенко, 2010).

Мета дослідження: вивчення особливостей системного імунітету у хворих на ХОЗЛ.

Об'єкт і методи дослідження. Обстежено 99 хворих на ХОЗЛ І–ІІ стадії у фазі загострення чоловічої статі віком від 38 до 65 років, середній вік склав $(56,7 \pm 7,1)$ року. Середня тривалість захворювання становила $(8,4 \pm 1,5)$ року. Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб.

Цитоімунофлуоресцентним методом визначали популяції та субпопуляції лімфоцитів (Лф) у периферійній крові — CD3⁺-Лф (Т-клітини), CD4⁺-Лф (Т-хелпери), CD8⁺-Лф (Т-цитотоксичні), CD16⁺-Лф (природні кілери), CD22⁺-Лф (В-клітини), CD25⁺-Лф (активовані, які експресують α -ланцюг IL-2). Реакцію бластної трансформації лімфоцитів (РБТЛ) проводили з фітогемаглютиніном (ФГА Сироватковий імуноглобуліни (Ig) G, А та М визначали за методом Mansini та співавт. (1965).

Отримані дані оброблялись на персональному комп'ютері з використанням програм Microsoft Excel та Statistica 6.1.478. Статистичний аналіз проводили із використанням критерію Ст'юдента (С.Н. Лапач та співавт., 2001).

Результати досліджень та їх обговорення. Аналіз показників системного імунітету в хворих на ХОЗЛ у фазі загострення виявив, що найбільш суттєві зміни відбувались з клітинною ланкою, зокрема, достовірне зменшення популяції CD3⁺-Лф — на 20,1 % та CD16⁺-Лф — на 34,8 %. Достовірне зниження інтенсивності РБТЛ на 23,5 % свідчило про пригнічення функціональної активності Т-лімфоцитів, що в разі зменшення їх кількості може негативно позначитись на захисних можливостях організму.

На тлі пригнічення Т-клітинної ланки імунітету спостерігалася збільшення кількості В-лімфоцитів у 1,8 рази ($p < 0,05$), яке супроводжувалося зменшенням їх функціональної спроможності — зниженням рівня Ig A на 31,7 % ($p < 0,05$) та Ig G — на 39,0 % ($p < 0,05$). Визначене також вірогідне підвищення ЦІК середнього розміру на 17,4 %.

Зважаючи на те що між вихідними рівнями показників імунного статусу спостерігалась різновекторна направленість, нами був проведений додатковий аналіз з умовним виділенням 3 типів реакцій системного імунітету: гіперергічний (5 та більше показників збільшені на ≥ 20 %), гіпоергічний (5 та більше показників зменшені на ≥ 20 %), окремі імунні порушення (від 1 до 4 показників зменшені на ≥ 20 %), що дозволило розробити диференційований підхід до призначення імуномодулюючої терапії.

Висновки. У хворих під час загострення ХОЗЛ спостерігаються ознаки вторинного імунодефіцитного стану, пов'язаного з запальними реакціями, що, на наш погляд, потребує відповідної медикаментозної корекції.

**П. Ф. Дудка, Д. В. Добрянський, Ю. В. Кузнєцова-Арабулі, Ю. М. Бондаренко,
В. В. Вознюк, Л. І. Соколова**

АРИТМІЇ СЕРЦЯ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ОБСТРУКТИВНОМУ ЗАХВОРЮВАННІ ЛЕГЕНЬ

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

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) посідає 4 місце в структурі загальної смертності. Серед її причин порушенню серцевого ритму належить важливе місце.

Відомо, що в умовах гіпоксії відбувається посилення процесів окиснення на рівні білкового комплексу клітинних мембран. Фрагментація білкових молекул негативно позначається на функціональній активності біомембран. Активація білковими агрегатами протеолітичних реакцій супроводжується інактивацією мембранних транспортерів, зокрема Na^+/K^+ АТФ-ази, що сприяє дестабілізації біоелектричних процесів, посиленню електричної нестабільності міокарда, одного із важливих чинників порушення серцевого ритму. З практичної точки зору є важливим своєчасне виявлення життєво небезпечних аритмій, що потребують проведення превентивної терапії, яка буде спрямована на їх попередження.

Мета роботи. Визначити прогностичні критерії ризику виникнення, а також попередження життєво небезпечного порушення серцевого ритму.

Матеріали та методи. Обстежено 32 хворих на ХОЗЛ II стадії в фазі загострення (основна клінічна група) та 22 здорові особи (контрольна група). Проводилось дослідження вираженості окиснювальної модифікації білків (ОМБ), рівня мембранних транспортерів Na^+/K^+ та Mg^{2+} — АТФ-аз, а також добове ЕКГ-моніторування.

Результати та їх обговорення. Отриманні нами дані засвідчили, що в хворих на ХОЗЛ відбувається ураження білкових молекул та окиснення амінокислотних залишків, підтвердженням чого є зниження оптичної щільності плазми крові внаслідок утворення білкових конгломератів так званих агрегосом. В свою чергу білкові агрегати ініціюють процес утворення вільних радикалів, що сприяє посиленню катаболічних процесів на рівні

клітинних мембран. На цьому етапі створюються сприятливі передумови формування «хибного кола» вільні радикали — продукти окиснення білків. Посилення при цьому деструктивного окиснення білкових молекул мембран кардіоміоцитів сприяє інактивації ферментів, зокрема мембранних транспортерів, що негативно позначається на електричній стабільності міокарда.

Підтвердженням негативної дії продуктів ОМБ на електричну стабільність міокарда є встановлене нами суттєве збільшення коефіцієнта співвідношення між показниками ОМБ у хворих на ХОЗЛ та здорових осіб. При величині коефіцієнта $\geq 1,0$ є велика імовірність виникнення життєво небезпечного порушення серцевого ритму. Підтвердженням цього є зареєстровані в усіх цих пацієнтів при проведенні добового ЕКГ-моніторування життєво небезпечні порушення серцевого ритму, серед яких переважали пароксизми шлуночкової та надшлуночкової тахікардії, фібриляції передсердь, групові та поліморфні шлуночкові екстрасистолі. При коефіцієнті співвідношення $\leq 0,6$ в пацієнтів були зареєстровані лише поодинокі суправентрикулярні та шлуночкові екстрасистолі.

Після проведення курсу лікування корвітином було відзначено вповільнення процесів окиснювальної модифікації білків, зростання рівня мембранних АТФ-аз та суттєве зменшення випадків життєво небезпечного порушення серцевого ритму.

Висновки. У хворих на ХОЗЛ спостерігається посилення процесів окиснення білків та фрагментація їх молекул, що негативно позначається на функціональній активності мембранних транспортерів та електричній стабільності міокарда. Застосування корвітину сприяло гальмуванню процесу модифікації окиснення білків, зменшення ступеню інактивації мембранних АТФ-аз та відновлення електричної стабільності міокарда.

А. Б. Дудник

**РЕЗУЛЬТАТИ ВИКОРИСТАННЯ СКРИНІНГОВОЇ АНКЕТИ ДЛЯ ВИЯВЛЕННЯ ЛЮДЕЙ,
ЩО ПОТРЕБУЮТЬ ОБСТЕЖЕННЯ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ**

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Лише 17,5 % українців володіють правильними знаннями про профілактику, лікування й способи передачі туберкульозу (згідно з дослідженням «Визначення рівня знань, ставлення, практики та поведінки з питань туберкульозу серед загального населення України та окремих груп», проведеним в 2011–2012 рр.). Туберкульоз належить до хвороб, що не мають патогномонічних симптомів та часто перебігає під «масками» інших захворювань. Однак лікарі традиційно зосереджують увагу на скаргах, що найбільш часто зустрічаються серед хворих на цю недугу.

Метою дослідження було вивчення поширеності характерних для туберкульозу симптомів серед населення міста Вінниця.

Матеріали та методи. Анкетування проводилось за допомогою рекомендованої МОЗ України скринінгової анкети для виявлення людей, що потребують обстеження на туберкульоз (додаток 4 наказу МОЗ України №1091 від 21.12.2012 р.). Дане опитування було проведене в квітні у місцях масового скупчення людей (парки, сквери, площі біля ринків). Інтерв'ю

Таблиця 1

№ п/п	Запитання	Так
1.	Чи є в Вас кашель або покашлювання більше 2-х тижнів?	20.0%
2.	Чи помітили Ви останнім часом підвищену втомлюваність та слабкість?	41.0%
3.	Чи є в Вас підвищена пітливість, особливо вночі?	13.0%
4.	Чи зменшилась вага Вашого тіла з невизначених причин?	9.0%
5.	Чи є в Вас протягом останнього часу підвищення температури тіла, має значення навіть незначне підвищення — до 37–37,2°C?	7.0%
6.	Чи є в Вас задишка при незначному фізичному навантаженні?	16.0%
7.	Чи турбує Вас іноді біль в грудній клітині?	15.0%
8.	Чи мали Ви контакт з хворим на туберкульоз протягом останніх 6-ти місяців?	6.0%
9.	Чи маєте Ви хронічне захворювання шлунково-кишкового тракту, діабет або інше захворювання, що призводить до зниження імунітету?	27.0%
10.	Чи мали Ви протягом останніх 3-х місяців серйозний стрес (смерть близької людини, розлучення, втрата роботи, тощо)?	22.0%

респондентів здійснювали студенти-волонтери 4 курсу медичного університету. Було опитано 100 осіб, серед них 51 особу чоловічої статі та 49 — жіночої статі. Середній вік становив M_e (25 %; 75 %) 38 (27.00; 54.75) років ($p = 0.02$).

Результати. Згідно з дизайном анкети респонденти, що надали відповідь «так» на більше, ніж три запитання та хоча б одне з перших 8-ми запитань, потребують обстеження на туберкульоз, тому що немає жодної поважної причини для відмови від здоров'я. За результатами опитування таких осіб було — 71.0 %. Серед них середній термін останнього звернення за медичною допомогою становив M_e (25 %; 75 %) 4.25 (1.00; 9.75) місяців ($p < 0.0001$), в той час як 8.0 % осіб не пам'ятали дату останнього відвідування лікаря. Результати поширеності потенційних симптомів туберкульозу серед респондентів представлені в табл.1. Наступним важливим критерієм є визначення тривалості симптоматичного періоду (наявність симптомів без звертання за медичною допомогою). 3 епідемічної

точки зору найбільшу небезпеку становлять пацієнти, що кашляють більше 2-х тижнів. Середня тривалість симптоматичного періоду для кашлю більше 2-х тижнів, серед респондентів становила M (95 % CI) 4.81 (3.13–6.50) місяців ($p < 0.05$).

Висновки. 1) Характерні для туберкульозу симптоми поширені серед міського населення. 2) Наявність симптомів не є самостійною та достатньою мотивацією для звернення за медичною допомогою. 3) Слід детально розробити алгоритм поліпшення ситуації: посилення мотивації лікарів загальної мережі для направлення хворого на мікроскопічне обстеження харкотиння та зміна свідомості необстежених осіб з тривалим кашлем шляхом поширення інформації щодо потенційної небезпеки для оточуючих спільного перебування поряд з ними. 4) Моніторинг обізнаності населення та стереотипів поведінки щодо основних симптомів туберкульозу надає змогу визначитись із напрямками, що потребують спрямування подальших зусиль у подоланні епідемії туберкульозу в Україні.

Д

А. Б. Дудник, Т. І. Клименко ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ З БРОНХООБСТРУКТИВНИМ СИНДРОМОМ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Формування цілісного та об'єктивного аналізу ефективності нових методів лікування неможливе без урахування віддалених результатів дослідження.

Матеріали та методи. Дана наукова робота виконана на базі Вінницького обласного клінічного протитуберкульозного диспансеру протягом 2007–2012 років. Ефективність лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень (ВДТБЛ) з ознаками бронхообструктивного синдрому (БОС) була визначена серед 125 пацієнтів (100 чоловіків та 25 жінок, середній вік — 42,1 (95 % CI 39,8–44,3) років з бактеріовиділенням та деструкцією легеневої паренхіми, розподілених шляхом рандомізації на три основних групи та групу контролю. До основної групи №1 (ОГ №1) увійшли 31 пацієнт (24,8 %), яким на фоні стандартної хіміотерапії (ізоніазид, рифампіцин, піразинамід, етамбутол та стрептоміцин) в якості патогенетичного лікування призначали комбінований бронхолітичний препарат (іпратропію бромід у дозі 20 мкг та фенотеролу гідробромід 50 мкг) за допомогою дозованого аерозольного пристрою по 2 вдихи тричі на добу протягом місяця. В основну групу №2 (ОГ №2) увійшли 31 (24,8 %) пацієнт, які отримували пролонгований бронхолітик сальметерол у дозі 100 мкг/добу в поєднанні з інгаляційним глюкокортикоїдом флутиказону пропіонатом у дозі 200 мкг/добу за допомогою порошкового інгалятора. В основну групу №3 (ОГ №3) увійшли 32 пацієнти (25,6 %), яким на тлі інтенсивної фази хіміотерапії призначали пролонгований b_2 -агоніст формотеролу фумарат в дозі 24 мкг/добу, по 1 вдиху двічі на добу. У групу контролю (ГК) увійшли 31 пацієнт (24,8 %), які отримували лише стандартний режим хіміотерапії.

Результати. Аналіз отриманих результатів не виявив статистично значимих відмінностей між основними групами та ГК за частотою та структурою стійкої втрати працездатності внаслідок туберкульозу легень (ТБЛ), питомою вагою смерт-

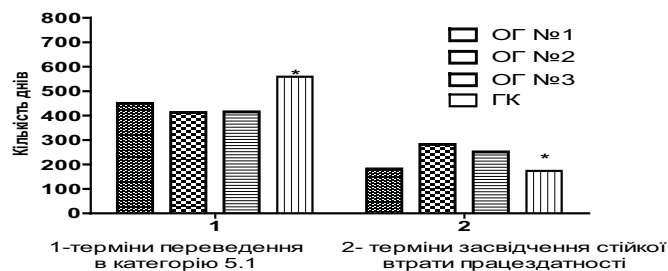


Рис. 1. Віддалені наслідки лікування пацієнтів (через 2 роки).

Примітка. *дані представлені в вигляді медіани через ненормальний розподіл.

ності від ТБЛ, поширеністю рецидивів та невдач лікування (Fishers exact test, $p > 0,05$ для всіх випадків). При цьому слід зазначити, що не зважаючи на відсутність статистичної значимості, обумовленої малим об'ємом вибірки, було встановлено клінічно важливі результати застосування інгаляційної терапії. Зокрема, за 3-х річний період у ОГ №2 частота 2-ї групи стійкої втрати працездатності внаслідок ТБЛ була на 20,45 % нижчою порівняно з ГК, відсутні випадки смерті від ТБЛ та невдач лікування. Також встановлено вищу частоту малих залишкових змін в легенях після вилікуваного туберкульозу в ОГ №1 (на 22,4 %) та в ОГ №2 (на 6,8 %) порівняно з ГК. Пацієнтів в основних групах значно раніше переводили в категорію 5.1 (рис.1), порівняно з ГК, проте всі вище згадані відмінності не досягли статистичної значимості.

Висновки. Застосування інгаляційних бронхолітиків та кортикостероїдів для корекції бронхообструктивних порушень у хворих на туберкульоз легень потребує подальшого вивчення з метою уточнення показань та тривалості патогенетичного лікування.

І. Д. Дужий, Н. І. Глазунова, О. В. Кравець, М. В. Гупало ДО КЛАСИФІКАЦІЇ ХРОНІЧНОГО ПЛЕВРИТУ, ПОЄДНАНОГО З ЛЕГЕНЕВИМ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ

Сумський державний університет

Вступ. Оскільки Україна продовжує залишатися в проблемній зоні щодо можливості подолання епідемії туберкульозу, актуальність лікування плевриту має неабияке значення, оскільки туберкульоз легень у 8–9 % хворих ускладнюється плевритом, а останній діагностується далеко не завжди своєчасно. Разом з тим у 10–12 % хворих процес зазнає хронізації. Хронічний плеврит шляхом розвитку фібротораксу та плеврогенного пневмосклерозу формує легеневе серце, що через 2–3 роки закінчується фатально.

Актуальність проблеми. Перераховане ставить перед хірургом завдання: визначитись з тривалістю передопераційної підготовки хворого на хронічний туберкульозний плеврит, поєднаний із тими чи іншими легеневиими процесами, визначитись із тривалістю й способом лікування власне хронічного плевриту та характером симультанних втручань. Однозначну відповідь на поставлене питання може полегшити класифікація таких процесів.

Запропоновані в останні 50 років класифікації базувалися на часовому принципі. Сьогодні вони мають лише історичне значення, оскільки відомо, що хронізація плевриту може наступити й на 10–15 день захворювання (І. Д. Дужий, 2008; HDionemannetall). Найближчою за технологічною сутністю класифікацією до запропонованої нами є класифікація хронічних плевритів, що базується на клінічних і рентгеноморфологічних даних (Патент України № 39807, А61В 17/00). Незважаючи на свою об'єктивність, доступність і простоту для застосування на практиці, дана класифікація не враховувала легеневі компоненти поєднаного хронічного туберкульозного плевриту (ПХТП) та бацилярності хворого, що не дає можливості використати її як спосіб для вироблення алгоритму лікування, у тому числі й вироблення показань до хірургічного втручання при ПХТП.

У даній класифікації для відображення стану бацилярності вводимо аббревіатури «а» і «б»: а — хворий абацилярний; б — хворий бацилярний. Ці символи додаємо у кожен етап попередньої класифікації.

Практичне застосування даної класифікації як способу вибору показань до оперативного лікування хворих на ПХТП

виконують таким чином. Після повного клінічного та променевого (рентгенологічного, ультрасоноскопічного та мікроскопічного) обстеження, визначають наявність у харкотинні хворого мікобактерій туберкульозу, що позначаємо аббревіатурою «а» (абацилярний) і «б» (бацилярний), що й визначає характер і тривалість антибактеріальної терапії. Хворим на стадію 1Аа показана 3–4 тижнева антибактеріальна підготовка, а хворим на стадію 1Аб — основна (2 міс.) антибактеріальна терапія. Хворим на ПХТП 2а стадії показане оперативне втручання (плевректомія) після 3–4 тижневої підготовки, а 2б стадії — після основного курсу антибактеріальної терапії (2 міс.). Хворим 3Аа стадії виконують плевректомію після 3–4 тижневої антибактеріальної підготовки, а хворим 3Аб стадії — після основного курсу антибактеріальної терапії (2 міс.) Хворим 3Ба стадії виконують плевропневмонектомію після антибактеріальної (3–4 тижні) підготовки, а хворим 3Бб стадії — після основного курсу антибактеріальної терапії (2 міс.).

Підсумки. Застосування даного способу вибору показань до оперативного лікування у хворих на хронічний туберкульозний плеврит, поєднаний з легеневиими формами туберкульозу дозволило виконати в короткий термін симультанні оперативні втручання, провідним із яких була плевректомія, оскільки хронічний плеврит, своєчасно не вилікуваний, веде до переходу в наступну стадію хронічного процесу аж до формування фібротораксу, що незворотно закінчується розвитком гіпертонії малого кола кровообігу й легеневого серця.

Перераховане стало можливим завдяки втіленню у життя технічного результату на підставі розробленого алгоритму лікування, який базувався на класифікації хронічного плевриту з урахуванням бацилярності хворих.

Втілення в практику протитуберкульозних закладів запропонованої класифікації ПХТП допоможе терапевтам своєчасно консультувати хворих із хірургом, який, радикально оперуючи таких пацієнтів, із значно кращими прогностичними наслідками зможе скоротити термін лікування, що на даний час дуже важливо.

І. Д. Дужий, О. В. Кравець, Н. І. Глазунова, І. А. Пустовий СПОСІБ ПЕРЕДНЬО-ВЕРХНЬОЇ ЕКСТРАПЛЕВРАЛЬНОЇ ТОРАКОПЛАСТИКИ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ ВЕРХІВКОВОЇ ЗАЛИШКОВОЇ ПОРОЖНИНИ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Вступ. Захворюваність і хворобливість на туберкульоз у нашій державі очевидної тенденції до зменшення не має. Поряд із цим, туберкульоз все частіше має поширений характер. Глобальної загрози епідемія туберкульозу набуває внаслідок зростаючої резистентності мікобактерій до антибактеріальних препаратів. З огляду на це потреба в хірургічному лікуванні туберкульозу легень буде зростати. Ускладнення різного характеру при резекційних методах оперативного лікування неминучі. Одним з них є утворення залишкових плевральних порожнин. З метою їх ліквідації можливе застосування екстраплевральних торакопластик.

Запропоновані у свій час верхівкові екстраплевральні торакопластики сьогодні не застосовуються й мають лише

історичне значення.

Класична задньо-верхня екстраплевральна торакопластика є достатньо травматичним втручанням, яке виконується у нефізіологічному положенні хворого на операційному столі, що унеможливає її виконання у ранній післяопераційний період.

Актуальність проблеми полягає у розвитку непередбачуваних післяопераційних ускладнень за типом залишкових верхівкових порожнин. Застосування існуючих екстраплевральних торакопластик у близький післяопераційний період з метою їх ліквідації в більшості випадків неможливе чи небажане з огляду на тяжкий чи відносно тяжкий стан хворого.

Мета роботи. Розробити і втілити в життя нетравматич-

ний метод передньо-верхньої екстраплевральної торакопластики, який можна було б виконати у близький післяопераційний період з метою ліквідації залишкової порожнини.

Матеріали й методи. У дане дослідження увійшло 177 хворих з різними формами туберкульозу легень. У 7 з цих оперованих у близький післяопераційний період констатована залишкова плевральна порожнина з недостатньою герметичністю легеневої паренхіми. Для ліквідації ускладнення через 18–22 дні була виконана передньо-верхня екстраплевральна торакопластика в нашій модифікації (Патент України №79427, МПК (2013.01) А61В 17/00).

В основу запропонованої операції поставлена задача розробити спосіб корегуючої передньо-верхньої екстраплевральної торакопластики, застосування якого дозволило б здійснити можливість хірургічного втручання для ліквідації залишкової плевральної порожнини в будь-який час після основної операції та її виконання в фізіологічному для хворого положенні й зниження травматичності та крововтратності операції.

Операцію виконують у положенні хворого на спині з відведеною рукою перпендикулярно до осі тіла. Паралельно ключиці нижче від неї на 2,5–3 см роблять розріз шкіри, підшкірної клітковини й поверхневої грудної фасції до середньо-аксиллярної лінії. Підключична порція пучків великого грудного

м'яза розшаровується до зовнішньої третини ключиці, а далі тупо утворюють тунель під цим м'язом до підпахвової зони. Підокістно висікають частково чи повністю друге ребро. В усіх випадках перше ребро резектують повністю.

Резектують задній відрізок третього ребра, а за потреби — і подібний сегмент четвертого ребра до середньо-аксиллярної зони. Залишкову порожнину дренують мікроіригатором для введення антибіотиків. Подібні операції виконані в 7 хворих з хорошим безпосереднім і віддаленим результатом. Суттєвого впливу на форму грудної клітки внаслідок операції не було. Хворі працездатні.

Підсумок. Застосування запропонованого оперативного втручання дозволяє в будь-який час після основної операції виконати корекцію плевральної порожнини стосовно резектованої легені. Запропоноване оперативне втручання можна виконати в обсязі 3–4 ребер. Операція супроводжується незначною крововтратою, оскільки не пересікаються м'язи і може бути застосована ослабленим хворим. Втручання виконується в фізіологічному положенні хворого, що дає можливість оперувати в ранній післяопераційний період.

Отримавши належний досвід у виконанні запропонованої методики торакопластики, можна буде її застосовувати й при хронічній залишковій верхівковій порожнині.

Д

С. М. Дюбанов, І. Л. Випріцька, Л. С. Клішина, В. Г. Полякова, О. А. Стоянова АНАЛІЗ ПЕРВИННОЇ ІНВАЛІДНОСТІ ВНАСЛІДОК ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЗА ПЕРІОД 2008–2012 рр. В ЛУГАНСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Луганський комунальний заклад «Обласний центр медико-соціальної експертизи»

Туберкульоз у Луганській області продовжує залишатися серйозною медико-соціальною проблемою. За період з 2008–2012 рр. в області відзначається зниження захворюваності на всі форми активного туберкульозу з 101,4 у 2008р. до 79,2 у 2012р. на 100 тис. населення, на тлі якої первинна інвалідність по туберкульозу серед дорослого населення в Луганській області протягом 5 років утримується на одному рівні й становить 2,5–2,6 на 10 тис. населення, тоді як серед осіб працездатного віку — 3,6–3,7 на 10 тис. населення.

Нами проведено аналіз 2398 випадків первинної інвалідності внаслідок туберкульозу за період 2008–2012рр. з метою вивчення її причин. Серед визнаних інвалідами, туберкульоз легень переважав і склав від 86,8 % у 2008 р. до 90,3 % в 2012 р. За 5 років відзначалося зниження питомої ваги інвалідів з позалегеновими формами туберкульозу з 13,2 % у 2008 р. до 9,7 % у 2012 р. По локалізації серед позалегенового туберкульозу переважав кістково-суглобовий.

Первинна інвалідність внаслідок туберкульозу легень серед чоловіків і жінок визначалася в співвідношенні 5:1, тоді як при позалегеновому туберкульозі даний показник склав 1:1.

Більше 95 % визнаних інвалідами були особами працездатного віку, з них до 39 років — 55 %, від 40 до 60 років близько 43 %. За груповою структурою переважала друга група інвалідності й склала 74,5 %–78 %, третя група — від 17,5 % до 21,6 % і перша група — від 3,4 % до 5,8 %. В основному, близько 65 % випадків, перша група інвалідності визначалася пацієнтами з тяжкими формами кістково-суглобового туберкульозу.

Найбільш вагомими причинами первинної інвалідності були медико-організаційні (несвоєчасне виявлення захворювання, низька якість профілактичних оглядів, недостатній рівень знань лікарів загальної практики даної патології) і склали 50–60 %. Близько 30 % реєструвалися соціально-економічні причини (несприятливі фактори середовища, відсутність можливості для працевлаштування, несприятливі побутові фактори).

До 20 % склали медико-біологічні причини (часті рецидиви, розвиток виражених функціональних порушень, тривалий хронічний перебіг захворювання).

Таким чином, несвоєчасне виявлення туберкульозу є основною причиною первинної інвалідності, що призводить до необхідності встановлення більш важких груп інвалідності й завдає значні економічні збитки.

І. В. Єременчук**ОЦІНКА ПРОФІЛЮ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ВИДІЛЕНИХ ШТАМІВ M.TUBERCULOSIS
У ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА 2008–2011 РОКИ***Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

За останнє десятиліття спостерігається приріст частоти лікарської резистентності мікобактерій (МБТ), особливо до ізоніазиду й рифампіцину та їх комбінації, в окремих випадках, і до більшості протитуберкульозних препаратів (ПТП), що визначає гостроту й актуальність проблеми лікування мультирезистентного туберкульозу (МРТБ). Усі ПТП II ряду (крім фторхінолонів), діють на МБТ бактеріостатично, їх мінімальна інгібуюча концентрація в відношенні МБТ, значно нижча (у 10–20 разів), ніж ізоніазиду та рифампіцину.

Мета роботи: оцінити профіль стійких штамів *M. tuberculosis*, виділеними від пацієнтів із вперше діагностованим мультирезистентним туберкульозом легень за 2008–2011 рр. у Чернівецькій області.

Були проаналізовані результати дослідження стійкості МБТ до ПТП у хворих на туберкульоз легень зареєстрованих у 2009–2011 рр. по Чернівецькій області. Всього обстежено методом бактеріоскопії 7542 осіб, з них випадки виявлення кислотостійких бактерій склали 16,51 % (1245 пацієнтів). Методом посіву МБТ (+) виявлено у 53,7 % випадків (11036 пацієнтів).

Аналізуючи результати тесту медикаментозної чутливості (ТМЧ) за 2008–2011 роки в осіб із вперше діагностованим туберкульозом (ВДТБ), ми виявили, що всього монорезистентні штамми склали 59,3 %, полірезистентні штамми — 26,8 % та мультирезистентні — 13 %.

Встановлено, що серед монорезистентних ізолятів серед осіб, які вперше захворіли, 24,7 % резистентні до ізоніазиду, 28,8 % — до рифампіцину, до етамбутолу — 5,5 %, до стрептоміцину — 30,1 %. Саме найвищий відсоток резистентності до стрептоміцину є характерною особливістю в Чернівецькій області.

Полірезистентність у поєднанні ізоніазид + етамбутол (HE) зареєстрована в 3,0 %; ізоніазид + стрептоміцин (HS) — 18,1 %; ізоніазид + етамбутол + стрептоміцин (HES) — 15,1 %; рифампіцин + стрептоміцин (RS) — 12,1 %; рифампіцин + етамбутол (RE) — 3,0 %; рифампіцин + етамбутол + стрептоміцин (RES) — 3,0 %; етамбутол + стрептоміцин (ES) — 51,5 %.

Серед всіх нових випадків захворювання на туберкульоз мультирезистентність розподілилася наступним чином: резистентність до ізоніазид + рифампіцин (HR) — 50,0 %; ізоніазид + рифампіцин + етамбутол (HRE) — 6,2 %; ізоніазид + рифампіцин + стрептоміцин (HRS) — 12,5 %; ізоніазид + рифампіцин + стрептоміцин + етамбутол (HRSE) — 18,8 %.

Висновок. Отже, аналізуючи дані щодо розподілу профілів резистентності серед штамів *M.tuberculosis*, виділених від раніше нелікованих хворих на вперше діагностований туберкульоз встановлено: на Буковині спостерігається досить високий рівень первинної резистентності; з усіх профілів резистентності в пацієнтів переважає монорезистентність, а саме до стрептоміцину (30,1 %), що є характерною особливістю для Чернівецької області.

В. М. Жадан, В. І. Коржов

АКТИВНІСТЬ ФЕРМЕНТІВ ОБМІНУ ГЛУТАТІОНУ ЕРИТРОЦИТІВ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ЛЕГЕНЕВОМУ НАБРЯКУ*ДУ "Національний інститут фізіотерії й пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України", Київ*

Робота виконана за кошти держбюджету. На сучасному етапі багато питань патології органів дихання розглядаються в аспекті мембранних порушень, механізм яких нерозривно пов'язаний з гіпоксією, активацією або пригніченням ферментних систем. Особливе значення в антирадикальній ферментній системі захисту, в підтримці нормальної життєдіяльності клітин належить відновленню глутатіону і пов'язаній з ним ферментній системі. В умовах утрудненого дихання й гіпоксії глутатіон і зв'язані з ним ферментні системи виконують істотну роль у процесах окиснення й відновлення, компенсаторно-приспосовних механізмах і розвитку адаптаційних процесів.

Враховуючи важливе біологічне значення системи глутатіону, метою даної роботи було вивчення активності ферментів обміну глутатіону в еритроцитах — глутатіон-трансферази (ГТ); глутатіон-редуктази (ГР); глутатіон-пероксидази (ГП) в умовах експериментального легеневого набряку в динаміці розвитку патології.

Досліди проведені на безпородних білих щурах. Тварини були розподілені на 5 груп: 1-у (контрольну) склали інтактні тварини; 2-у (експериментальну) — тварини з легеневою набряком, яких декапітували через 1 добу після введення адреналіну; 3-ю — тварини з експериментальним легеневою набряком, яких декапітували через 3 доби після введення адреналіну; 4-у — тварини з експериментальним легеневою набряком, яких декапітували через 7 діб після введення адреналіну; 5-у — тварини з експериментальним легеневою набряком, яких декапітували через 11 діб після введення адреналіну.

Легеневий набряк у щурів моделювали шляхом введення внутрішньом'язево 0,18 % розчину адреналіну (епінефрину гідротартрату) в дозі 1,5 мг/кг маси тіла.

Проведені дослідження показали, що легеневий набряк, що був змодельований на щурах, призводить до вірогідних змін показників активності ключових глутатіон-залежних фер-

ментів, тобто, дана патологія викликає метаболічні порушення в системі, яка забезпечує процеси детоксикації. Встановлено, що через 1 добу після моделювання експериментальної патології відбувається вірогідне зниження активності ГТ на 24 % та вірогідне підвищення активності ГП — одного з ключових антиоксидантних ферментів — на 56 %, тоді як активність ГР відносно значень інтактних тварин не змінюється.

Зміни активності глутатіон-залежних ферментів в еритроцитах, які виникали через 3 доби після введення адреналіну, мали такий же характер, як і через 1 добу розвитку експериментальної патології, і виражалися в вірогідному зниженні активності ГТ на 35 % та вірогідному підвищенні активності ГП на 75 % відносно контролю. Зниження активності ГТ в сукупності з рядом інших біохімічних порушень грає істотну роль у розвитку інтоксикації при патологічних станах.

Найбільш значні зміни активності ключових глутатіон-залежних ферментів були виявлені через 7 діб після моделювання легеневого набряку. Активність всіх трьох ферментів вірогідно змінюється в порівнянні зі значеннями у інтактних тварин. Активність ГТ знижується на 45 %, ГР — на 18 %, активність ГП підвищується на 57 %, що призводить до дисбалансу в цій захисній системі організму. Проте, через 11 діб після введення адреналіну активності і ГТ, і ГР вже наближаються до контрольних значень, активність ГП вірогідно підвищена на 36 %, однак, це значно нижче за показники через 1, 3 та 7 добу.

Таким чином, аналізуючи отримані дані, нами було відмічено, що експериментальний легеневий набряк призводить до порушення гомеостазу в глутатіон-залежній ферментній системі крові й максимум змін припадає на 7 добу після моделювання патології. Зниження активності ГТ, ГР та підвищення ГП може свідчити про напруження компенсаторних механізмів антиоксидантної системи захисту організму.



В. М. Ждан, Ю. М. Казаков, В. Ю. Штомпель, В. С. Настрога

ВПЛИВ L-АРГІНІНУ НА КЛІНІКО-ГЕМОДИНАМІЧНІ, РЕОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ З СЕРЦЕВО-ЛЕГЕНЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.*

Проблема поєднання ішемічної хвороби серця (ІХС) та хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) — захворювань, які посідають провідне місце серед найбільш поширених хвороб у розвинених країнах світу, є важливою, як у медичному, так і в соціальному значенні. Одночасний перебіг ІХС та ХОЗЛ підвищує ризик їх загострень, ускладнень, обтяжує стан хворого в цілому. Це створює необхідність пошуку засобів корекції складних патогенетичних порушень поєднаної серцево-легеневої патології.

Мета роботи: вивчення впливу L-аргініну на клініко-гемодинамічні, реологічні показники в хворих на ІХС та ХОЗЛ.

Обстежено 50 хворих на ІХС — стенокардію напруги стабільну ФК І-II із супутнім ХОЗЛ І-II ст.. Середній вік пацієнтів становив $61,4 \pm 2,6$ років. Діагнози ІХС та ХОЗЛ були верифіковані згідно з даними клініко-лабораторних та інструментальних методів дослідження. Контрольна група хворих (25 чол.) одержувала комплексну базисну терапію (нітрати, інгібітори АПФ, бронходилататори).

Хворим основної групи додатково призначали L-аргінін 5 мл через кожні 8 год внутрішньо протягом двох тижнів.

На тлі прийому L-аргініну у досліджених відзначено більш виражене зниження частоти та інтенсивності ангінальних нападів, покращення ЕКГ-показників, зменшення впливу задишки на повсякденну активність за шкалою MRC. Поряд з цим спостерігалась позитивна динаміка гемодинамічних та реологічних показників: зниження питомого периферичного опору судин (від $46,3 \pm 0,77$ до $34,2 \pm 0,89$ УО, $p < 0,05$), в'язкості крові на $6,2\text{--}12,1\%$ ($p < 0,05$). Покращились показники протромбінового індексу від $94,5 \pm 1,9\%$ до $86,22 \pm 2,1\%$ ($p < 0,05$). Відмінності між аналогічними показниками в контрольній групі не мали статистичної достовірності.

Результати проведеного дослідження свідчать про різноманітний вплив L-аргініну на системи організму, в першу чергу за рахунок нормалізації епітелію кровоносних судин, що підвищує ефективність реабілітації пацієнтів з поєднаною серцево-судинною патологією.

С. І. Жолкевський, В. Л. Босак, І. М. Булеза**ДІАГНОСТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ ЛЕГЕНЬ ЗА ДОПОМОГОЮ ТРАНСТОРАКАЛЬНОЇ БІОПСІЇ***Хмельницький обласний протитуберкульозний диспансер*

Атиповість клініко-рентгенологічних симптомів багатьох захворювань легень на перший план виводить необхідність підтвердження діагнозу на бактеріологічному, цитологічному та морфологічному рівнях. В диференційній діагностиці патологічних утворень органів дихання одним з найбільш інформативних досліджень є гістологічні дослідження біопсійного матеріалу. Метою цієї публікації є визначення можливостей сучасного комплексного підходу при встановленні діагнозу з використанням променевих обстежень, а також ранніх застосувань біопсії легеневої тканини. Сканування ультразвуком дає значну, а іноді й основну інформацію про стан плеври, плевральних порожнин та субплевральних зон легеневої тканини.

Трансторакальну біопсію легеневої тканини проводили за допомогою спеціального троакара. Перед оперативним втручанням застосовували ультразвукові обстеження з метою визначення місця операції. Отриманий при біопсії матеріал направлявся на гістологічне дослідження. Потрібно відзначити, що патологія легеневої тканини повинна знаходитися субплевральна та займати не менше одного сегмента легеневої тканини. Крім того фокус ураження легеневої тканини повинен бути зрощеним з парієтальною плеврою. При відсутності зрощення з парієтальною плеврою спеціальна біопсійна голка, яка має діаметр 4 мм, не проникне в легеневу паренхіму й узяти матеріал на гістологічне дослідження не буде можливим.

Ми провели трансторакальну біопсію легень 18 хворим. Місце трансторакальної біопсії легень залежало від локалізації ураження патологічним процесом і проводилося у відповідних міжреберних проміжках. Чоловіків було 14 хворих, жінок – 4 хворих. За даними гістологічного дослідження біоптатів ми

отримали наступні дані: рак легень виявили в 8 хворих (плоскоклітинний, папілярна аденокарцинома та низькодиференційований дрібноклітинний), туберкульоз легень у 4 хворих та неспецифічні запальні процеси в 6 хворих. У одного хворого трансторакальна біопсія легень була проведена двічі. В першому випадку гістологічно виявили туберкульозне ураження легеневої тканини. Хворому була призначена протитуберкульозна терапія, але в зв'язку з неефективним лікуванням була проведена повторна трансторакальна біопсія легень та виявлено пухлинну природу ураження. За нашими даними ехоструктура патологічних утворень майже в усіх випадках була неоднорідною. Гіпоехогені ділянки межували з гіперехогенними включеннями, що свідчило за неоднорідне ураження легеневої тканини патологічним процесом. Характер легеневого процесу залежав від локалізації, форми, ехогенності, стану навколишніх тканин та часу з початку захворювання.

Таким чином, трансторакальна біопсія повинна застосовуватися в практиці торакального хірурга. Ультразвукові дослідження допоможуть отримати важливу інформацію про стан плеври, плевральних порожнин, субплевральних відділів легеневої тканини тощо. Трансторакальна біопсія легеневої тканини має входити в частину діагностичних програм при обстеженні хворих з різними захворюваннями органів дихання. Існують і певні труднощі при проведенні трансторакальної біопсії. Не виключений ризик ускладнень, необхідність наявності досить великого фокусу ураження легеневої тканини та зрощення патологічного процесу з парієтальною плеврою вимагають певного відбору хворих та кваліфікованого медичного персоналу.

С. І. Жолкевський, В. Л. Босак, І. М. Булеза**ВІДЕОТОРАКОСКОПІЧНА ПЛЕВРЕКТОМІЯ ТА ДЕКОРТИКАЦІЯ ЛЕГЕНЬ ПРИ ЕКСУДАТИВНИХ ПЛЕВРИТАХ***Хмельницький обласний протитуберкульозний диспансер*

Кількість відеоторакоскопічних оперативних втручань стрімко збільшується – від простої біопсії плеври до складних оперативних втручань на плеврі, легенях та стравоході. Для виконання більшості відеоторакоскопічних оперативних втручань необхідний загальний наркоз та однолегенева інтубація трахеї. Для виконання оперативних втручань в обмеженому просторі необхідна наявність спеціального інструменту (дисектор, ножиці, діатермічні пристрої тощо). Більшість відеоторакоскопічних оперативних втручань виконуються в положенні хворого на боці.

Ми провели відеоторакоскопічну часткову плевректомію та декортикацію легень при ексудативних плевритах у 36 хворих. З них було 29 чоловік та 7 жінок. Вік хворих коливався від 18 до 70 років. При туберкульозному ураженні плевральних листків виконано 31 плевректомію та декортикацію, при раку легень одне оперативне втручання та при неспецифічних запальних процесах виконано 4 відеоторакоскопічних оперативних втручання. В процесі операцій були проведені багаточисельні біопсії злук, парієтальної та вісцеральної плеври. Оперативні втручання були проведені за допомогою торакокопа KARL STORZ під прямим кутом зору через один торако-

порт в 4–7 міжреберних проміжках, в залежності від локалізації процесу. Відеоторакоскопічна часткова плевректомія та декортикація легень була проведена за допомогою спеціальних діатермічних щипців, котрі були в наявній комплектації. У 2-х хворих відеоторакоскопічна плевректомія та декортикація легень не привела до успіху. В обох хворих післяопераційний період ускладнився неповним розправленням легеневої тканини та формуванням залишкової порожнини. За допомогою стандартного відкритого оперативного втручання обом хворим проведено плевректомію та декортикацію легень. У хворого з пухлинним ураженням легень в передопераційному періоді спостерігався гідропневмоторакс, який залишився й у післяопераційному періоді. Ще в одного хворого з поширеним двохстороннім туберкульозним процесом з приєднанням правобічного плевриту була проведена двічі відеоторакоскопічна часткова плевректомія та декортикація легень, але повністю ліквідувати фіброторакс не було можливим. В послідовному консервативна протитуберкульозна терапія привела до майже повної ліквідації фібротораксу. Стандартне відкрите оперативне втручання не проводилося в зв'язку з поширеним гострим

туберкульозним процесом. Таким чином, у 32 хворих (88,88 %) було досягнуто позитивних результатів за допомогою відеоторакоскопічної часткової плеврэктомії та декортикації легень. У 2 хворих (5,55 %) досягнуто позитивних результатів за допомогою стандартного відкритого оперативного втручання. В одного хворого (2,77 %) двічі відеоторакоскопічна часткова плеврэктомія та декортикація легень й наступна консервативна протитуберкульозна терапія привели до майже повної ліквідації фібротораксу. У хворого з пухлинним ураженням легень та плеври досягти результату не вдалося (2,8 %).

Отже, за допомогою відеоторакоскопічної техніки можли-

ве виконання різних оперативних втручань та маніпуляцій. Відеоторакоскопічні оперативні втручання та маніпуляції потребують добрих знань з анатомії, тому що в середині грудної клітки огляд та можливість маніпулювання з тканинами та органами обмежені. Відеоторакоскопічні оперативні втручання повинні виконуватися хірургами, що мають досвід оперативних втручань стандартним відкритим способом. Хоча відеоендохірургія й повинна бути малотравматичною технологією, вона залишається хірургією з певними ускладненнями та ризиком виникнення інтенсивної внутрішньоплевральної кровотечі, складностями ліквідації наслідків ускладнень.

Е. М. Жукова, В. А. Краснов, Л. Г. Вохминова

ВЫЯВЛЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ НАЧАЛЬНОЙ БРОНХООБСТРУКЦИИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

ФГБУ «ННИИТ» Минздрава России, г. Новосибирск

Цель исследования — выявить у больных туберкулезом легких (ТЛ) особенности начальных бронхообструктивных нарушений путем применения разработанной диагностической программы.

Материалы и методы. Наблюдались 310 пациентов. У 21 больного диагностирован очаговый туберкулез легких, у 215 — инфильтративный, у 28 — диссеминированный, у 25 — фиброзно-кавернозный, у 15 — казеозная пневмония и у 6 — туберкулема. У 61 % пациентов процесс в легких был распространенным, деструктивные изменения обнаружены у 70 % обследованных. Программа по выявлению бронхообструктивного синдрома у пациентов ТЛ помимо общепринятого во фтизиатрии объема исследования включала анкетирование по разработанному опроснику основных респираторных симптомов и дневнику самонаблюдения. Традиционный комплекс методов исследования функции внешнего дыхания (ФВД) (спирография, регистрация кривой поток-объем форсированного выдоха) был расширен за счет применения исследования вязкостного дыхательного сопротивления (ВДС) методом форсированных осцилляций. Исследование ФВД проводилось на спироанализаторе «Custo Vit» фирмы Custo Med (Германия). Измерение ВДС осуществлялось последовательно при частоте осцилляций 8, 12, 16 Гц. Регистрировали следующие показатели ВДС: Rfo — ВДС при дыхательном объеме, Rin — ВДС на уровне вдоха при спокойном дыхании, Rex — ВДС на уровне выдоха при спокойном дыхании. В соответствии с целью исследования изучаемые пациенты разделены на 2 группы: 1 группу составили 229 человек, у которых при исследовании ФВД зарегистрированы обструктивные нарушения вентиляции (различной степени выраженности), во 2 группу вошли 81

больных с неизмененными функциональными показателями.

Результаты исследования. Было показано, что начальная обструкция бронхов развивается преимущественно у больных туберкулезом легких с ограниченным объемом поражения (в 54,8 % случаев), с невыраженными деструктивными изменениями, с наличием катарального эндобронхита (в 64,9 %), проявляется лишь непостоянным редким кашлем с выделением мокроты, что требует проведения исследования ФВД с включением метода форсированных осцилляций. Были разработаны алгоритм диагностики обструкции бронхов, система оценки ФВД и бронхолитической пробы у больных ТЛ при использовании указанного комплекса методов. Применение разработанной диагностической программы у пациентов ТЛ позволило повысить на 20 % выявление бронхиальной обструкции на ранней стадии ее развития. Функциональными критериями диагностики ранней обструкции бронхов являются повышение ВДС и/или наличие частотной зависимости ВДС при нормальных значениях показателей спирографии, регистрации кривой поток-объем форсированного выдоха. Применение указанного комплекса методов при проведении бронхолитической пробы позволяет на 28,3 % повысить выявление бронхоспазма у больных туберкулезом легких.

Выводы. Использование разработанной диагностической программы у больных ТЛ позволяет улучшить выявление бронхиальной обструкции на ранней стадии ее развития и оптимизировать диагностику бронхоспазма. Функциональными критериями диагностики начальной обструкции бронхов являются повышение ВДС и/или наличие частотной зависимости ВДС при нормальных значениях показателей спирографии, регистрации кривой поток-объем форсированного выдоха.

О. А. Журило, А. І. Барбова, П. С. Трофімова, С. В. Миронченко, А. О. Пустовалова, А. О. Чайка, К. Є. Попова

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ЗДІЙСНЕННЯ ІДЕНТИФІКАЦІЇ МІКОБАКТЕРІЙ

Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»

На сьогоднішній день в Україні спостерігається підвищення рівня циркуляції нетуберкульозних мікобактерій, що в першу чергу пов'язано з поширенням туберкульозу в хворих на СНІД та ВІЛ-інфікованих.

Ідентифікація мікобактерій, що виділяються від хворих з клінічними ознаками туберкульозу, є дуже важливою для вста-

новлення діагнозу та призначення своєчасного ефективного лікування.

Існуючі на сьогоднішній день в бактеріологічних лабораторіях України методи ідентифікації мікобактерій ґрунтуються на фенотипових підходах та включають культуральні й біохімічні тести. Ці методи дозволяють відокремити мікобактерії

туберкульозного комплексу від нетуберкульозних мікобактерій, а також ідентифікувати мікобактерії, що є збудниками мікобактеріозів та викликають туберкульозоподібні захворювання легень. Така можливість існує завдяки наявності унікальних біологічних властивостей у деяких мікобактерій нетуберкульозного комплексу.

Однак, за останні роки мікобактерії набули нові біохімічні, ферментативні властивості, також змінилась здатність росту деяких мікобактерій на живильних середовищах у присутності різних хімічних речовин. Тому існуючі фенотипові тести в теперішній час не завжди можуть дати відповідь щодо ідентифікації циркулюючих мікобактерій, що виділяються від хворих.

Сучасним підходом до диференціації мікобактерій є молекулярно-генетичні методи, що засновані на полімеразно-ланцюгової реакції (ПЛР) та дають точну характеристику мікобактерій на рівні геному.

При проведенні досліджень була застосована ДНК стрип-технологія — гібридизація з ДНК-зондами, які дають можливість виявляти ДНК мікобактерій. В роботі використовували набір реагентів GenoType Mycobacteria Direct Version 4.0 для діагностики *in vitro* (Hain Lifescience GmbH, Німеччина). Даний метод дає можливість виявляти комплекс *M. tuberculosis* та клінічно-значимі нетуберкульозні мікобактерії. Робота виконана за кошти державного бюджету.

Було досліджено 46 культур мікобактерій, що були виділені за допомогою рідкого та щільного живильних середовищ. За результатами імунохроматографічного тесту ідентифікації культури мікобактерій мали негативний результат і були віднесені до мікобактерій нетуберкульозного комплексу.

Дослідження включали наступні етапи:

- виділення РНК з культури, що була отримана в рідкому або на щільному живильному середовищі, за допомогою методу захвату магнітними частками;
- реакція транскрипційної ампліфікації РНК з використанням праймерів, мічених біотином;
- зворотна гібридизація мічених біотином продуктів ампліфікації на ДНК-стрипах.

Результати досліджень показали, що більшість нетуберкульозних мікобактерій — 69,6 % штамів (32 культури) були віднесені до комплексу *M. avium-intracellulare*, 8,7 % штамів (4 культури) були ідентифіковані як *M. kansasii*, 6,5 % штамів мікобактерій (3 культури) складала *M. malmoense*, 10,7 % штамів мікобактерій (5 культур) ідентифіковані як *M. fortuitum*, 4,3 % штамів (2 культури) складала *M. chelonae*.

Таким чином, впровадження в діагностичні дослідження на туберкульоз молекулярної ДНК-стрип технології Hain Lifescience дозволило швидко провести ідентифікацію виділених мікобактерій та диференціацію нетуберкульозних штамів мікобактерій.

О. А. Журило, А. І. Барбова, П. С. Трофімова, С. В. Миронченко, А. О. Пустовалова, А. О. Чайка, К. Є. Попова

ЗАСТОСУВАННЯ МОЛЕКУЛЯРНОГО ТЕСТУ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ СТІЙКОСТІ МІКОБАКТЕРІЙ

Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»

На сьогоднішній день основною проблемою діагностики туберкульозу, що здійснюється в лабораторіях України, є тривалентність верифікації бактеріологічного діагнозу. Існуючі традиційні фенотипові методи визначення медикаментозної стійкості мікобактерій не дозволяють у короткий термін провести діагностику мультирезистентного туберкульозу та визначити профіль резистентності до протитуберкульозних препаратів I-го та II-го ряду.

Найбільш ефективними, високо специфічними та чутливими способами діагностики є молекулярні технології. Нами були проведені діагностичні дослідження з використанням методу, який являє собою ДНК-стрип технологію — гібридизацію з ДНК-зондами.

Даний метод заснований на полімеразно-ланцюговій реакції (ПЛР). Для ампліфікації фрагменту генів використовуються праймери, мічені біотином. Гібридизація продуктів ампліфікації відбувається на стріпах із ДНК- зондами. В ході оцінки гібридизації відбувається детекція наявності ДНК мікобактерій, а також мутацій у генах, що асоційовані з резистентністю до протитуберкульозних препаратів.

В ході досліджень нами були використані набори реагентів GenoType MTBDRplus, GenoType MTBDRsl для визначення медикаментозної резистентності до ізоніазиду й рифампіцину, а також аміноглікозидів, фторхінолонів та етамбутолу (Hain Lifescience GmbH, Німеччина). Робота виконана за кошти державного бюджету.

Для визначення медикаментозної чутливості молекулярно-генетичним методом були відібрані 156 штамів мікобактерій туберкульозу, що були виділені від хворих на туберкульоз з різними категоріями та випадками захворювання з відомими результатами тесту медикаментозної чутливості до препаратів I-го та II-го ряду.

Результати молекулярного дослідження медикаментозної чутливості щодо профілю резистентності H+R, тобто до ізоніазиду та рифампіцину співпали в 95,4 % з результатами фенотипового тестування методом пропорції.

Результати визначення монорезистентності до рифампіцину або в комбінації з іншими протитуберкульозними препаратами, крім ізоніазиду, за допомогою двох методів не відрізнялись між собою й повністю співпадали.

За нашими даними, при наявності мутації в гені, що асоційований з резистентністю до рифампіцину, мутації в генах, що відповідають за медикаментозну стійкість до ізоніазиду спостерігалась лише в 93,5 %. Аналогічні розбіжності були отримані при визначенні медикаментозної резистентності мікобактерій туберкульозу в рідкому середовищі.

Порівняння результатів обох методів щодо резистентності до ізоніазиду виявило, що при наявності мутацій асоційованих з резистентністю, лише в 93,0 % випадках спостерігалась медикаментозна стійкість мікобактерій туберкульозу до ізоніазиду при проведенні тесту медикаментозної стійкості в рідкому середовищі.

Так, при наявності мутації в генах, що відповідають за наявність мутацій до офлоксацину, в рідкому середовищі лише 90,0 % мікобактерій туберкульозу мали медикаментозну резистентність до офлоксацину.

Таким чином, використання ДНК-стрипової технології для визначення мутацій у генах мікобактерій, що відповідають за медикаментозну стійкість до протитуберкульозних препаратів, обов'язково потребує паралельної постановки тесту медикаментозної резистентності в рідкому або щільному середовищі для повної характеристики медикаментозної стійкості мікобактеріальної популяції.

Л. М. Загаба, С. Д. Кузовкова, І. В. Ліскіна, О. О. Олексинська
КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ У ХВОРИХ
З ХІРУРГІЧНИМ ЛІКУВАННЯМ

ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України", Київ

В останні роки серед хворих на туберкульоз легень, які отримують додаткове хірургічне лікування, досить значний відсоток випадків складають хворі з туберкуломами (Т) легень. Водночас, дослідження з проблем легеневого туберкульозу останніх років не приділяють достатньої уваги сучасним особливостям перебігу та морфології цієї особливої форми туберкульозу.

Мета дослідження. Визначення клініко-анатомічного типу туберкулом та характеру специфічного запального процесу в легенях хворих на момент проведення хірургічного втручання.

Матеріали та методи. Проаналізовано 178 випадків операційних втручань з приводу Т легень в клініці Інституту за період 2010–2012 років. Враховували клінічний діагноз, результати лабораторних досліджень, макроскопічні ознаки патології за операційним матеріалом та результати гістологічного дослідження.

Морфологічне визначення ступеня активності специфічного запалення в легенях проводили при гістологічному дослідженні препаратів, традиційно забарвлених гематоксилін-еозином, та з використанням раніше розробленого нами діагностичного алгоритму.

Результати дослідження. Загалом серед усіх 309 хворих на туберкульоз легень, які отримали хірургічне лікування в клініці Інституту за період дослідження, Т легень діагностовано у 178 (57,6 ± 2,8) % випадках.

В групу дослідження увійшли 72 чоловіки та 106 жінок. Загалом середній вік хворих складав 31,38 ± 0,88 років. Загальна тривалість захворювання становила 0,98 ± 0,09 роки.

У 111 випадках (62,4 ± 3,6) % діагностовано солітарні Т, тоді як множинні Т — у 67 (37,6 ± 3,6) % випадках, тобто вірогідно частіше зустрічаються одиночні Т ($p < 0,001$). За типом анатоміч-

ної будови вірогідно частіше серед Т визначали казеоми — 126 (70,8 ± 3,4) % випадків, а найменш чисельну групу склали пневмонієподібні Т, які були визначені лише в 4 (2,2 ± 1,1) % випадках. Конгломеративні Т були визначені в 26 (14,6 ± 2,6) % випадках. Приблизно в третині випадків спостерігали Т з розпадом (фрагментацією) їх внутрішнього вмісту — 61 (34,3 ± 3,6) % випадок.

При мікробіологічному дослідженні лише в 36 (20,2 ± 3,0) % випадках з усіх 178 були виділені мікобактерії, при цьому в 7 (19,4 ± 6,6) % випадках морфологічно визначена висока активність специфічного запального процесу.

Загалом, за гістологічними показниками висока активність специфічного запального процесу визначена в 35 (19,7 ± 3,0) % випадках, помірна — у 83 (46,6 ± 3,7) % випадках, низька активність — в 60 (33,7 ± 3,5) % випадках. Тобто, серед хворих на Т легень на момент оперативного втручання найчастіше спостерігали випадки з помірною активністю туберкульозного запального процесу в легенях порівняно до числа випадків з високою та низькою активністю, з вірогідною різницею ($p < 0,05$).

Висновки. Серед усіх оперативних втручань з приводу туберкульозу легень в період дослідження кількісно переважали туберкуломи легень, (57,6 ± 2,8) %. За анатомічною будовою преvalюють туберкуломи-казеоми, ознаки розпаду внутрішнього вмісту визначені в 61 (34,3 ± 3,6) % випадку. Мікробіологічне дослідження було результативним лише в 36 (20,2 ± 3,0) % випадках.

Згідно результатів морфологічного дослідження, на момент хірургічного видалення туберкулом в тканинах легень частіше всього визначається помірна активність туберкульозного запалення, що відповідає клінічній фазі стабілізації специфічного процесу.

С. В. Зайков, Л. Г. Кулик, Л. В. Михей, В. В. Тополюк, Ю. Н. Куцак, В. С. Приймук
ЛЕКАРСТВЕННО-ИНДУЦИРОВАННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

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

Органи дыхания часто становятся мишенью для лекарственных поражений, уступая при этом по частоте побочных эффектов лекарственных препаратов (ЛП) лишь поражению кожи и пищеварительной системы. По данным ряда исследований, частота лекарственно-индуцированных поражений органов дыхания (ЛИПОД) составляет в структуре заболеваемости около 5 %, достигая среди госпитализированных больных 15–25 %. Известно более 300 ЛП различных групп, которые способны приводить к поражению органов дыхания. В их перечне наиболее часто фигурируют амиодарон, нитрофураны, антибактериальные средства, цитостатики, нестероидные противовоспалительные препараты, β -блокаторы, ингибиторы АПФ и др. ЛП. ЛИПОД чаще протекают изолированно, однако они могут быть и частью системных патологических процессов, индуцированных ЛП.

Общепринятой классификации ЛИПОД не существует. В зависимости от уровня поражения респираторной системы они могут протекать с вовлечением в патологический процесс верхних дыхательных путей (аллергический ринит, синусит, отит, ларингит, фарингит), бронхов (бронхообструктивный

синдром, кашель, аспириновая астма), бронхиол (бронхиолит), интерстиция (интерстициальные пневмониты), плевры (плеврит, спонтанный пневмоторакс), сосудов легкого (васкулит) и пр. Хотя следует отметить, что изолированное поражение дыхательной системы при воздействии лекарственных веществ встречается сравнительно редко, чаще оно сочетается с клиникой общих реакций. В целом же ЛИПОД могут быть следствием или аллергических свойств ЛП или их токсического воздействия на респираторную систему.

К основным диагностическим критериям ЛИПОДЛ можно отнести: 1) связь заболевания с приемом ЛП и быстрая положительная динамика после его отмены; 2) рентгенологическая картина, которая зависит от стадии болезни и варьирует от признаков отека интерстициальной ткани легких и распространенных мелкоочаговых теней в начальных фазах болезни до выраженных двухсторонних фиброзных изменений с мелко-крупноочаговой деформацией легочного рисунка в ходе прогрессирования процесса; 3) рестриктивный тип нарушений функции внешнего дыхания и снижение диффузионной способности легких; 4) увеличение числа нейтрофильных гранулоцитов (до

10–15 %) и появление эозинофилов в жидкости бронхоальвеолярного лаважа; 5) некроз эндотелия капилляров и пневмоцитов 1-го типа, гиперплазия и метаплазия пневмоцитов 2-го типа, отек и трансудация плазмы в альвеолы, микроателектазы по данным трансторакальной или открытой биопсии легких. Однако, несмотря на наличие этих критериев, установление этиологического диагноза ЛИПОД часто представляет трудности вследствие отсутствия их специфических клинических и морфологических признаков, поэтому и основываться часто на тщательном исключении других возможных причин патологических изменений со стороны респираторной системы.

Лечение больных с ЛИПОД зависит от клинической формы и варианта заболевания. Методы терапии обязательно включают прекращение приема «виновного» ЛП, фармакотерапию системными глюкокортикостероидами и/или цитостатиками, десенситизацию ЛП для пациентов с аспириновой бронхиальной астмой. Повышению эффективности терапии способствует обучение пациентов, информирование их о возможных побочных эффектах терапии основного заболевания и способах оказания первой помощи при появлении симптомов развития аллергической реакции на ЛП.

Ю. А. Зайцев, В. Б. Ионов, Л. А. Аблаева, А. А. Пискарев

КО-ИНФЕКЦИЯ ТБ/ВИЧ В СТРУКТУРЕ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ

ГУ «Крымский государственный медицинский университет», г. Симферополь

Заболеваемость Ко-инфекцией в Крыму, на фоне предшествующего роста, несколько стабилизировалась: 2010 — 316 больных, 2011 — 289, 2012 — 298 пациентов. На этом фоне сочетание туберкулеза и ВИЧ-инфекции в структуре первичной инвалидности с 2006 по 2012 год увеличилась в 1,7 раза и составила 22,7 %.

В 2012 году первичное освидетельствование на МСЭК прошли 140 (47,0 %) наблюдаемых. Из них мужчины составили 77,1 %, жители города — 54,3 %. Возраст женщин варьировал от 27 до 47, мужчин — 25–56 лет. У 62,1 % туберкулез развился на фоне ВИЧ-инфекции, одномоментно выявлены оба заболевания у 30,0 %, в остальных случаях (7,9 %) специфический процесс был первоначальным.

Характерен низкий образовательный уровень: так, неполное среднее образование зарегистрировано у 49,3 %, в объеме средней школы — 41,4 %, среднее техническое — 7,9 % и высшее — у 1,4 %. Имели полноценную семью 14 пациентов

(10,0 %), проживали совместно с родственниками — 55 (39,3 %), остальные были одиноки — 71 (50,7 %). У 72 (51,4 %) в анамнезе отмечено пребывание в местах лишения свободы.

Среди форм туберкулезного процесса преимущественно преобладали диссеминированная (42,9 %), инфильтративная (22,1 %) и внелегочные (14,3 %). Практически у всех больных выявляли одно или несколько сопутствующих заболеваний, которые осложняли лечение и ухудшали прогноз.

Первая группа инвалидности установлена в 3,6 % случаев, вторая — 59,3 %, третья — 37,1 %.

Отмечена прямая зависимость от выраженности неврологической симптоматики, вирусной нагрузки и уровня CD4+ — лимфоцитов.

Таким образом, на фоне стабилизации и снижения заболеваемости туберкулезом, Ко-инфекция становится ведущим фактором в снижении трудоспособности пациентов, наблюдаемых противотуберкулезной службой.

Я. В. Иванова

ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТОВ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП НА УРОВЕНЬ TARC/CCL17 И ПРО- И АНТИВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В ИНДУЦИРОВАННОЙ МОКРОТЕ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ

ГУ «Крымский государственный медицинский университет», г. Симферополь

К наименее изученным хемокинам в пульмонологии относятся TARC (thymus and activation regulated chemokine, тимус-ассоциированный регуляторный хемокин) — один из немногих хемокинов с очевидной хемоаттрактантной активностью в отношении Th2-клеток (Th2-хемокин) (Haddad J., 2002). В последние годы этот хемокин стали рассматривать в качестве возможной будущей “мишени” для создания новых лекарств (Hodge S. и соавт., 2001).

Целью исследования явилось научное обоснование целесообразности использования комбинированной терапии, включающей β_2 -агонист и антихолинергический препарат (беродуал, по 2 ингаляции 3 раза в день курсом 21 день), а также доксофиллин (аэрофиллин, по 1 табл. 2 раза в день курсом 21 день) для коррекции хемокинового потенциала в комплексном лечении хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ) у лиц, перенесших туберкулез (ТБС) легких.

Под наблюдением состояло 58 больных ХОЗЛ мужского пола, разделенных на группы в зависимости от фазы течения (обострение, ремиссия), а также от наличия перенесенного ТБС легких в анамнезе. Концентрацию TARC/CCL17, IL-1 β и TNF- α в сыворотке

крови определяли иммуноферментным методом с использованием коммерческих наборов (соответственно R&D Systems, Minneapolis, USA, НПО “Протеиновый контур” (г. Санкт-Петербург)). Оценка результатов осуществлялась фотометрически.

Нами установлено, что при обострении (неинфекционного характера) ХОЗЛ у больных после клинического излечения ТБС легких в сравнении со стабильным течением ХОЗЛ у подобных больных выявлено многократное возрастание регионарного (эндобронхиального) уровня хемокина TARC/CCL17, а также провоспалительных цитокинов IL-1 β и TNF- α с одновременным снижением уровня цитокина IL-4.

Доказано преимущество применения комбинированного лечения обострения ХОЗЛ с использованием β_2 -агониста и антихолинергического препарата (беродуал), а также доксофиллина с целью коррекции регионарного (эндобронхиального) дисбаланса цитокинового гомеостаза.

Доказана клиническая эффективность комбинированного лечения обострения ХОЗЛ с использованием беродуала и доксофиллина (аэрофиллина) для сокращения сроков лечения обострения заболевания у лиц, перенесших туберкулез легких.

В. І. Ігнат'єва

КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРЕПАРАТУ РЕОСОРБІЛАКТ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОЇ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЇ ПРИГЛУХУВАТОСТІ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Державна установа “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”, м. Київ

Мета дослідження: вивчити клініко-функціональну ефективність розчину «Реосорбілакт» 200 мл для внутрішньовенного введення в комплексному лікуванні гострої сенсоневральної приглухуватості, яка виникла в інтенсивну фазу основного курсу протитуберкульозної хіміотерапії, у хворих на туберкульоз легень.

Об'єкт дослідження: обстежено 30 пацієнтів, хворих на туберкульоз легень (11 чоловіків і 19 жінок у віці 19–45 років), у яких гостра сенсоневральна приглухуватість виникла в період проведення інтенсивної фази основного курсу протитуберкульозної хіміотерапії із застосуванням 5–6 хіміопрепаратів.

I група — 15 хворих, яким проводилась стандартна антиневропатна терапія (вітаміни B₁, B₆ по 2 мл внутрішньом'язово через день, пантотенат кальцію по 0,2–0,4 г 2 рази на добу, АТФ по 1,0 внутрішньом'язово) на тлі інтенсивної протитуберкульозної хіміотерапії. 15 пацієнтам II групи додатково призначали Реосорбілакт внутрішньовенно крапельно по 200 мл/добу протягом 7 діб, а потім 1 раз на тиждень протягом інтенсивної фази протитуберкульозної хіміотерапії. Судинні препарати не призначались.

Методи дослідження: клінічні, рентгенологічні, вестибулометрія за стандартними методиками, аудіометрія на апараті “Interacustics AD 229-b”, Данія.

Результати дослідження. До початку лікування хворі скаржилися на сильний вушний шум, запаморочення, головний біль, зниження слуху, погіршення розбірливості мови та погіршення сну. У всіх хворих спостерігалися клінічні ознаки гострої сенсоневральної приглухуватості (шепітна мова (Ш. м.) у хворих I групи — AD (2,7 ± 0,4) м., AS (2,1 ± 0,3) м; II групи — AD (2,4 ± 0,3) м., AS (2,9 ± 0,2) м., латералізація звука у вухо, що краще чує, укорочений дослід Швабаха, позитивні досліді Рінне й Бінга), ознаки медикаментозної лабіринтопатії (обертова проба II–III ступеню, у 2-х хворих I групи й 3-х хворих II групи — спонтанний ністагм, позитивна проба Ромберга). При тональній аудіометрії криві, як за кістковою, так і за повітряною провідністю, носили різко низхідний характер на частотах 2000–8000 Гц, з найбільшим зниженням порогів або обривом на високих частотах (4000–8000 Гц). При аналізі мовних аудіограм встановлено, що порогові розбірливості мови для 50 % рівня були підвищені на 15–25 дБ. У всіх випадках не було досягнуто 100 % розбірливості мови.

Найбільш ранній клінічний ефект відзначено в хворих II групи — на 8–10-й день лікування зменшувався вушний шум, головний біль, відбувалось деяке покращення розбірливості мови, нормалізація сну. Визначалось зменшення інтенсивності проявів лабіринтопатії, відбувалась стабілізація аудіометричних показників наприкінці фази інтенсивної хіміотерапії. У хворих I групи позитивна динаміка клінічних симптомів не відзначалась або спостерігалось їх погіршення. Так, у 4 пацієнтів I групи показники, що вивчалися, залишалися без змін, у 8 — визначалось помірне й у 3 пацієнтів значне зниження слуху, що підтверджувалось даними аудіометрії наприкінці фази інтенсивної хіміотерапії.

Висновки: застосування розчину «Реосорбілакт» в комплексному лікуванні гострої сенсоневральної приглухуватості у хворих на туберкульоз легень за схемою — 200 мл/доба протягом 7 діб, а потім 1 раз на тиждень протягом фази інтенсивної

хіміотерапії, сприяло позитивній динаміці клінічних симптомів захворювання, стабілізації показників аудіограми, нормалізації функції вестибулярного апарату.

Робота виконувалась за рахунок коштів державного бюджету.

В. І. Ігнат'єва, Л. О. Яшина, Г. Л. Гуменюк

ВПЛИВ ПАТОЛОГІЇ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ НА ПОКАЗНИКИ ПОЛІСОМНОГРАФІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ІЗ ТЯЖКИМ ПЕРЕБІГОМ

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ

Мета дослідження: вивчити вплив патології верхніх дихальних шляхів на показники полісомнографії у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) із тяжким перебігом.

Під спостереженням знаходилось 60 хворих (45 чоловіків і 15 жінок у віці від 21 до 79 років) на ХОЗЛ із тяжким перебігом (FEV_1 — $41,6 \pm 2,1$ %). Зворотність бронхообструкції в пробі з бронхолітиком — $(3,8 \pm 0,6)$ %.

Методи дослідження: клінічні, рентгенологічні, функціональні — передня активна риноманометрія, спірометрія, полісомнографія (ПСГ) на апаратному комплексі "SomnoStar Pro" фірми "Cardinal Health" (Німеччина), статистичні.

Результати дослідження. При оториноларингологічному обстеженні визначено, що 50 (83,3 %) хворих мали утруднене носове дихання. У 49 (81,7 %) із обстежених діагностовані вазомоторний риніт, який у 44 (73,3 %) хворих був ускладнений гіпертрофією нижніх носових раковин, а у 30 (50,0 %) хворих поєднувався з викривленням носової перегородки. 9 (15,0 %) хворим раніше були проведені ендоназальні корегуючі операції з метою нормалізації прохідності носових ходів.

При проведенні кореляційного аналізу виявлений статистично достовірний прямий зв'язок середньої сили між показниками риноманометрії (носовим потоком на вдосі зліва (FIL) і справа (FIR)) та основними показниками полісомнографії (табл. 1).

Таблиця 1

Коефіцієнт кореляції r між показниками риноманометрії та полісомнографії у хворих на ХОЗЛ із тяжким перебігом

Показники риноманометрії	Показники ПСГ	Коефіцієнт кореляції, r
FIL, абс.	Індекс апное, /год	0,428
FIL, абс.	Індекс пробуджень за год	0,493
FIR, абс.	Індекс апное, /год	0,575
FIR, абс.	Індекс апное-гіпноное, /год	0,494

Висновки: у хворих на ХОЗЛ із тяжким перебігом аеродинамічні порушення верхніх дихальних шляхів були обумовлені наявністю вазомоторного риніту, ускладненого гіпертрофією нижніх носових раковин і викривленням носової перегородки, що безпосередньо впливало на виникнення й тяжкість перебігу дихальних розладів під час сну.

Г. І. Ільницький

ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ АЛГОРИТМУ ДІАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ НА ЗАСАДАХ МАТЕМАТИЧНОГО МОДЕЛЮВАННЯ ПАТОЛОГІЧНОГО ПРОЦЕСУ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Опрацювання алгоритму діагностики туберкульозу в залежності від етапу надання медичної допомоги населенню на основі використання новітніх інформаційно-математичних технологій та результатів клініко-лабораторних проявів патологічних процесів було метою роботи.

Розроблена інформаційно-математична система діагностики й диференційної діагностики первинного та вторинного туберкульозу ґрунтується на отриманих клініко-лабораторних критеріях при відсутності анамnestичних даних про час виникнення первинного інфікування. Для цього був використаний спрощений варіант формули Т. Байєса, яка базувалася на методах бального розпізнавання хвороби й складалася із декількох етапів: визначення діагностичної значимості окремих ознак (симптомів та синдромів) шляхом вираховування їх частоти у відсотках; вираховування десяткових логарифмів із одержаних відсотків, що приймалися за діагностичні коефіцієнти; обчислення підсумкових діагностичних балів шляхом помноження діагностичних коефіцієнтів на 10 та їх підсумування. Далі за допомогою таблиць вираховувалась вірогідність різниць підсумкових балів на первинний та вторинний туберкульоз. При цьому, якщо різниця сум перевищувала 13 балів, ймовірність прийнятого діагнозу була більше 95,0 %, а ймовірність помилкового діагнозу менше 5,0 %. Якщо ж різниця становила 10

балів, ймовірність правильного діагнозу знижувалася до 91,0 %, а ймовірність помилкового збільшувалася до 9,0 %.

Інформаційно-математичний алгоритм було використано у 76 (48,4 %) хворих на первинний туберкульоз, в яких клініко-рентгенологічно виявляли локальні форми туберкульозу первинного генезу, що нагадували форми вторинного туберкульозу та в 81 (51,6 %) — на вторинний із загальної кількості обстежених осіб (157 хворих). Отримані матеріали досліджень дали можливість встановити вірогідність окремих ознак патологічних зрушень залежно від генезу специфічного процесу. При цьому визначалась також міра власної діагностичної цінності кожної із ознак (симптомів або синдромів). Це дозволило створити карту бальної діагностики первинного туберкульозу органів дихання у хворих, яку можна застосовувати при відсутності анамnestичних даних про час первинного інфікування хворого.

Особливу увагу звертали на наявність параспецифічних реакцій, алергічних та токсико-алергічних. Важливе значення мала оцінка рентгенологічної симптоматики (наявність збільшених внутрішньогрудних лімфатичних вузлів одночасно з патологічними змінами в легенях, кальцинатів, локалізація вогнищево-інфільтративних змін й їх зв'язок з коренями легенів, стан коренів легень, стан легеневого малюнку). Були враховані також наявність порожнин розпаду, їх кількісна та

якісна характеристика. Важливе значення мала частота й характер специфічних і неспецифічних ускладнень.

Бальна система складалася з двох частин: перша — бальна оцінка клініко-рентгенологічних та анамnestичних даних, друга — бальна оцінка лабораторних даних з використанням сучасних мікробіологічних, імунологічних і біохімічних методів

дослідження. Перша частина дозволяла провести диференційну діагностику на поліклінічному рівні діагностики первинного та вторинного туберкульозу, друга — провести математичне моделювання лише в спеціалізованій медичній установі (стаціонар), де є можливості проведення комплексу імунологічних, біохімічних та мікробіологічних досліджень.

І. Г. Ільницький

КЛІНІКО-РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ТА ЛАБОРАТОРНІ ПРОЯВИ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ “АТИПОВОЇ” ПНЕВМОНІЇ В УМОВАХ ЕПІДЕМІЇ РЕСПІРАТОРНО-ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

В структурі негоспітальних пневмоній на увагу заслуговують так звані “атипові” пневмонії, які складають приблизно 25–30 % усіх випадків, зберігаючи чітку тенденцію до зростання. Дана категорія пневмоній в Україні знаходиться в стадії активного вивчення й для системи практичної охорони здоров'я складає суттєві діагностичні та терапевтичні труднощі.

Проаналізовані результати лікування 97 хворих на “атипову” та 23 хворих — на полісегментарну пневмонію. Серед 97 хворих на “атипову” пневмонію чоловіків було 51 (52,6 %), жінок — 46 (47,4 %) віком від 18 до 50 років, серед яких 39 (40,2 %) були особи віком до 30 років. При госпіталізації в стаціонар у 87 (89,7 %) хворих їх загальний стан був середньої важкості, а у 10 (10,3 %) — важкий. Усім пацієнтам були проведені загальнолабораторні, рентгенологічні та функціональні методи обстеження.

Клінічними проявами «атипових» пневмоній була домінація екстрапульмональних (позалегенових) проявів, відсутність легенових (окрім прогресуючої задишки) симптомів на етапі перших годин — днів розвитку запального процесу. При цьому переважали виражена інтоксикація, стійка гіпертермія, суттєві неврологічні та вегетосудинні розлади. На фоні блискавичного наростання клінічних симптомів важливим діагностичним критерієм в умовах загального стаціонару була повна відсутність ефекту від антибіотиків пеніцилінового та цефалоспоринового ряду.

В перші дні захворювання рентгенологічні прояви були мінімальні й супроводжувалися ураженням інтерстиціальної тканини легень, посиленням легеновим малюнком та підвищеною компенсаторною прозорістю (емфіземою) легенової паренхіми. За такої рентгенологічної картини аускультативно абсолютно відсутні катаральні явища при прогресуючому рестриктивному варіанті наростання дихальної недостатності.

На 3–7 день від моменту захворювання до внутрішньоклітин-

ної інфекції приєднувалася класична бактеріальна позаклітинна інфекція, що призводило до погіршення клінічного перебігу з наявністю прогресуючої задишки, продуктивного кашлю, характерних рентгенологічних ознак у вигляді вогнищево-інфільтративних змін легенової паренхіми зливного характеру, ускладненої геморагічним та ДВЗ-синдромами, бульозною дистрофією з можливим розвитком спонтанного пневмотораксу та абсцедуванням.

У більшості хворих на «атипову» пневмонію периферійна формула крові характеризувалася глибокими змінами елементів червоної та білої крові у вигляді гіпергемоглобулінемії, лімфопенії, анеозинофілії та різко підвищеної ШОЕ з елементами анізоцитозу, пойкилоцитозу та токсичної зернистості еритроцитів. Біохімічний спектр сироватки крові виявив гіперальбумінемію, різко виражені фракції α і γ -глобулінів та підвищений показник С-реактивного білка, які зберігалися тривалий час навіть після ефективної терапії “атипових” пневмоній.

В несприятливих епідеміологічних умовах респіраторно-вірусних інфекцій спостерігалися блискавичний, прогресуючий розвиток негоспітальної пневмонії по інтерстиціальному типу з наявністю наростаючої гострої дихальної недостатності та вираженим інтоксикаційним синдромом та суттєвими позалегеновими проявами захворювання. Найчастішими ускладненнями основного захворювання були абсцедування, секвестрація легенової паренхіми нерідко з розвитком спонтанного пневмотораксу, суттєві вегето-судинні та неврологічні розлади.

При лікуванні показані парентеральне поєднане застосування макролідів (спіраміцин, кларитроміцин), фторхінолонів (авелокс, левофлоксацин), карбапенемів (тісам) та аміноглікозидів (амікацин) в комбінації з системними глюкокортикоїдами. Доцільність використання штучної вентиляції легень є дискусійною й вимагає додаткових досліджень.

І. Г. Ільницький, О. П. Костик, Л. М. Рак, Н. Д. Рудницька, В. Л. Новосільський, З. Р. Наконечний, Г. Р. Шершун, Г. С. Мацех, Н. А. Хоп'як, Л. В. Скалат, А. Й. Щенсний, Н. Б. Гуменна **БРОНХООБСТРУКТИВНИЙ СИНДРОМ У ПРАКТИЦІ ФТИЗІАТРА Й ПУЛЬМОНОЛОГА**

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

В практичній роботі лікарів пульмонологів часто зустрічаються хворі з поєднанням специфічного (туберкульозного) та неспецифічного запалення респіраторної системи, особливо хронічного бронхіту й хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ).

Вивчено клініко-функціональні та ендоскопічні прояви ураження бронхіального дерева при різній патології органів дихання. Найінформативнішими показниками при БОС були зниження об'єму форсованого видиху за першу секунду ($ОФВ_1$)

та співвідношення $ОФВ_1/ФЖЕЛ$. Зменшення $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 70\%$ — це найбільш ранній прояв БОС, навіть при високому $ОФВ_1$.

При несправжній обструкції патологічні зміни в бронхах носять переважно зворотній характер і проявляються гіперемією й набряком слизової оболонки, гіперсекрецією слизу, спазмом гладкої мускулатури та алергічним ендобронхітом, а при істинній має місце незворотна обструкція, яка ґрунтується на дифузному панбронхіті, тотальній лейкоцитарній інфільтрації всіх шарів бронхів з розвитком перибронхіального пневмо-

фіброзу та компенсаторної емфіземи.

Для туберкульозного запалення респіраторної системи характерні клінічні та функціональні прояви БОС, який зустрічається практично при всіх клінічних формах туберкульозу легень. При вперше виявленому туберкульозі легень БОС спостерігається за даними різних авторів в 57,0–64,2 %, а при тривалості захворювання більше 4-х років — 80,7 % випадків. Обструкція бронхів зустрічається при вогнищевому (53,3 %), інфільтративному (57,5 %), фіброзно-кавернозному (88,2 %) й дисемінованому (77,1 %) туберкульозі легень. Розповсюдженість БОС у хворих з наявністю залишкових змін в легенях констатується в 2–3 рази частіше (60–84 %) в порівнянні з загальною популяцією населення.

Гіперреактивність бронхів є однією із складових розвитку БОС, як наслідок параспецифічної реакції слизової оболонки дихальних шляхів, зумовленої рефлексним впливом туберкульозної інтоксикації й дією певних біологічно активних речовин. При цьому інтенсивність наростання запальних змін в нижніх відділах респіраторної системи залежить від ступеня вираженості ексудативної фази туберкульозного запалення. При поширеному туберкульозі легень спостерігаються дистрофічні зміни слизової оболонки бронхів з елементами неспецифічного запалення, які в процесі репарації призводять до

перебудови стінки бронху з формуванням у більшості випадків бронхоектазів. В розвитку БОС значну роль відіграє «локальний» ендобронхіт, який верифікується при туберкульозі легень як специфічний ендобронхіт, що ускладнює перебіг основного захворювання, яке часто розвивається при так званих первинних формах туберкульозу на основі екзогенного проникнення мікобактерій туберкульозу при поєднанні з інтенсивною або гіперергічною туберкуліною чутливістю.

При вторинному туберкульозі легень, який виникає за рахунок ендогенної реінфекції старих вогнищ, туберкульозний ендобронхіт діагностується значно рідше. При наявності БОС клінічний перебіг туберкульозу легень має свої особливості: у таких пацієнтів спостерігається більш виражена симптоматика, частіше розвиваються ускладнення основного захворювання (утворення деструкцій, наявність бактеріовиділення). В 3,4 раза частіше перебіг захворювання має хвилюподібний характер, в 1,6 раза частіше спостерігаються небажані побічні ефекти від хіміопрепаратів, що пролонгує тривалість антимікобактеріальної терапії на 1,5–2 міс при несприятливому прогнозі та більш виражених метатуберкульозних змінах. Частота розвитку дихальної недостатності зростає від 25,7 % при обмеженому до 75,2 % випадків при поширеному туберкульозі легень.

Я. М. Ільницький, Г. І. Ільницький, О. В. Гайдучок

ОСНОВИ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ НА ЗАСАДАХ ВПРОВАДЖЕННЯ ІНФОРМАЦІЙНО-КОМП'ЮТЕРНИХ ТА ЦИФРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ФТИЗІОПУЛЬМОНОЛОГІЇ

*Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,
Національний університет "Львівська політехніка"*

Доказова медицина (ДМ), як науковий напрям, активно розвивається, хоча існують певні труднощі її використання. Під цим терміном більшість авторів розуміють: гарантію найбільш ефективного, безпечного й економічного діагностування та лікування, що ґрунтується на найнадійніших із доступних доказів, збір, інтерпретацію та інтеграцію надійних клінічних даних, отриманих у результаті повідомлень пацієнтів, спостережень спеціалістів, а також експериментальних досліджень, технологію пошуку, аналізу, узагальнення та застосування медичної інформації, яка дозволяє прийняти оптимальне клінічне рішення, процес безперервного вивчення, що дозволяє інтегрувати найбільш надійні з існуючих доказів з індивідуальним досвідом, нову позицію клінічної медицини, яка відрізняється від попередньої меншим впливом суб'єктивного фактору на вибір критерію діагностики й лікування, які вимагають від лікаря критичної оцінки позицій різних експертів та результатів клінічних досліджень, інформаційну технологію вибору оптимальних варіантів медичної діяльності.

На основі принципів ДМ пропонується наступний алгоритм пошуку та прийняття рішень при туберкульозі та неспецифічних запальних захворюваннях легень дитячого й підліткового віку: визначення проблеми (прийняття рішення віднос-

но сукупності пацієнтів з врахуванням способів діагностики і лікування та можливість їх порівняння, а також прогнозування клінічного результату), пошук інформації, яка стосується даної проблеми. Необхідно вказати, що дана інформація може міститися в опублікованих матеріалах, аналітичних оглядах та електронних базах, критична оцінка методів визначення достовірності даних, одержання найбільш позитивних результатів і визначення їх клінічного значення, оцінка можливості застосування результатів в клінічній практиці, оцінка можливості виконання.

Інформаційні технології, особливо Інтернет, значно спростили доступ для наукових працівників і лікарів до доказової інформації відносно нових та уже існуючих методів діагностики і лікування. Прогрес доказової медицини тісно пов'язаний з розвитком сучасних інформаційних засобів і впровадженням методів математичної статистики.

Запропоновані принципи, які базуються на використанні алгоритму діагностики й лікування, накопиченого власного досвіду, існуючих літературних повідомлень та використання інформаційного банку даних при верифікації патології бронхолегеневої системи створюють суттєві передумови доцільності їх застосування в області фтизіатрії й пульмонології.

І. А. Ільюк, О. А. Коробко, К. П. Постовітенко

ОЦІНКА ПОКАЗНИКІВ ЕНДОГЕННІЙ ІНТОКСИКАЦІЇ ТА АДАПТАЦІЙНИХ РЕАКЦІЙ ОРГАНІЗМУ В ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

Актуальність пневмонії для сучасної медицини і, зокрема, негоспітальної пневмонії (НП), визначається високою захворю-

ваністю та смертністю, збільшенням частоти ускладненого її перебігу, суттєвими економічними втратами від тимчасової

непрацездатності та інвалідності (Фещенко та ін., 2011).

Мета дослідження: підвищити ефективність лікування хворих на негоспітальну пневмонію шляхом включення в комплекс лікувальних заходів метаболічного коректора тіотриазоліну та вивчити динаміку показників ендогенної інтоксикації та адаптаційних реакцій організму при даній патології.

Для вирішення поставлених завдань проведено комплексне клінічне, лабораторне, рентгенологічне обстеження 120 хворих на НП третьої групи. Обстежено 61 чоловіків ($50,8 \pm 4,5$ %), та 59 жінок ($49,2 \pm 4,6$ %), віком від 18 до 68 років. 50 пацієнтів, які отримували традиційну терапію (антибіотики, муколітики), склали контрольну групу. 70 хворих, котрим поряд із базисною терапією додатково призначали тіотриазолін, сформували контрольну групу. Групи були репрезентативні за віком, статтю, важкістю клінічного перебігу. Ефективність лікування оцінювали за динамікою клінічних проявів, показників ендогенної інтоксикації (лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ), рівень середніх молекулярних пептидів (РСМП), сорбційна здатність еритроцитів (СЗЕ)), адаптаційних реакцій організму до лікування, на 3-ю та 10-у добу перебування хворого в стаціонарі.

В групі осіб, які додатково отримували тіотриазолін, раніше, ніж у контрольній групі, відбувалось достовірне зменшення показників ендогенної інтоксикації вже на 3-ю добу дослідження ($p < 0,001$), при цьому суттєво зменшились ЛІІ, РСМП, СЗЕ. В основній групі відзначалось достовірне зменшення кількості несприятливих реакцій (переактивації, гострого та хронічного **стресу**) до 21,4 % на 3-ю добу госпіталізації ($p < 0,01$) та на 10-у добу — до 5,7 % ($p < 0,001$) проти вихідних даних та відповідних показників контрольної групи ($p < 0,01$). На 3-ю

добу лікування в групі хворих, які додатково отримували тіотриазолін, відзначалось достовірне збільшення кількості сприятливих реакцій (реакції спокійної та підвищеної активації) до 69,9 % ($p < 0,05$), на 10-у добу — до 91,4 % ($p < 0,01$) по відношенню до початкових значень. Під впливом комплексної терапії з включенням тіотриазоліну в хворих на НП мало місце більш суттєве збільшення відсотка сприятливих реакцій ($p < 0,01$) проти аналогічних даних контрольної групи.

Застосування тіотриазоліну сприяло підвищенню ефективності комплексного лікування хворих на НП — збільшенню темпів регресії запального процесу, скороченню термінів стаціонарного лікування в середньому на ($3,20 \pm 0,16$) ліжкодні ($p < 0,001$).

Отримані нами результати свідчать про порівняно вищу ефективність комплексного лікування хворих на НП із додатковим застосуванням тіотриазоліну в співставленні з результатами базисної терапії. Позитивна динаміка суб'єктивних симптомів захворювання супроводжувалась покращенням даних об'єктивного обстеження пацієнтів на НП. Можна передбачити, що механізми, які лежать в основі поліпшення клінічного перебігу НП, пов'язані з фармакологічними ефектами тіотриазоліну, якому притаманні дезінтоксикаційні, антиоксидантні, мембраностабілізуючі, імуномодулюючі властивості, здатність покращувати мікроциркуляцію та репаративні процеси (Сиренко, 2011). Додаткове призначення тіотриазоліну дозволяє достовірно зменшити рівень ендогенної інтоксикації, що призводить до збільшення кількості сприятливих адаптаційних реакцій організму, які передують одужанню організму, позитивно впливають на перебіг запального процесу в легенях та призводять до скорочення термінів усунення клінічних проявів хвороби.

К

**И. А. Калабуха, В. Е. Иващенко, О. В. Хмель, А. А. Гайдар, Я. М. Волошин,
Н. В. Брянский, Р. А. Веремеенко**

ПРИМЕНЕНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ПНЕВМОТОРАКСА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЙ

ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины», Киев

Введение. Искусственный пневмоторакс (ИП) в середине прошлого века являлся одним из основных методов диагностики и лечения деструктивного туберкулёза. Известна и его диагностическая ценность. В связи с появлением новых противотуберкулёзных химиопрепаратов, популярность этого метода значительно снизилась. Этому способствовали и осложнения, которые периодически наблюдались во время широкого его использования.

В настоящее время ИП занял свою нишу среди вспомогательных диагностических методик торакальной хирургии. Однако, в связи с определённой опасностью возможных осложнений, его применение до сих пор является дискуссионным.

Цель. Определить эффективность и безопасность ИП для диагностики состояния плевральной полости перед видеоторакоскопией у больных с синдромом плеврального выпота.

Материалы и методы. ИП был применён нами у 128 пациентов с синдромом плеврального выпота. Процедура проводилась за сутки до видеоторакоскопии. Нами была разработана схема наиболее безопасного введения воздуха в плевральную полость. Она включала: обязательную маномет-

рию при введении иглы, эвакуацию плеврального содержимого, введение воздуха, также под контролем давления в полость, и заключительную манометрию. Через сутки оценивали рентгенологическую картину: степень коллабирования лёгкого, приращение отдельных его частей к грудной стенке, наличие спаек, их количество и локализацию, положение средостения и его конфигурацию, наличие патологических образований на грудной стенке, состояние диафрагмы, а также субъективные ощущения пациента, физикальные данные.

Результаты исследования. У 86 пациентов после выполнения ИП наблюдалось коллабирование лёгкого с абсолютным отсутствием патологических сращений между листками плевры. В этих случаях наркоз проводился без интубации трахеи. Имеющиеся условия позволяют выполнить осмотр внутривидеоплевральных структур и биопсию плевры в достаточном объёме. У 42 пациентов определялись разных размеров и локализации спайки, осумкования и сращения лёгкого с грудной стенкой. Это обусловило применение нами анестезии с интубацией трахеи. Рентгенологические данные обеспечили оптимальное планирование операционного доступа, объём и последовательность выполнения адгезиолиза и биопсии.

В момент выполнения ИП, а также ни на одном из последующих этапов диагностики и лечения больных, мы не наблюдали ни одного из осложнений, связанного с ИП. Больные в послеоперационном периоде не требовали дополнительной анестезии, своевременно активизировались, период экссудации не имел тенденции к увеличению, дренажи удалялись в стандартные сроки, выписка производилась в соответствии со сроками согласно основному заболеванию.

У всех пациентов после ВТС с предварительным выполнением ИП, не наблюдалось явлений, отягощающих течение послеоперационного периода, по сравнению с аналогичными пациентами, оперированными без применения ИП.

Выводы

Применение ИП при проведении ВТС позволило у 67% больных использовать в/в анестезию, что способствовало снижению травматичности, медикаментозной нагрузки, длительности интенсивной терапии в послеоперационном периоде.

Визуализация спаечного процесса плевральной полости в условиях ИП обеспечила рациональное планирование ВТС, безопасное выполнение адгезиолиза, и биопсии в отягощающих ВТС условиях.

Применение оптимальной методики формирования ИП обеспечило отсутствие осложнений процедуры и её адекватную безопасность.

М. І. Калениченко

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ РІЗНИХ ВИДІВ ПАРІЄТАЛЬНОЇ ПЛЕВРЕКТОМІЇ З ДЕКОРТИКАЦІЄЮ ЛЕГЕНІ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ПЛЕВРИ

Державна установа "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України", Київ

Загальним принципом лікування хворих із хронічними формами випінного плевриту (ВП) (емпієми плеври, фіксовано-го колапсу легені — ФКЛ) є ліквідація вогнища інфекційного процесу в плевральній порожнині й реекспансія колабованої легені, тобто ліквідація залишкової плевральної порожнини.

Метою даного дослідження було порівняти ефективність застосування "класичної" плевректомії з декортикацією (ПЕ з ДК), відеоасистованої ПЕ з ДК (ВАТС ПЕ з ДК) і відеоторакоскопічної ПЕ з ДК (ВТС ПЕ з ДК) при різних видах фтизіопульмонологічної патології й запропонувати застосування найбільш раціональних, на наш погляд, методів оперативних втручань відповідно до виду патології й термінів проведення операції.

Нами було проаналізовано дані лікування в 2006–2012 рр. 135 хворих із хронічними формами ВП, яким було виконано різні види ПЕ з ДК легені у відділенні торакальної хірургії та інвазивних методів діагностики нашого інституту: 42 (31,1 %) пацієнта були прооперовані з застосуванням "класичної" ПЕ з ДК легені з використанням широкої торакотомії, 34 (25,2 %) пацієнти — із застосуванням ВАТС ПЕ з ДК легені, 36 (26,7 %) пацієнтів — із застосуванням ВТС ПЕ з ДК легені, 23 (17,0 %) пацієнти — із застосуванням "класичної" ПЕ з ДК легені та резекцією ураженої патологічним процесом ділянки легеневої паренхіми.

Показаннями до операції були: хронічний специфічний туберкульозний процес у плевральній порожнині (хронічна туберку-

льозна емпієма плеври без бронхіальної норичи та з бронхіальною норичею, хронічний туберкульозний плеврит, субплевральна казеома грудної стінки, неспецифічний запальний процес у плевральній порожнині (хронічний неспецифічний панцирний плеврит, хронічна неспецифічна емпієма плеври, гостра неспецифічна емпієма плеври, внутрішньоплевральна гематома).

Було встановлено, що застосування "класичної" ПЕ з ДК легені доцільне на будь-яких термінах захворювання при умові технічної неможливості виконання менш травматичних втручань. При сумнівах у необхідності виконання "класичної" ПЕ з ДК легені операцію слід починати з ВТС-ревізії плевральної порожнини (92 (68,2 %) випадків у нашому дослідженні). У подальшому можлива конверсія в мініторакотомію з застосуванням ВАТС ПЕ з ДК легені або широкої латеральної торакотомії з виконанням "класичної" ПЕ з ДК легені. На більш ранніх стадіях захворювання (до 8 тижнів) перевагу слід віддавати менш інвазивним втручанням. Розширення обсягу операції до резекції з ПЕ з ДК легені не залежить від строків захворювання й обумовлене лише наявністю незворотних патологічних змін легеневої паренхіми. Загальна ефективність лікування в нашій клініці даного контингенту хворих становила 91,3 %, рівень післяопераційної летальності становив 1,5 %, післяопераційних ускладнень — 8,9 %. Всі ускладнення були ліквідовані консервативно чи за допомогою додаткового дренирування.

М. І. Калениченко

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ И ИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПЛЕВРАЛЬНЫХ ВЫПОТОВ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Державна установа "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України", Київ

Целью нашего исследования было изучение эффективности консервативной терапии и разных инвазивных методов лечения плевральных выпотов (ПВ) туберкулезной этиологии.

Нами были проанализированы результаты лечения 152 пациентов с наличием ПВ туберкулезной этиологии. Больные были разделены на группы по методу лечения, который применялся: 19 (12,5 %) больных пролечены консервативно, 32 (21,0 %) — с использованием торакоцентеза, у 21 (13,9 %) — использовано микродренирование плевральной полости (ПП), 27 (17,8 %) — применено дренирование ПП, видеоторакоскопия (ВТС) использована в 53 (34,8 %) случаях.

Было установлено, что при консервативном методе лечения хронизация процесса наблюдалась у 8 (42,1 %) пациентов, развитие эмпиемы плевры у 3 (15,8 %), увеличение количества плеврального выпота у 2 (10,5 %), эффективным лечение (полное рассасывание плеврального выпота) было только у 3 (15,8 %) больных.

При лечении больных ПВ туберкулезной этиологии с применением торакоцентеза средняя продолжительность экссудации составила $(18,8 \pm 1,2)$ суток, общее количество эвакуированного экссудата — $(3225,8 \pm 224,0)$ мл, средняя продолжительность стационарного лечения — $(23,6 \pm 0,9)$ суток,

ефективним лікування було у 19 (59,4 %) пацієнтів.

При мікродренірованні середня тривалість ексудативної стадії становила $(17,3 \pm 1,4)$ суток, загальне кількість евакуйованого ексудату — $(3523,8 \pm 136,4)$ мл, середня тривалість стаціонарного лікування — $(22,3 \pm 1,1)$ суток, ефективним лікування було у 14 (66,7 %) пацієнтів.

При дренированні середня тривалість ексудативної стадії становила $(15,7 \pm 0,6)$ суток, загальне кількість евакуйованого ексудату — $(3227,7 \pm 111,5)$ мл, середня тривалість стаціонарного лікування — $(21,5 \pm 0,8)$ суток, ефективним лікування було у 24 (88,9 %) пацієнтів.

Середній термін стаціонарного лікування при використанні ВТС становив $(17,4 \pm 0,8)$ суток, середня тривалість ексудативної стадії становила $(10,1 \pm 0,6)$ суток. Післяопераційні ускладнення розвинулися у 6 (11,3 %) пацієнтів. Усього у прооперованих хворих ВТС була ефективною в 52 (98,1 %) випадках.

Ефективність консервативної терапії при лікуванні ПВ туберкульозної етіології є дуже низькою (15,8 %), а тому при цій патології цілорозумно використовувати

інвазивні методи лікування. Торакосцентез, мікродреніровання і дренировання найбільш цілорозумно використовувати у хворих з низькими функціональними можливостями, котрим відмовлено по загальному стану в більш ефективному, але, разом з тим, в більш травматичному методі лікування — ВТС.

ВТС на даний час є найбільш ефективним (98,1 %) методом лікування ПВ туберкульозної етіології, і в порівнянні з іншими інвазивними методами має наступні переваги: візуалізація ураження плевральних листків, можливість проведення цільової біопсії плеви, можливість проведення інтраплевральних хірургічних маніпуляцій, направлених на зменшення плевральної ексудативної стадії, наприклад — апікальної плевроектомії; можливість проведення документування ходу операції і архівування ендоскопічної картини патології (відеозапис); більш адекватна установка дренажів; можливість проведення адекватного пневмоліза під візуальним контролем; зменшення термінів перебування хворого в стаціонарі, а відповідно — зменшення витрат на лікування.

О. В. Карасьова, В. В. Родіонова, А. І. Шевцова МОЖЛИВОСТІ ОБ'ЄКТИВІЗАЦІЇ СТАНУ ХВОРИХ НА ІФА

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І. І. Мечникова»

Рівень ідіопатичного фіброзуючого альвеоліту (ІФА) в структурі бронхолегеневих захворювань в середньому складає 3 %, але кількість хворих останні роки неперинно збільшується. Разом з тим, саме встановлення діагнозу ІФА є проблемою складною та не до кінця вирішеною, так само як і вивчення питань, щодо факторів, які впливають на прогресивність перебігу захворювання і несприятливий вихід лікування хворих. Все частіше об'єктом дослідження стають різні біополімери, здатні індукувати аутоімунний процес при ІФА та до того ж, які входять до складу сполучнотканинного матриксу, або біологічних рідин. Особливе місце серед них займає фібронектин (ФН) завдяки своїм різноманітним властивостям. Встановлено, що ФН приймає участь у таких життєво важливих процесах, як фагоцитоз, гемостаз, модулювання проникності судинної стінки, формування зовнішнього сполучнотканинного матриксу і ін. Вважається, що при ІФА порушення функцій ФН із розвитком патологічних реакцій може бути обумовлено анти-тілоутворенням до нього із подальшим порушенням мікроциркуляції та хронізацією патологічного процесу, та є показником прогресивності захворювання. У зв'язку з цим, метою дослідження було вивчення рівню ФН у сироватці крові та плазмі у хворих на ІФА в динаміці лікування.

Було обстежено 42 пацієнти — 18 жінок та 24 чоловіки, які були направлені на обстеження та лікування до пульмонологічного відділення із діагнозом гострої пневмонії, дисемінації у легенях неспецифічної етіології. Середній вік хворих склав $(42,3 \pm 3,1)$ роки. Перш за все при встановленні діагнозу був виключений вплив факторів екологічної агресії (промислових аерозолів фіброзуючої дії), спадкові хвороби бронхо-легеневої системи, хвороби сполучної тканини, прийом певних ліків. Серед обстежених хворих курили 4 осіб (21 пачко-років). У клінічній картині звертали увагу на поступовий початок захворювання (82 % пацієнтів хворіли більше 3-х місяців), непроду-

ктивний кашель (78 % хворих), тривалу, поступово зростаючу задишку (100 %). При аускультативній у 84 % хворих вислуховувалися так звані «целофанові» хрипи в нижніх відділах легень. Встановлення діагнозу ґрунтувалося на рекомендаціях Асоціації пульмонологів і фтизіатрів України, враховувалися «великі» і «малі критерії», насамперед клініко-анамнестичні дані та дані комп'ютерної томографії високого дозволу: двосторонній дисемінований зміни ретикулонодулярного характеру, більш виражені у нижніх відділах легень, пониження прозорості по типу «матового скла». Гістологічне підтвердження діагнозу мало місце у 5 хворих.

Динамічна оцінка рівню ФН у сироватці крові та плазмі виявила наступні тенденції. За початковим рівнем загального ФН у плазмі хворих розподілено на 2 групи: в 1-й групі рівень ФН плазми був вищим ($446,43 \pm 42,53$) мкг/мл, ніж в групі здорових волонтерів ($p > 0,05$), але кореляційного зв'язку між його рівнем в плазмі та загальними проявами запального процесу встановлено не було. У 2-й групі рівень ФН був зниженим ($288,44 \pm 22,12$) мкг/мл. Після лікування, яке проводилося згідно до існуючих рекомендацій, виявилось, що рівень ФН мав тенденцію до нормалізації, тобто підвищений рівень знижувався і навпаки. При цьому віддалений прогноз (до 1 року) виявлявся більш сприятливим у тому випадку, коли початковий рівень ФН був зниженим, але підвищувався у процесі лікування. У хворих із початковим високим рівнем ФН у плазмі, незважаючи на тенденцію до нормалізації у процесі лікування, потім його рівень знову підвищувався ($p > 0,05$), або критично знижувався ($p > 0,05$), подальший прогноз виявився несприятливим. У плазмі рідині рівень ФН після лікування достовірно зменшився ($p > 0,05$).

Таким чином, можна припустити, що динаміка рівню ФН є одним з маркерів активності перебігу та прогнозу ІФА і потребує подальшого дослідження.

С. И. Кельманская, Д. С. Мирошниченко, В. В. Мозговой, Д. О. Литвин, А. С. Лавренюк, А. В. Линник, А. В. Подчос

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МЕДИАСТИНОСКОПИИ В ВЕРИФИКАЦИИ ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФОАДЕНОПАТИЙ В ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМ ДИСПАНСЕРЕ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Коммунальное лечебно-профилактическое учреждение «Областная клиническая туберкулезная больница», г. Донецк

Цель работы: изучение значимости медиастиноскопии в диагностике заболеваний внутригрудных лимфатических узлов без поражения легких и с легочными диссеминациями.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 12 больных, которым проводилась видеомедиастиноскопия в торакальном отделении ОКТБ г. Донецка в 2012 г. Мужчин было 7 (58,3 %), женщин — 5 (41,7 %). У 10 (83,2 %) больных наблюдалась диссеминация в легких и аденопатия средостения, у 2 (16,7 %) — изолированная аденопатия средостения. Всем больным проводилось комплексное клиническое обследование с использованием лабораторных методов определения гемограммы крови, исследование мокроты на МБТ у больных с поражением легких, лучевые методы диагностики, бронхоскопия, изучение функции внешнего дыхания (ФВД), ЭКГ, гистологического исследования внутригрудных лимфоузлов. Анализ медицинской документации показал, что длительность лечения больных с диссеминированными процессами в легких противотуберкулезными препаратами до поступления в торакальное отделение была от 1 до 2 месяцев, двум больным (16,7 %) проводилась неспецифическая противовоспалительная терапия в течение 2 недель. В связи с отсутствием положительной рентгенологической динамики больные направлены для верификации диагноза в торакальное отделение ОКТБ.

Результаты исследования. Видеомедиастиноскопия внутригрудных лимфатических узлов проведена 12 больным с целью верификации диагноза. Анализ показывает, что у 10 (83,2 %) больных при поступлении отмечалось сочетанное поражение внутригрудных лимфатических узлов с легочными диссеминациями. В результате проведенной видеомедиастиноскопии с гистологическим исследованием внутригрудных лимфатических узлов в одинаковой мере диагностированы саркоидоз и диссеминированный туберкулез легких. Лимфогранулематоз и лимфоаденопатия средостения неспецифического генеза диагностированы у 2 (16,8 %) больных. Приводим собственные наблюдения случаев диссеминированного туберкулеза легких с поражением внутригрудных лимфатических узлов и лимфогранулематоза у больной, которым проведена видеомедиастиноскопия с гистологическим исследованием внутригрудных лимфатических узлов.

Выводы. Таким образом, видеомедиастиноскопия с гистологическим исследованием внутригрудных лимфатических узлов позволяет верифицировать диагноз с поражением внутригрудных лимфатических узлов и вовлечением в патологический процесс легких от (саркоидоза, диссеминированного туберкулеза, лимфогранулематоза и других).

Н. І. Кібізова, В. В. Давиденко, О. П. Чоботар

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ІЗ РОЗШИРЕНОЮ РЕЗИСТЕНТНІСТЮ

Державна установа "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України", Київ

Мета дослідження: вивчити ефективність та переносимість лінезоліду в комплексному лікуванні хворих на мультирезистентний туберкульоз і туберкульоз із розширеною резистентністю.

Матеріали та методи. В спостережному дослідженні, яке включало 57 хворих, вивчали ефективність різних режимів хіміотерапії, які включали лінезолід. Чоловіків було 24 особи, жінок — 33. Середній вік хворих становив $(34,5 \pm 1,3)$ років. Серед них було 27 (47,4 %) осіб з розширеною резистентністю. Мультирезистентний і туберкульоз (МРТБ) із розширеною резистентністю (РРТБ) визначали в 10 (17,5 %) хворих з новими випадками; після перерваного лікування — у 6 (10,5 %) хворих, після невдачі I курсу хіміотерапії — у 5 (8,8 %) хворих, після невдачі повторного курсу хіміотерапії — 24 (42,1 %) хворих, при рецидиві захворювання — у 12 (21,1 %) хворих. Отже, серед даного контингенту хворих достовірно переважали особи з невдачею повторних курсів хіміотерапії. В усіх хворих був деструктивний туберкульоз, 1 каверну визначали в 20 осіб (35,1 %), у решти 64,9 % хворих були 2 та більше каверн. У всіх хворих був поширений туберкульозний процес. В усіх випадках резистентність до протитуберкульозних препаратів поєднувалася з резистентністю до протитуберкульозних препаратів II ряду, так що сумарно визначали резистентність МБТ до 5 і більшої кількості протитуберкульозних препаратів. Резистентність із будь-яких комбінацій визначали: до стрептоміцину — у 53 (93,0 %) хворих, до етамбутолу — в 43 (73,7 %) хворих, до піразинаміду — в 15 (28,1 %) хворих, до фторхіно-

лонів — у 34 (59,6 %) хворих, у тому числі до фторхінолонів без аміноглікозидів — у 7 (12,3 %) хворих, до аміноглікозидів — у 35 (61,4 %) хворих, у тому числі до аміноглікозидів без фторхінолонів у 8 (14,0 %) хворих, до етіонаміду — в 36 (63,2 %) хворих, до ПАСК — у 13 (22,8 %) хворих. Лінезолід приєднували до режиму хіміотерапії в інтенсивну фазу в тих випадках, коли неможливо було призначити 5 препаратів за чутливістю. Лінезолід застосовували в дозі 0,6 г один раз на добу протягом 3–6 місяців залежно від припинення бактеріовиділення та його переносимості. Результати лікування оцінювали наприкінці інтенсивної фази через 8 місяців лікування.

Результати та їх обговорення. Припинення бактеріовиділення й зникнення клінічних симптомів досягли у 52 хворих (91,2 %), у тому в 24 (88,9 %) хворих із розширеною резистентністю й у 28 (93,3 %) хворих з МРТБ без РРТБ, $p > 0,05$. Побічні реакції спостерігали в 31 (54,4 %) хворого. У одного хворого могло бути декілька побічних реакцій. Диспепсичні побічні реакції були у 20 (35,1 %), неврологічні — в 12 (21,1 %), гепатотоксичні — в 7 (12,3 %), ототоксичні — в 4 (7,0 %), алергічні — в 5 (8,8 %), артралгічні — в 3 (5,2 %), серцево-судинні — 1 (1,8 %), нефротоксичні — 1 (1,8 %), гематологічні — (1,8 %). Диспепсичні реакції виникали найчастіше від протіонаміду, ПАСК. Від лінезоліду спостерігали побічні реакції в 4 (7,0 %) осіб (гематологічні, диспепсичні).

Таким чином, включення лінезоліду в режими хіміотерапії дозволяє досягти високих результатів лікування у хворих із

розширеною резистентністю — припинення бактеріовиділення після інтенсивної фази у 88,9 % хворих, що достовірно не відрізнялось від результатів лікування хворих з МРТБ без роз-

ширеної резистентності. У дозі 0,6 г на добу лінезолід виявив високу ефективність і добру переносимість — побічні реакції виникли в поодиноких випадках — у 7 % хворих.

О. К. Киселевич, А. Н. Юсубова, Л. Ф. Шамуратова
ТУБЕРКУЛЕЗ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, РОЖДЕННЫХ ЖЕНЩИНАМИ, БОЛЬНЫМИ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

*ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова, г. Москва,
МНПЦ БТ, г. Москва*

Большой проблемой, не имеющей в настоящее время положительных сдвигов в России, является сочетание двух социально значимых заболеваний, таких как туберкулез и ВИЧ-инфекция. Мощным фактором в развитии туберкулеза является нарушение иммунного статуса при ВИЧ-инфекции. На фоне роста заболеваемости ВИЧ-инфекцией неуклонно увеличивается число женщин детородного возраста, больных ВИЧ-инфекцией.

ВИЧ-инфекция и туберкулез поражают, прежде всего, одни и те же социальные группы населения. Это социально-неблагополучные семьи, где отмечается высокая смертность от ВИЧ-инфекции, последствий наркомании, туберкулеза у родителей. Оба заболевания требуют длительного лечения в стационарных условиях, повторной госпитализации и не менее длительного реабилитационного периода и диспансерного наблюдения.

В период с 2003 г. по 2012 г. в детском отделении МНПЦ БТ находилось на обследовании и лечении 82 ребенка раннего возраста, родившихся от матерей, больных ВИЧ-инфекцией. Диагноз ВИЧ-инфекции был установлен до родов у 77 % матерей, а в послеродовом периоде — у 23 % матерей, в т. ч. у 9 матерей ВИЧ-инфекция была установлена после обнаружения ВИЧ-инфекции у детей. 74 ребенка (90 %) инфицировались МБТ в семье: у 35 детей выявлен туберкулезный контакт с матерью, у 21 ребенка — с отцом, у 14 детей установлен двойной, а у 4 — тройной контакт в семье. 63 % источника МБТ являлись бактериовыделителями, из них в 21,4 % отмечен «очаг смерти».

Всем детям проведена комплексная диагностика туберкулеза, принятая во фтизиатрии. Из всех 74 обследованных 21 ребенок (29 %) отнесены к группам высокого риска по развитию туберкулеза. У 34,8 % выявлен туберкулез. По структуре клинических форм туберкулез внутригрудных лимфатических

узлов составил 50 %, первичный туберкулезный комплекс — 29,2 %, милиарный туберкулез легких — 12,5 %, генерализованный туберкулез — 8,3 %.

По данным туберкулинодиагностики у 41 % детей отмечалась отрицательная реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л.

Все дети получали противотуберкулезную терапию в соответствии с существующими режимами лечения и учетом чувствительности МБТ у источника инфекции, а также антиретровирусную терапию по назначению инфекциониста. В ходе лечения регулярно осуществлялся контроль показателей иммунитета и вирусной нагрузки. У 50 % детей снижение вирусной нагрузки и увеличение содержания CD4 лимфоцитов опережали динамику разрешения туберкулезного процесса. Домой выписаны 6 детей после окончания противотуберкулезной терапии с хорошей клинико-рентгенологической динамикой, значительным снижением вирусной нагрузки и улучшением показателей иммунного статуса. В инфекционный стационар для продолжения дальнейшего лечения ВИЧ-инфекции переведены 4 ребенка. Два случая генерализованного туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции IVB стадии закончились летальным исходом через 2,5 месяца и 11 дней лечения соответственно.

Таким образом, на развитие туберкулеза и ВИЧ-инфекции у детей раннего возраста оказывают влияние различные медико-биологические и социальные факторы. Туберкулез у детей раннего возраста, больных ВИЧ-инфекцией на поздних стадиях, протекает с развитием остропрогрессирующих форм, с высокой частотой осложненного течения и летальных исходов. Туберкулинодиагностика у больных туберкулезом детей, особенно в сочетании с поздними стадиями ВИЧ-инфекции, не является информативной вследствие неадекватного ответа иммунной системы.

В. И. Клименко, А. Э. Кшановский
ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГАМАРТОХОНДРОМАМИ ЛЕГКОГО

ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновського НАМН Украины», г. Киев

Гамартохондромы (ГХ) относятся к редким порокам развития легких, основу их составляют элементы мезо- и энтодермы. Так, Г. Г. Горовенко и сотрудники при проведении 3500 резекций легких встретили ГХ лишь у 14 (0,4 %) больных.

Диагностика ГХ продолжает представлять большие трудности, их приходится дифференцировать со многими заболеваниями: раком легких, эхинококком, туберкулезом, доброкачественными опухолями, кистами и другими образованиями, рентгенологически проявляющимися в виде так называемых шаровидных теней.

В клинике хирургического лечения туберкулеза и неспецифических заболеваний легких Национального института фтизиатрии и пульмонологии НАМН Украины с 1970 по 2012 гг.

произведено 9816 резекций легких, у 156 (1,6 %) больных выявлены ГХ (92 мужчин (59,0 %) и 64 женщин (31,0 %)) в возрасте от 5 до 70 лет. В 60,7 % случаев они локализовались справа, а в 39,3 % — слева.

У 136 (87,2 %) пациентов заболевание обнаружено при профилактическом осмотре, у 6 (3,8 %) — случайно в стационаре при рентгенографическом осмотре, 14 (9,8 %) длительно лечились в туберкулезном диспансере антибактериальными препаратами.

ГХ не имеют характерных клинических проявлений. Некоторые больные отмечают утомляемость, кашель, боли в грудной стенке на стороне поражения, кровохарканье. Врожденные гомопластические дисэмбриомы, расположен-

ные рядом с бронхом или эндобронхиально. дают более раннюю и резко выраженную клиническую картину вследствие функциональных нарушений. При эндобронхиальном росте опухоли, который мы наблюдали у 3 (1,9 %) больных, клинические проявления развивались по типу частичной или полной бронхиальной непроходимости. Нарушались вентиляция и дренажная функция бронхов, что вело к развитию пневмонии (у 2 (1,3 %) больных) и абсцесса (у 1 (0,6 %)). Анализы крови, мочи, биохимические показатели крови, как правило, были в пределах нормы.

Большое значение в диагностике данной патологии имеет комплексное обследование: рентгеномографическое, включая КТ, бронхоскопическое с катетеризационной биопсией, а также трансторакальная пункционная биопсия.

Методы оперативного лечения при ГХ разработаны хорошо. Объем вмешательства зависит от локализации опухоли. Расположенные в междолевой борозде и субплеврально ГХ энуклеировали. Если опухоль располагалась в толще доли,

сегмента и была сращена с бронхом или сосудами, производили экономную резекцию. Резекцию доли легкого предпринимали при наличии вторичных изменений (абсцедирования).

Оперативный доступ в 104 (66,7 %) случаях был боковой, в 24 (15,4 %) — заднебоковой, в остальных 28 (17,9 %) случаях — переднебоковой. В 54 (34,6 %) больных произведена экономная резекция (у 34 (21,8 %) — краевая, и 12 (7,7 %) клиновидная, у 8 (5,1 %) плоскостная), у 83 (53,2 %) — энуклеация опухоли, у 10 (6,4 %) — лобэктомия (у 4 (2,6 %) верхняя, у 2 (1,3 %) средняя, у 4 (2,6 %) нижняя), у 1 (0,6 %) пульмонэктомия, у 8 (5,1 %) — удаление опухоли, располагавшейся в средостении. Осложнения отмечены у 3 больных (1,9 %). Все они ликвидированы консервативным путем. Положительный исход оперативного лечения отмечен у 100,0 % случаев.

Как и многие хирурги, считаем, что при обнаружении в легком опухоли округлой формы диаметром более 2 см следует ставить вопрос об операции, которая при современном уровне торакальной хирургии неопасна.

М. Т. Клименко, Н. М. Гульчук, О. В. Аврамчук, Л. М. Процик, М. М. Кужко

БАКТЕРІОСТАТИЧНА АКТИВНІСТЬ КРОВІ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ АНТИМІКОБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ У ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СПОСОБУ ЇХ ВВЕДЕННЯ

Державна установа "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України"

На лабораторному штамі H37Rv було проведено дослідження бактеріостатичної активності зразків крові, взятих у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, з метою визначення відмінностей між створюваними концентраціями препаратів, в залежності від способу їх введення. Рівні БАК оцінювали як низькі, при затримці росту мікобактерій у розведеннях 1 : 2 — 1 : 4, середніми — у розведеннях 1 : 8 — 1 : 16, високими — у розведеннях 1 : 32 — 1 : 512.

За протоколом надання медичної допомоги хворим на туберкульоз легень лікування передбачає застосування поліхіміотерапії, тому наступним нашим завданням було визначення бактеріостатичної активності крові на тлі комплексного застосування антимікобактеріальних препаратів, досліджували наступні режими хіміотерапії:

- внутрішньовенне застосування ізоніазиду, рифаміцину натрієвої солі та етамбутолу;
- пероральне застосування ізоніазиду, рифампіцину, етамбутолу.

Після застосування препаратів, через 1 годину, в крові пацієнтів визначались переважно високі та середні показники БАК.

Високих рівнів БАК було досягнуто в 100 % пацієнтів, що отримували ізоніазид, рифаміцин натрієву сіль та етамбутол шляхом в/в інфузії. При застосуванні ізоніазиду, рифампіцину та етамбутолу перорально, високих рівнів БАК було досягнуто у 11 хворих, в середньому ($73,3 \pm 11,4$) %, у решти 4 пацієнтів були визначені середні рівні БАК, в середньому ($26,7 \pm 11,4$) %.

Результати рівнів БАК на 3 годині свідчили про збереження показників у межах високих та середніх рівнів. Так, у всіх пацієнтів, що отримували внутрішньовенне введення антимікобактеріальних препаратів, були визначені лише високі

($93,3 \pm 6,4$) % та середні ($6,7 \pm 6,4$) % рівні БАК, в контрольній групі аналогічний результат був визначений у ($66,7 \pm 12,2$) % і ($20,0 \pm 10,3$) % пацієнтів, відповідно.

На 6 годині дослідження тільки комплексне застосування антимікобактеріальних препаратів супроводжувалося виключно великими та середніми рівнями БАК, що підтверджує дані інших дослідників щодо більшої ефективності саме поєднаного застосування антимікобактеріальних препаратів. У хворих із комплексним застосуванням антимікобактеріальних препаратів були визначені високі рівні БАК: у 12 пацієнтів, в середньому ($80,0 \pm 10,3$) % при застосуванні внутрішньовенного введення та в 4 хворих, в середньому ($26,7 \pm 11,4$) % при пероральному прийомі препаратів, ($p < 0,05$). Середні рівні визначались у 3 хворих, в середньому ($20,0 \pm 10,3$) % з 3-ї групи та 7 хворих, в середньому ($46,7 \pm 12,9$) % четвертої групи. У 4 пацієнтів, в середньому ($26,7 \pm 11,4$) % 4 групи визначались малі рівні БАК крові та в жодній з проб не було визначено низького рівня показника, що вивчався на 6 годині.

Виходячи з отриманих даних, внутрішньовенне застосування рифонату призводить до достовірно більшої кількості високих рівнів БАК — 87,5 %, на 1 годині введення в порівнянні із пероральним застосуванням рифампіцину — 33,3 %.

Комплексне внутрішньовенне застосування антимікобактеріальних препаратів призводить до виключно великих та середніх рівнів бактеріостатичної активності крові (БАК) — на 6 годині дослідження внутрішньовенне застосування антимікобактеріальних препаратів супроводжується великими (80,0 %) та середніми (20,0 %) рівнями БАК. У хворих із комплексним пероральним застосуванням антимікобактеріальних препаратів високі рівні БАК відзначені в 26,7 %, а в 46,7 % осіб зафіксовано середній рівень БАК.

А. Г. Ковалева, Т. Бородина

ОБУЧЕНИЕ, НАПРАВЛЕННОЕ НА ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ

КЛПУ «Областная клиническая туберкулезная больница» г. Донецк

Введение. Эффективность лечения пациентов Донецкой области остается все еще низкой (2010 г. — 51,8 %, 2011 г. — 50,2 %, 2012 г. — 52,9 %). Это обусловлено многими объективными причинами, такими как увеличение числа больных с МЛУ ТБ и ВИЧ/ТБ, перебоями в поставке препаратов (2010 г., 2011 г.).

Если провести анализ причин недостаточной эффективности немедицинского плана лечения туберкулеза, можно выделить несколько основных, влияние на которые может повысить эффективность лечения, что существенно изменит ситуацию с ТБ в регионе. К ним относятся:

1. Зависящие от пациента — низкая мотивация и недостаточная информированность.

2. Зависящие от медицинского персонала — недостаточная квалификация, эмоциональное выгорание.

3. Стигма и дискриминация пациентов.

Для влияния на вышеперечисленные причины необходимо объединение усилий фтизиатрической службы, социально активного бизнеса и НГО.

Целевая аудитория: медицинский и немедицинский персонал учреждений Донецкой области.

Цель. Для повышения эффективности лечения, улучшения медицинских и социально-психологических услуг по уходу и поддержке больных ТБ и ВИЧ/ТБ объединить усилия государственных и негосударственных организаций, медицинских университетов.

Методы. Оценка уровня информированности целевой аудитории о заболевании, диагностике, лечении и профилактике.

Создание материально-технической и интеллектуальной базы для обучения.

Разработка и адаптация обучающих программ. Подготовка тренеров-практиков из числа медицинских работников, преподавателей медицинского университета и НГО.

Мониторинг и оценка эффективности проводимых мероприятий.

Результаты работы с 2007 по 2012 гг. В 2010 г. на базе областной клинической туберкулезной больницы, г. Донецк, открыт современный Тренинговый центр.

Проведено 115 мероприятия, обучено 2123 человек.

Подготовлена команда из 33 тренеров-практиков, которые прошли стажировку в международных тренинговых центрах.

Внедрено 11 учебных программ, разрабатываются новые программы.

Выводы экспертов. По оценке национальных и международных экспертов (ВОЗ, USAID, Глобальный фонд по борьбе с туберкулезом ВИЧ/СПИДом и малярией, БФ «Развитие Украины») структура обладает мощной материально-технической базой, научным потенциалом, профессионально подготовленным человеческим ресурсом, широким спектром услуг.

Стратегические планы:

- получение статуса коллаборативного центра ВОЗ;
- усовершенствование и расширение спектра услуг;
- повышение квалификации тренеров до уровня международных тренеров-экспертов.

К

С. В. Коваленко, С. В. Кізлик, О. І. Капорін

ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ПЛАЗМОВОЇ ЛАНКИ СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці
Обласний медичний діагностичний центр, м. Чернівці

Вступ. Хронічний запальний процес у бронхолегеневому апараті стимулює опосередковані різноманітними цитокінами та іншими факторами процеси накопичення фібрину в просвіті альвеол та дрібних бронхів та підвищення колагенутворення в легенях. Безумовну роль у розвитку цих процесів відіграють порушення в системі гемостазу, а саме її плазмової ланки.

Мета роботи. Вивчити особливості порушення гемокоагуляційної ланки системи гемостазу в хворих на бронхіальну астму (БА).

Матеріали і методи. Обстежено 98 хворих на персистуючу БА середньої важкості в період загострення захворювання. Обстежено також 30 практично здорових людей. Оцінювали загальний коагуляційний потенціал крові (3 фазу) за рівнем фібриногену в плазмі; антизгортаючий потенціал крові (активність антитромбіну III (АТIII); фібринолітичний потенціал крові (активність Хагеман-залежного фібринолізу, сумарну (СФА), неферментативну (НФА) та ферментативну (ФФА) фібринолітичну активність крові, потенційну активність плазміногену (ПАПГ) та антиплазміну); посткоагуляційну фазу (кількісне визначення активності XIII фактора (фібринази)).

Результати досліджень. Встановлено, що у хворих на БА під час нападів ядухи спостерігалось зростання рівня фібрино-

гену на 40 % у порівнянні з контрольною групою, що становило $3,73 \pm 0,76$ та $2,66 \pm 0,39$ г/л відповідно ($p < 0,001$). Спостерігалось зростання активності плазмових факторів згортання крові, а саме: сумарна фібринолітична активність (СФА) зростала порівняно із віковою нормою і становила $1,56 \pm 0,06$ та $1,31 \pm 0,08$ Е440/мл/год відповідно ($p > 0,05$). Найбільше зростала неферментативна фібринолітична активність (НФА) — відносно норми ($0,48 \pm 0,04$) на 62 % й становила $0,78 \pm 0,03$ Е440/мл/год, ($p < 0,001$). При дослідженні рівня НФА достовірно підвищення відзначалося зростанням його питомої ваги в структурі СФА. Показник ферментативної фібринолітичної активності (ФФА) в усіх досліджуваних групах достовірно ($p < 0,05$) практично не змінювався порівняно з групою практично здорових осіб. Потенційна активність плазміногену вірогідно не зростала в порівнянні з практично здоровими, відповідно, $16,10 \pm 0,76$ та $15,32 \pm 0,97$ хв. Активність антиплазміну була достовірно ($p < 0,05$) знижена в хворих на БА, $82,03 \pm 1,44$ в порівнянні з $99,27 \pm 2,45$ (%) у нормі.

При загостренні БА відбувається активація згортаючої системи крові, як наслідок — зростання рівня АТIII, інгібітору протеаз, $109,13 \pm 4,5$ ($p < 0,05$). Достовірно ($p < 0,05$) зниження рівня Хагеман-залежного фактору (збільшення часу лізису еуглобулінового згустку) $33,83 \pm 1,96$ (хв.) у порівнянні з 20 ± 5

(хв.) у здорових осіб. Виявлено достовірне на 42 % ($p < 0,001$) зниження рівня XIII фактору.

Висновки. У хворих на БА під час загострення спостерігаються ознаки вираженої гіперкоагуляції крові. Збільшення часу плазмового лізису пов'язано зі зменшенням кількості

плазміногену та його активаторів, що обумовлює пригнічення процесів фібринолізу. Достовірне підвищення вмісту фібриногену є чинником, що сприяє гіперкоагуляції крові, але пов'язано насамперед із активним запальним процесом в легенях.

С. В. Коваленко

ВПЛИВ ПРЕПАРАТУ ПЕНТОКСИФІЛІН+РІНГЕРА ЛАКТАТ НА ВМІСТ ФАКТОРІВ РОСТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ З СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШКІВНИКА

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Вступ. Особливий інтерес для дослідження механізмів розвитку системної запальної відповіді при хронічному обструктивному захворюванні легень (ХОЗЛ) представляють фактори росту (ФР) — трансформуючий фактор росту $\beta 1$ (TGF- $\beta 1$), васкулоендотеліальний фактор росту (VEGF) та фактор росту фібробластів основний (bFGF).

Мета дослідження: вивчення впливу препарату Латрен (пентоксифілін + рінгера лактат) на вміст ФР у хворих на ХОЗЛ з синдромом подразненого кишківника (СПК).

Матеріали та методи. Обстежено 64 хворих на ХОЗЛ з СПК, середній вік $54 \pm 2,1$ років, з тривалістю захворювання не менше 5 років, ОФВ₁ не менше 50 % від належних величин. Пацієнти обстежувалися в період загострення захворювання та через 2 тижні стаціонарного лікування.

Обстежено також 30 практично здорових осіб (ПЗО) відповідного віку (контрольна група), в яких на момент обстеження не спостерігалось гострих та хронічних захворювань, алергологічний анамнез не обтяжений.

Залежно від терапії хворих розподілено на групи: I група (31 особа) — хворі, що на фоні стандартної терапії загострень ХОЗЛ (бронходилататори, мукорегулятори та за показаннями — антибіотики) отримували препарат Латрен по 200 мл розчину внутрішньовенно крапельно, щоденно протягом 10 днів; II група (33 особи) — хворі, які лікувались тільки традиційно.

Для аналізу вмісту ФР в сироватці крові хворих проводили визначення їх рівня з використанням набору реагентів для кількісного визначення людських цитокінів у біологічних рідинах людини (плазма крові хворих) за допомогою наборів ELISA імуноферментним методом згідно доданої інструкції.

Результати дослідження. Доказом ролі запального компонента в ушкодженні слизових бар'єрів є вірогідне зростання в крові вмісту факторів росту: спостерігали підвищення рівня прозапального VEGF і компенсаторну гіперпродукцію анаболічного протиапоптотичного TGF- $\beta 1$ у хворих всіх груп під час загострення на тлі зростання вмісту bFGF ($p < 0,05$).

На тлі комплексного лікування спостерігалось більш інтенсивне зниження вмісту TGF- $\beta 1$ у сироватці крові хворих I гр. — у 1,96 рази до $3280,45 \pm 45,63$ пг/мл, ($p < 0,05$), порівняно з пацієнтами II гр., в яких цей показник зменшився до $4034,67 \pm 56,3$ пг/мл у 1,6 рази від вихідного відповідно, проте, в пацієнтів обох груп рівень TGF- $\beta 1$ залишився підвищеним порівняно з нормою.

Вміст VEGF у пацієнтів I гр. знижувався у 2,1 рази ($p < 0,05$) порівняно з таким до лікування $139,21 \pm 23,4$ пг/мл, проте, референтної норми не досяг. У пацієнтів II гр. зниження вмісту VEGF було менш інтенсивним — у 1,5 рази від вихідного до $194,9 \pm 20,2$ пг/мл. Показник bFGF зазнавав на тлі комплексного лікування також більш суттєвого зниження в пацієнтів I гр., порівняно з хворими II гр., хоча рівня референтної норми також не досяг.

Висновок. Запропоновано, для зменшення активності системного запалення, за рахунок зниження вмісту прозапальних ФР (TGF- $\beta 1$, VEGF та bFGF), у хворих на ХОЗЛ з СПК застосовувати вітчизняний препарат Латрен, який, на тлі стандартної терапії загострень ХОЗЛ, сприяє зменшенню дисбалансу ФР.

Н. С. Колесник, Н. И. Чудова, И. Н. Шевчук

СОЦИАЛЬНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТУБЕРКУЛЕЗА У ПОДРОСТКОВ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

*Запорожский государственный медицинский университет
Запорожская академия последипломного образования*

Целью исследования было изучение клинических проявлений туберкулеза (ТБ) у подростков из очагов туберкулезной инфекции и влияния факторов риска на развитие заболевания в современных условиях.

Материал и методы. Проведен анализ 88 историй болезни детей 13–17 лет с различными формами туберкулеза, находившихся на лечении в детском отделении ЗОКПТД в 2008–2013 гг. Средний возраст детей составил ($15,6 \pm 0,2$) лет, мальчиков — 48,9 %, девочек — 51,1 %. I группу составили 53 подростков (60,2 %), проживающие в очагах туберкулезной инфекции или имевшие контакт с больными туберкулезом в прошлом. II группу составили 35 подростков (39,8 %) с неустановленным контактом.

Результаты. Более чем 50 % подростков, больных ТБ, проживают в социально-неблагополучных семьях. В подростковом возрасте туберкулезом болеют преимущественно девочки 16–17 лет — 65,1 %. У каждого третьего подростка (30,7 %) ТБ выявлен при обращении за медицинской помощью. У 24 детей (45,3 %) I группы контакт был установлен несвоевременно, после заболевания детей. При этом у 5 из них (20,8 %) определялась множественная лекарственная устойчивость к противотуберкулезным препаратам. По результатам туберкулинодиагностики заболевание было выявлено всего 5 больных (9,4 %) 1-й группы и 5 детей (14,3 %) 2-й группы, что свидетельствует о низком качестве туберкулинодиагностики в подростковом возрасте.

Большинство детей проживали в семейных очагах инфекции (43 больных или 81,1 %), в т.ч. в очагах «смерти» — 18 больных (33,9 %), имели контакт с больными-бактериовыделителями 41 подросток (77,3 %), часть их них — с больными мультирезистентным ТБ (11,5 %), множественные контакты (15,4 %). Уровень заболеваемости подростков из периодических контактов с больными бактериовыделителями составил 30,2 %. Не были охвачены диспансерным наблюдением 47,2 % детей из контакта разной степени эпидемиологической опасности, в т.ч. 7 детей (13,2 %) из «очагов смерти», неизвестных противотуберкулезной службе, и 11 детей (20,7 %) из контакта с больными с химиорезистентным туберкулезом.

В связи с низким охватом наблюдения по контакту, химиопрофилактика проводилась только у 46 % детей, преимущественно неконтролируемым способом, одним препаратом. Полное разобщение источника заражения и ребенка было осуществлено лишь в 9 случаях, что составило 17,0 % в данной группе детей.

В обеих группах выявлены многочисленные пропуски выража и нарастания туберкулиновых реакций, нерегулярное проведение проб, в связи с чем, своевременное выявление туберкулеза на ранних сроках инфицирования МБТ наблюдалось всего у 5,7 % и 2,8 % соответственно в 1-й и 2-й группах. У

большинства детей на момент возникновения заболевания превалировала динамика нарастания туберкулиновой чувствительности, при этом средний размер папулы не отличался в группах наблюдения и составил 12,2–13,3 мм.

О тяжести состояния свидетельствовала структура и характер клинических форм: в обеих группах преобладал инфильтративный ТБ — у 64,1 % и у 60,0 % детей 2-й группы. В 1-й группе больных чаще определялся деструктивный (у 47,2 % детей против 28,5 % детей 2-й группы, $p > 0,05$), распространенный характер изменений в легких (у 39,6 % больных против 11,4 % больных 2-й группы, $p < 0,05$). Бактериовыделение определялось у 24 детей (45,3 %) из контакта и у 11 детей 2-й группы (31,4 %). Удельный вес лекарственной устойчивости среди бактериовыделителей, в т.ч. и мультирезистентных форм, достоверно не отличался в обеих группах наблюдения и составил 58,3 % у больных из контакта и 54,5 % среди детей из неустановленного контакта.

Выводы. Таким образом, на развитие туберкулеза в подростковом возрасте существенное влияние оказывают тесный семейный контакт, отягощенный социальный анамнез подростка, отсутствие или недостаточные профилактические мероприятия в период туберкулезного инфицирования, особенно при неустановленных контактах.

Н. С. Колесник, О. А. Пушнова, Н. В. Онищенко, Т. Е. Онищенко КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Запорожский государственный медицинский университет
Запорожский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом

Цель исследования: изучить клиничко-эпидемиологические особенности туберкулеза (ТБ) у детей из перинатального контакта по ВИЧ-инфекции.

Под наблюдением находились 21 детей, больных туберкулезом, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, потребителями инъекционных наркотиков (85,7 %). Ко-инфекция ТБ/ВИЧ диагностирована у 16 (76,2 %) детей (I группа), у 5 (23,8 %) детей диагноз ВИЧ-инфекции был снят (II группа). У 2 детей (12,5 %) I группы выявление туберкулеза предшествовало диагностированию ВИЧ-инфекции. Средний возраст на момент установления диагноза туберкулеза у детей с ко-инфекцией не превышал $4,8 \pm 0,02$ лет, преимущественно заболевали мальчики. У детей с неподтвержденным ВИЧ-статусом, развитие туберкулеза приходилось на ранний возраст — до 3-х лет. Заболевание туберкулезом в большинстве (75,0 %) выявлено при обращении за медицинской помощью в учреждения нетуберкулезного профиля.

Большинство проживали в семейных очагах — 13 (81,2 %) детей I группы и все дети II группы, в т.ч. двойной контакт был зарегистрирован у 6 (43,7 %) и у 1 (20 %) ребенка, соответственно. 14,3 % больных I группы проживали в очагах мультирезистентного ТБ. Более половины детей — 10 (62,5 %) и 3 (60 %) соответственно, I и II группы, проживали в семьях, где один из родителей умер от СПИД-ассоциированного туберкулеза.

До манифестации туберкулеза у фтизиопедиатра наблюдались 8 (50 %) детей I группы и 3 (60 %) детей II группы. Химиопрофилактику изониазидом в амбулаторных условиях проводили 9 (56,2 %) и 2 (40 %) детям, соответственно по группам. Полная трехэтапная профилактика перинатальной передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку проведена лишь в 4 (25,0 %) случаях, антиретровирусную терапию (АРТ) до присоединения туберкулеза получали 9 детей (56,2 %).

Анализ туберкулиновых проб свидетельствовал, что у детей с ко-инфекцией ТБ/ВИЧ чаще определялись гиперергическая (21,4 %) и анергическая (42,8 %) реакции к туберкулину (у 7(50 %) больных, при этом средний размер папулы составил $4,3 \pm 0,02$ мм. В отличие от детей I группы, у больных II группы формировались высокие положительные туберкулиновые пробы (средний размер папулы — $14,0 \pm 0,01$ мм, $p < 0,05$), что свидетельствовало об адекватном иммунном ответе на туберкулезную инфекцию. Вакциной БЦЖ-М в родильном доме были привиты 4 ребенка (25,0 %) I группы. Средний размер поствакцинального рубчика — $3,33 \pm 0,2$ мм.

В клинической картине туберкулеза у всех больных наблюдались различной степени выраженности симптомы интоксикации, у 3 детей (18,7 %) I группы в клинике превалировал бронхообструктивный синдром. В структуре клинических форм у 6 больных I группы регистрировались распространенные процессы (37,5 %), осложненное течение (ателектаз сегмента) — у 3 детей (18,7 %), деструкции в легких — у 1 ребенка (6,2 %), бактериовыделение — у 3 (18,7 %), лекарственная устойчивость формировалась у 1 (6,2 %). Генерализованный туберкулез был диагностирован у 4 детей (25,0 %), в 3 случаях послужил причиной смерти больных. У детей II группы диагностировался ТБ внутригрудных лимфатических узлов (80 %) и первичный туберкулезный комплекс (20 %), осложненное течение — у 1 больного. Исходом ТБ у всех детей II группы стало клиническое выздоровление с формированием малых остаточных изменений.

Таким образом, анализ эпидемиологических, клинических данных свидетельствует о значительной сложности выявления, профилактики и лечения туберкулеза у детей с перинатальной ВИЧ-инфекцией, диктует необходимость дальнейшего усовершенствования организационных мероприятий по раннему и своевременному выявлению и профилактики туберкулеза у данной категории больных.

О. К. Колоскова, С. І. Сажин**ТЕРАПІЯ НАПАДНОГО ПЕРІОДА БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ***Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

Актуальність теми. Історично, бронхіальна астма (БА) поділялася на дві форми — зовнішню (атопічну) та внутрішню (неатопічну). Хоча на сьогоднішній день виділяють окремі субфенотипи в межах наведених імунологічних фенотипів, актуальним залишається визначення ефективності стандартних схем симптоматичної терапії в дітей, хворих на атопічну та неатопічну БА.

Мета роботи: проаналізувати лікування нападного періоду атопічної та неатопічної бронхіальної астми в дітей шкільного віку для покращення схем стаціонарної медичної допомоги.

Матеріал і методи дослідження. На базі пульмоалергологічного відділення обласної дитячої клінічної лікарні (м. Чернівці) обстежено 64 дітей, хворих на БА. Групоформувальною ознакою вважали наявність у дітей ознак атопії. Сформовано дві групи спостереження. До першої (I) групи увійшло 38 пацієнтів з обтяженим на алергічну патологію сімейним анамнезом та позитивними алерготестами з небактерійними алергенами, другу (II) клінічну групу сформували 26 школярів без ознак атопії.

Тяжкість бронхообструктивного синдрому (БОС) при надходженні хворих до стаціонару під час загострення захворювання оцінювали за бальною шкалою. Посилення проявів БОС відображалось зростанням оцінки за бальною шкалою.

Аналіз результатів. Установлено, що під час нападу БА

β_2 -агоністи швидкої дії, системні глюкокортикостероїди та метилксантини призначали з однаковою частотою пацієнтам із атопічним та неатопічним фенотипами захворювання. Серед інших медикаментозних засобів дещо частіше за неатопічного фенотипу БА призначали антибактеріальну ($61,5 \pm 9,5$ % проти $55,3 \pm 8,1$ % у I клінічній групі, $p_{\phi} > 0,05$) та муколітичну ($88,5 \pm 6,3$ % проти $81,6 \pm 6,3$ % при атопічному варіанті захворювання, $p_{\phi} > 0,05$) терапію. Антигістамінні препарати застосовували практично однаково дітям груп порівняння ($34,2 \pm 7,7$ % проти $30,8 \pm 9,0$ %, $p_{\phi} > 0,05$).

При вивченні тяжкості БОС установлено, що при госпіталізації та під час усього перебування в стаціонарі з приводу загострення БА виразніший синдром бронхообструкції спостерігався в пацієнтів із фенотипом неатопічної БА. Найвиразніші розбіжності в бальній оцінці тяжкості БОС у групах порівняння траплялися на другий (0,6 бала) та четвертий (0,8 бала) дні стаціонарного лікування (в усі дні $p > 0,05$).

Висновок. Дітям із неатопічною формою захворювання, які поступають до стаціонару з приводу загострення, варто призначати більш агресивну симптоматичну терапію з першого дня госпіталізації. У свою чергу, на етапі надання спеціалізованої медичної допомоги необхідно зменшити частоту призначення антибактеріальних препаратів пацієнтам з атопічним фенотипом бронхіальної астми.

О. К. Колоскова, О. О. Шахова, С. І. Тарнавська**ОЦІНКА КОНТРОЛЮ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ПІДЛІТКІВ У ПЕРІОДІ РЕМІСІЇ***Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

Бронхіальна астма (БА) відноситься до числа найбільш розповсюджених варіантів хронічної патології в усіх вікових групах. Оскільки під ремісією астми розуміють відсутність симптомів захворювання в підлітків, які не отримують базисну протизапальну терапію впродовж року, наразі актуальним є пошук критеріїв контролю БА після припинення базисної терапії.

Мета дослідження. Оцінити контроль над бронхіальною астмою в підлітків у періоді ремісії для вирішення подальшої лікувальної тактики.

Матеріали і методи. В умовах пульмоалергологічного відділення ОДКЛ м. Чернівці проведено комплексне обстеження 63 дітям підліткового віку, що хворіють на бронхіальну астму. Для оцінки контролю БА використовували два опитувальники, що, в цілому, дозволяють оцінити ефективність менеджменту захворювання. Перший з них, — АСТ (астма контроль тест) — дозволяв за наявності в дитини 25 балів верифікувати повний контроль БА, при сумі балів у межах 20–24 — частковий, та у випадку наявності менше 20 балів констатувати відсутність контролю над захворюванням. Відповідно до цього другий опитувальник, складений згідно вимог GINA, відображав наведе-

нені рівні контролю за наявності в підлітків 6 балів, 7–9 та 10 і більше балів відповідно.

Результати та їх обговорення. Оцінка контролю бронхіальної астми за вказаними опитувальниками наприкінці року клінічної ремісії в цілому показала, що на загальному груповому рівні не можна було свідчити про повну відсутність симптомів захворювання в обстежених підлітків. Так, середній показник АСТ-тесту становив $21,83 \pm 0,27$ (95 % ДІ: 21,2–22,4) балів, а тесту за GINA — $8,59 \pm 0,16$ (95 % ДІ: 8,3–8,9) балів. Повний контроль захворювання за АСТ-тестом відмічався в 34,9 % підлітків, а за GINA тестом у 41,3 %; частковий контроль за АСТ-тестом — 49,3 %, за GINA тестом у 28,7 %; втрата контролю відмічалась за АСТ-тестом у 15,8 % хворих підлітків, а за GINA тестом у 30 % дітей.

Висновки. Отримані дані дають підстави вважати, що оцінка контролю над БА в підлітків із використанням опитувальників АСТ і GINA дає неоднозначні результати, і тому їх доцільніше використовувати разом. Окрім того, у частки обстежених підлітків спостерігається повна відсутність симптомів захворювання, хоча це не може свідчити про повну клінічну ремісію.

Л. В. Колюбакіна, О. В. Власова, М. Н. Гарас**КЛІНІЧНО-АНАМНЕСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АТОПІЧНОГО ТА НЕАТОПІЧНОГО ФЕНОТИПУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ***Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

Бронхіальна астма (БА) належить до найбільш поширених захворювань дитячого віку в усіх розвинутих державах, що зумовлено зростанням захворюваності на дану патологію, її раннім початком, багатофакторністю, пізнім встановленням діагнозу, почастішанням тяжких клінічних проявів захворювання, що призводить до стійкого обмеження фізичних, психічних, соціальних аспектів нормального життя дитини та може явитися причиною інвалідизації й несприятливих наслідків. Варіанти перебігу залежать від взаємодії генетичної компоненти та факторів оточуючого середовища, які формують фенотипові особливості хвороби залежно від віку, часу дебюту захворювання та варіабельності алергічного запального процесу в бронхах. Виходячи з цього, метою роботи було вивчення клінічно-анамнестичних показників розвитку БА в дітей залежно від atopічного та неатопічного фенотипу хвороби. Для досягнення поставленої мети методом простої випадкової вибірки на базі пульмонологічного відділення ОДКЛ обстежено 64 дитини шкільного віку, хворих на БА. На підставі результатів виявлення ознак atopії сформовано дві клінічні групи спостереження. Першу клінічну групу (I) склали 38 дітей із фенотипом алергічного варіанту БА, а другу (II) — 26 пацієнтів із фенотипом неалергічного варіанту БА. За основними клінічними характеристиками групи порівняння суттєво не відрізнялися, хоча в дітей з atopічним фенотипом захворювання відзначалася тенденція до переважання хлопчиків без чіткої вірогідної достовірності. Для пацієнтів цієї ж групи спостереження був притаманний «ранній початок» БА (до 3 років включно), частка яких склала $42,1 \pm 8,0$ % проти $26,9 \pm 8,6$ % ($p < 0,05$) спостережень групи дітей з неатопічним типом захворювання.

При вивченні впливу характеру вигодовування на першому році життя на фенотип формування БА, оцінці ступеня вгодованості за індексом маси тіла груп порівняння достовірних відмін-

ностей не відмічено. В той же час, аналізуючи середню вагу обстежених школярів при народженні як одного чинника ризику розвитку БА (за умови перевищення її вище за норму в періоді новонародженості) було відмічено, що у пацієнтів I групи відсоток дітей, що народилися з масою тіла вище 3 500 г, сягав 43,3 % проти 19,1 % ($p < 0,05$) школярів групи порівняння. Не відзначено суттєвих розбіжностей щодо впливу сезонності, перенесених інфекційних захворювань раннього дитячого віку, тютюнопаління батьків на формування фенотипу БА. Водночас, для хворих з atopічним фенотипом БА була характерна тригерна провокація загострення вживанням медикаментів та проведенням профілактичних щеплень, а також комбінованими чинниками, що включають ГРВІ, фізичні та метеорологічні фактори, частка яких склала 20 % ($p < 0,05$) проти жодної дитини II групи спостереження. За ступенем тяжкості перебігу БА, частотою загострень, наявності денних симптомів захворювання групи порівняння суттєво не відрізнялися. В той же час нічні симптоми захворювання з частотою ≥ 1 разу на місяць, але менше 1 разу на 2 тижні переважали в групі астма з atopічним фенотипом захворювання, частка яких склала 37,0 % проти 17,6 % ($p < 0,05$) астма з неатопічним фенотипом, а частота нічних загострень 1–3 ночі на тиждень констатована переважно в пацієнтів II клінічної групи спостереження відносно до I групи (35,3 % проти 14,8 %, $p < 0,05$). Проведені клінічні дослідження показали, що за оцінкою тяжкості бронхообструкції (у балах) в нападному періоді БА упродовж 7 днів лікування в стаціонарі, суттєвих відмінностей у дітей порівнюваних груп не відзначено.

Таким чином, вивчення клінічно-анамнестичних характеристик atopічної та неатопічної БА в дітей має велике практичне значення з точки зору розробки диференційованих діагностичних та лікувальних заходів щодо верифікації різних фенотипів даного захворювання.

Б. М. Конік**ПРОФІЛАКТИКА ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДЕНЬ У ФТИЗІОХІРУРГІЧНИХ ХВОРИХ***ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ*

Мета роботи. Ознайомити торакальних хірургів і лікарів загального профілю з заходами профілактики тромбоемболічних ускладнень (ТЕУ) у фтизіохірургічних хворих на прикладі досвіду клініки.

Матеріали й методи. Нами був проведений аналіз результатів профілактики ТЕУ у 410 хворих на туберкульоз (ТБ) легень, які були прооперовані у відділенні торакальної хірургії й інвазивних методів діагностики Державної установи «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України» протягом 2007–2012 років. Умовою включення пацієнтів у групу дослідження було проведення їм профілактики ТЕУ з використанням антикоагулянтів прямої й непрямої дії. В досліджуваній групі переважали чоловіки — 240 (58,5 %) випадки, жінок було 170 (41,5 %). Віковий діапазон хворих склав від 16 до 65 років. 166 (40,5 %) пацієнтів були прооперовані з приводу хронічних форм ТБ. Мультирезистентний ТБ був діагностований в 189 (46,1 %) пацієнтів. Рівень супутньої патології склав 73,7 %. Всім хворим проводились наступні заходи з профілактики ТЕУ:

заходи передопераційного періоду (досягнення клінічної стабілізації супутньої патології, виконання ехокардіографії для виявлення внутрішньосерцевих «старих» тромбів, доплерографії, бинтування нижніх кінцівок еластичними бинтами на передодні операції при варикозній хворобі, використання напередодні операції (за 2 год) профілактичної дози надропарину кальцію); заходи інтраопераційного періоду (щадне поводження з кровоносними судинами кореня легені, залишення коротких (не більше 0,5 см) кул легеневої артерії й легневих вен при виконанні резекційних втручань, адекватна гемодилуція під контролем діурезу й гемодинамічних показників); заходи післяопераційного періоду (використання низькомолекулярних гепаринів в профілактичній дозі, поступовий перехід на непрямі антикоагулянти після часткової або повної мобілізації пацієнта, адекватна інфузійна терапія під контролем водного балансу і центрального венозного тиску, по можливості — рання мобілізація пацієнта шляхом використання місцевих анестетиків пролонгованої дії (ропівокаїн), використання протипролежневого

матрацу, раннє видалення центрального венозного катетера, використання прийомів лікувальної фізичної культури вже на другу добу після операції).

Результати й обговорення. ТЕУ в досліджуваних пацієнтів розвинулись в 13 (3,2 %) випадках. Всі пацієнти були прооперовані з приводу хронічного, мультирезистентного ТБ легень. В 6 (46,2 %) випадках завдяки консервативним заходам вдалось ліквідувати ТЕУ. В 7 (53,8 %) випадках ТЕУ, що розвинулись в післяопераційному періоді, були причиною смерті хворих. У 8 (%) випадках ТЕУ пацієнтам були проведені різні методи торакопластики. Це пояснюється високим травматизмом оперативного втручання (торакопластики), що призводить до порушення біомеханіки дихання, супроводжується значними порушеннями в коагулянтній і антикоагулянтній системах організму, не дає можливості ранньої мобілізації пацієнта через виражений больовий синдром.

Висновки. 1) Врахування всіх факторів ризику розвитку ТЕУ у фтизіохірургічних хворих і вплив на них медикаментозними, технічними та організаційними заходами за нашими даними дає можливість попередити ТЕУ в 96,8 %.

2) Найчастішою причиною ТЕУ в хірургічних хворих є формування мікротромбів в системі нижньої порожнистої вени, тому основою профілактики даного ускладнення є забезпечення задовільних реологічних властивостей крові шляхом використання антикоагулянтів, дезагрегантів та інфузійної терапії.

3) Багатофакторність ТЕУ дає підстави стверджувати, що профілактика даного ускладнення на всіх етапах хірургічного лікування хворого на ТБ легень повинна здійснюватись не лише лікуючим лікарем, а цілою бригадою спеціалістів, починаючи від молодшої медичної сестри й закінчуючи керівниками реанімаційних і хірургічних відділень.

О. Н. Конончук, И. А. Васильева, А. Г. Самойлова

РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА ЧАСТОТЫ И СПЕКТРА ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

ГБУЗ КО «Областной Центр СПИД», Кемерово
ФГБУ «ЦНИИТ» РАМН, Москва

Проблема туберкулеза (ТБ) с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) микобактерий туберкулеза (МБТ) одна из самых актуальных во всем мире. По данным ВОЗ Россия входит в список 27 наиболее неблагополучных стран по МЛУ ТБ. Мнения ученых о связи ВИЧ-инфекции (ВИЧИ) и МЛУ ТБ различаются. Данные систематического обзора и мета-анализа 58 публикаций продемонстрировали отсутствие связи между общей и приобретенной МЛУ и ВИЧИ, но установлена

связь с первичной МЛУ МБТ. Авторы сделали вывод о необходимости проведения эпидмониторинга и хорошо продуманных исследований во всех регионах мира для уточнения связи между ВИЧИ и МЛУ ТБ (Sujit Suchindran et al., 2009).

Нами проведен сравнительный анализ частоты и спектра лекарственной устойчивости (ЛУ) МБТ среди впервые выявленных больных ТБ, рецидивов ТБ и повторно леченных больных туберкулезом в регионах курации центрального научно-исследовательского института туберкулеза (ЦНИИТ) и больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧИ (ТБ/ВИЧИ), зарегистрированных в Кемеровской области, (n = 273).

Из таблицы видно, что у впервые выявленных больных в сравниваемых группах частота и спектр ЛУ МБТ достоверно не различались. Четверть больных обеих групп имели МЛУ ТБ. Около ½ пациентов в группах сохраняли чувствительность МБТ к лекарственным препаратам. Частота монорезистентности и других видов ЛУ практически не различались.

Анализ частоты и спектра ЛУ у больных с рецидивами ТБ и повторными курсами лечения ТБ показал одинаково высокий уровень МЛУ в обеих группах (67 % против 64 % и 69 % против 71 %). В то же время больные ВИЧИ в 2 раза чаще сохраняли чувствительность к противотуберкулезным препаратам (10 % против 24 % и 11 % против 24 %). По частоте других видов ЛУ группы не отличались.

Таким образом, представленные нами данные демонстрируют отсутствие различий в частоте регистрации МЛУ ТБ у больных с впервые выявленным ТБ, рецидивом ТБ и повторным лечением ТБ в общей популяции больных ТБ в сравнении с больными ТБ/ВИЧИ.

Таблица

Результаты теста на ЛУ	Больные ТБ в регионах курации ЦНИИТ, %	Больные ТБ/ВИЧИ, Кемеровской области, %
Впервые выявленные больные ТБ		
Чувствительность сохранена	44	46
МЛУ	29	32
Изониазид+ др. препараты	10	11
Другая полирезистентность	4	2
Монорезистентность	13	9
Больные с рецидивом ТБ		
Чувствительность сохранена	10	24
МЛУ	67	64
Изониазид+ др. препараты	14	7
Другая полирезистентность	2	0
Монорезистентность	5	7
Повторно леченные больные ТБ		
Чувствительность сохранена	11	24
МЛУ	69	71
Изониазид+ др. препараты	11	11
Другая полирезистентность	2	2
Монорезистентность	7	7

И. Ф. Копылова, Е. Н. Лукашова, О. Ю. Амангалиева

ДИАСКИНТЕСТ В ДИАГНОСТИКЕ АКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ

Кемеровская государственная медицинская академия
Кемеровский областной клинический противотуберкулезный диспансер г. Кемерово, Россия

Диагностика туберкулеза у детей встречает особые трудности, так как он часто протекает без клинических проявлений, как правило, не сопровождается бактериовыделе-

нием, локализация основных изменений во внутригрудных лимфоузлах затрудняет их выявление при рентгеноисследовании.

Цель исследования: оценка диагностической значимости диаскинтеста (ДСТ) при активном туберкулезе у детей в сравнении с туберкулиновой пробой Манту с 2ТЕ ППД-Л, а также определение факторов, влияющих на реакцию на ДСТ.

Материалы и методы. Проанализированы результаты обследования 89 детей активным туберкулезом. Методы обследования и лечения соответствовали общепринятым. В 34 случаях использовалось компьютерное томографическое обследование органов грудной клетки, у всех — УЗИ органов брюшной полости. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л и диаскинтест ставились всем детям при поступлении в стационар и окончании курса лечения перед выпиской. Весь основной курс лечения проводился в условиях стационара, продолжительность его составила в среднем 9,6 мес.

Результаты. При первичном обследовании положительно прореагировал на ДСТ 81 ребенок из 89 (91,0 %), на туберкулин — 85 детей (95,5 %). Чувствительность ДСТ в определении активности туберкулезного процесса составила, по нашим данным, 91 %. По степени выраженности наиболее часто наблюдались гиперергические реакции на ДСТ — 53 случая (59,6 %), нормергические на туберкулин — 35 (39,3 %). Гиперергические и выраженные нормергические реакции в сумме составили 67 случаев (75,3 %) и 42 (41,2 %) соответственно. Отрицательные реакции отмечены на ДСТ в 7 случаях (7,9 %), на туберкулин — в 2 (2,2 %), сомнительные — в 1 (1,1 %) и 3 (3,4 %). Таким образом, у детей при активном туберкулезе положительные реакции были значительно ярче выражены на ДСТ, чем на туберкулин. Изучена частота гиперергических реакций на ДСТ в зависимости от клинической формы

туберкулеза. Если среди всех детей с активным туберкулезом доля пациентов с гиперергической реакцией на ДСТ составила 59,6 %, то при клинических формах первичного туберкулеза (ТВГЛУ, ПТК и экссудативный плеврит) она оказалась значительно выше — 72,5 % (29 из 40). Почти такая же частота резко положительных реакций на ДСТ наблюдалась при инфильтративном туберкулезе — 70 % (14 из 20). Наличие тесного контакта с бактериовыделителями тоже повышало долю детей с гиперпробами до 67,3 % (33 из 49). После завершения курса лечения с достижением клинического характера реакция на ДСТ в преобладающем количестве случаев осталась положительной, но степень выраженности ее значительно снизилась.

Заключение. Чувствительность диаскинтеста при активном туберкулезе у детей составила, по нашим данным, 91 %. Положительные реакции на ДСТ были выражены значительно ярче, чем на пробу Манту. Следовательно, ДСТ может считаться вспомогательным методом в диагностике активного туберкулеза и должен использоваться в комплексе с другими видами обследования. Частота гиперергических реакций на ДСТ существенно повышается при ТВГЛУ, ПТК, экссудативном плеврите, инфильтративном туберкулезе, а также при наличии тесного длительного контакта с бактериовыделителем. Достижение клинического эффекта в ходе лечения в большинстве случаев не сопровождается переходом положительной реакции на ДСТ в отрицательную, но степень выраженности реакции снижается. Следовательно, в оценке эффективности лечения данный тест не является решающим, но также может использоваться в комплексе с другими методами.

К

Г. З. Корж, М. М. Островський, М. О. Кулинич-Міський, О. І. Варунків, М. П. Стовбан, І. О. Савеліхіна, М. Й. Конюська, О. М. Голубчак

ДИНАМІКА РІВНЯ ЛІЗОЦИМУ СІРОВАТКИ КРОВІ ПРИ ЗАГОСТРЕННІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ НА ТЛІ ХЛАМІДІОЗУ

Івано-Франківський національний медичний університет

Мета дослідження: оцінка стану лізоциму сироватки крові при хронічному обструктивному захворюванні легень (ХОЗЛ) у фазі загострення в осіб, інфікованих *Chlamydia pneumoniae*.

Методи дослідження: обстежено 35 хворих з ХОЗЛ, в 9 з яких ідентифіковано *Chlamydia pneumoniae*. Верифікація хламідійної присутності проводилася методами імуноферментного аналізу за типоспецифічними імуноглобулінами G і A („SeroCP IgG, IgA, Savyon, Ізраїль”) та полімеразної ланцюгової реакції з використанням реагентів фірми „БіоКом” (Росія). Визначення активності лізоциму в сироватці крові проводили методом О. В. Бухаріна (1974).

Результати дослідження показали, що у практично здорових осіб (ПЗО) рівень лізоциму сироватки крові становив $(9,2 \pm 0,4)$ мг/мл ($p < 0,05$), у хворих на ХОЗЛ — $(7,4 \pm 0,3)$ мг/мл ($p < 0,05$), проте більш виражений дефіцит лізоциму сироватки крові спостерігався в хворих з ХОЗЛ на тлі детекції *Chlamydia pneumoniae*, який становив $(5,2 \pm 0,1)$ мг/мл ($p < 0,05$).

Висновки: визначення рівня лізоциму в сироватці крові може слугувати одним із діагностичних критеріїв загострення хронічного обструктивного захворювання легень, асоційованого з хламідійною інфекцією.

О. В. Корж, Н. В. Чурсіна

СИНДРОМ ВІДНОВЛЕННЯ ІМУННОЇ СИСТЕМИ ПІСЛЯ ПОЧАТКУ АНТИРЕТРОВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА КО-ІНФЕКЦІЮ ТУБЕРКУЛЬОЗ/ВІЛ

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького
КЛПУ «Обласна клінічна туберкульозна лікарня», м. Донецьк*

Механізми розвитку синдрому відновлення імунної системи (СВІС) після початку антиретровірусної терапії (АРТ) у хворих на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ вивчені недостатньо. Повідомляється, що у даних пацієнтів частота СВІС коли-

вається від 8 до 46,8 %, летальність від 3,2 % до 4,6 %, а ризик є найвищим при рівні CD4, меншому за 50 клітин/мкл, та короткому терміні протитуберкульозного лікування перед початком АРТ.

Мета дослідження: проаналізувати особливості розвитку та перебігу СБІС після початку АРТ хворим на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ.

Матеріали та методи. Обстежено 89 хворих на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ, які знаходилися в стаціонарних відділеннях Донецької ОКЛ й яким протягом періоду спостереження (7 — 390 днів, медіана — 90 днів) було розпочато АРТ за стандартною схемою (2 нуклеозидних/нуклеотидних і 1 нуклеозидний інгібітори зворотної транскриптази). До призначення АРТ тривалість протитуберкульозного лікування складала від 0 до 234 доз, медіана — 40 доз, рівень CD4 знаходився в межах від 1 до 597 кл/мкл, медіана — 43,0 кл/мкл. СБІС діагностували відповідно протоколу № 551 «Антиретровірусна терапія ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків».

Результати та обговорення. Розвиток запального СБІС діагностовано в 29 хворих, що складало 32,6 %. Перед початком АРТ тривалість прийому протитуберкульозних препаратів (ПТП) складала від 0 до 105 доз (медіана — 40 доз), кількість CD4-лімфоцитів — від 1 до 165 кл/мкл (медіана — 37,0 кл/мкл), у 23 осіб (79,3 %) рівень Т-хелперів не перевищував 100 кл/мкл. СБІС виникав у період від 5 до 66 днів (медіана — 14,0 днів) після прийому антиретровірусних препаратів (АРП), причому у 24 пацієнтів (82,8 %) його розвиток припадав на перші 30 днів АРТ.

В структурі СБІС погіршення перебігу туберкульозу зафіксовано в 25 випадках (86,2 %), у 2 випадках (6,9 %) розвинулася пневмоцистна пневмонія, по 1 випадку (3,4 %) діагностовано загострення токсоплазмозу головного мозку й токсоплазмове ураження очей. Отже, без урахування опортуністичних інфекцій туберкульоз-асоційований СБІС розвинувся в 28,1 %, що збігається з літературними даними. Аналіз структури летальних випадків показав, що загалом у період спостереження померло

15 осіб (16,8 %), із них від запального СБІС — 9 (60,0 %), із 29 пацієнтів зі СБІС померло 10 (34,5 %). Від прогресування туберкульозу смерть настала в 7 хворих із 25, в яких було зафіксовано ТБ-асоційований СБІС, тобто летальність від туберкульоз-асоційованого СБІС складала 28,0 %, що значно перевищувало показники, наведені в сучасній літературі. Із цих 7 осіб у 2 розвинувся туберкульозний менінгіт, який характеризується несприятливим прогнозом. У 1 пацієнта смерть наступила в результаті загострення токсоплазмозу головного мозку, і в 2 — через розвиток пневмоцистної пневмонії. У пацієнтів, померлих від СБІС, перед початком АРТ рівень CD4-лімфоцитів складав від 1 до 82 кл/мкл (медіана — 22 кл/мкл), кількість доз протитуберкульозних препаратів (ПТП) — від 40 до 91 доз, (медіана — 58 доз).

Таким чином, СБІС виникав у пацієнтів з глибоким пригніченням імунної системи, що узгоджується із зробленими раніше висновками. Проте залежності від тривалості протитуберкульозної хіміотерапії перед початком АРТ та розвитком СБІС не простежувалося, а медіана кількості отриманих доз ПТП у пацієнтів, померлих від СБІС, була навіть більшою, ніж у пацієнтів без СБІС, в яких цей показник складав 43,0 доз, та у хворих із СБІС, що залишилися живими (35 доз). Більш того, серед пацієнтів, які почали АРТ одночасно з лікуванням туберкульозу (4 особи), розвитку СБІС не спостерігалось, і смерть настала тільки в 1 випадку, причому цей пацієнт самовільно припинив все лікування.

Висновки. Запальний СБІС після початку АРТ хворим на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ виникав при значному пригніченні імунної системи й зменшенні кількості CD4 нижче 200 кл/мкл. Летальність від СБІС складала 34,5 %, у тому числі від ТБ-асоційованого СБІС — 28,0 %. Не знайдено залежності між кількістю доз ПТП, отриманих перед початком АРТ, та розвитком СБІС.

В. И. Коржов, Н. А. Касьян, В. Н. Жадан, Н. Г. Паливода СОРБЦИОННАЯ ЕМКОСТЬ ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОМ ОТЁКЕ ЛЁГКИХ

ГУ "Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины", г. Киев

Представляется перспективным направление исследования, касающихся функционального состояния эритроцитов, играющих важную роль в сорбции эндогенных токсинов, образующихся в организме при действии стрессирующих факторов, в частности, при отёке лёгких (ОЛ).

Цель исследования: изучение сорбционной ёмкости эритроцитов (СЕЭ) при экспериментальном ОЛ.

Материал и метод исследования. Работа выполнена на белых крысах обоего пола массой 180–200 г. Все работы, которые проводились с животными, осуществлялись согласно Европейской конвенции о защите позвоночных животных, используемых для исследовательских и других научных целей.

Животные были распределены на 2 основные группы. Первая группа — интактные, вторая — с экспериментальным ОЛ.

Экспериментальный гемодинамический (адреналиновый) ОЛ у крыс воспроизводили на модели острой перегрузочной левожелудочковой сердечной недостаточности путём однократного внутримышечного введения животным раствора адреналина тартрата в дозе 2,5 мг/кг, 1,5 мг/кг, 1 мг/кг и 0,5 мг/кг.

Крыс выводили из опыта декапитацией под легким эфирным наркозом через 1, 3, 7 и 11 суток.

Материалом для исследований служили эритроциты.

Для оценки способности эритроцитов осуществлять транспорт и нейтрализацию токсинов исследовали сорбционную ёмкость эритроцитов методом А. А. Тойгабаевой в моди-

фикации Т. В. Копытовой.

Результаты исследования. У животных, которым был введен адреналин в дозе 2,5 мг/кг, через 10 минут наблюдались основные признаки развития острой перегрузочной левожелудочковой сердечной недостаточности — одышка, пенистые выделения из ноздрей, побледнение кожи, акроцианоз, изменение поведения. Через 15 минут прекращались дыхательные движения и сердцебиение. При дозе адреналина 1,5 мг/кг животные гибли в течение часа выживаемость составила 40 %. При дозах адреналина 1 мг/кг и 0,5 мг/кг клинические проявления, обусловленные ОЛ, выражены значительно слабее. Выживаемость составила 100 %.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что уже через 15 минут СЕЭ у животных, получавших адреналин в дозе 2,5 мг/кг, достоверно повышается по сравнению с интактными животными на 24 %. При дозе 1,5 мг/кг СЕЭ возрастает через 3-е суток на 24 % и сохраняется на этом уровне в течение 7 суток. Через 11 суток этот показатель уже не отличается от контрольной величины. У животных, получавших адреналин в дозе 1 мг/кг и 0,5 мг/кг, также происходит существенное (на 20 %) повышение СЕЭ через 3-е суток. Однако к 7 суткам она возвращается к норме и остаётся на этом уровне и через 11 суток.

Литературные данные свидетельствуют, что ОЛ сопровождается эндогенной интоксикацией организма. Исходя из этого, можно предположить, что повышение СЕЭ при ОЛ свидетельс-

твует о важной роли эритроцитов в снижении содержания эндотоксинов. Следует отметить, что ОЛ, сопровождающийся гибелью 100 % животных (2,5 мг/кг адреналина), в течение довольно короткого промежутка времени приводит к увеличению СЕЭ. С уменьшением дозы адреналина увеличение СЭА

происходит позднее и по мере выздоровления животных постепенно возвращается к исходному уровню.

Вывод. При экспериментальном ОЛ увеличивается способность гликокаликса мембран эритроцитов к сорбированию эндотоксинов различного генеза.

В. И. Коржов, Т. В. Лоза

ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ОТЕКЕ ЛЁГКИХ

ГУ "Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины", г. Киев

Одними из важных неспецифических индикаторных показателей при различных патологических состояниях являются продукты перекисного окисления липидов — альдегиды, кетоны, диеновые конъюгаты, низкомолекулярные кислоты. Они существенно влияют на структурную организацию и физико-химические свойства мембран клеток. Синдром эндогенной интоксикации развивается в ответ на повышенное образование этих соединений.

Цель работы. Изучить в условиях оксидативного стресса, вызванного отёком легких (ОЛ), содержание в эритроцитах крови вторичного продукта перекисного окисления малонового диальдегида (МДА).

Материалы и методы. Исследование проводилось на беспородных белых крысах массой 180 – 200 грамм с соблюдением правил Европейской конвенции по защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных и научных целей.

Были сформированы контрольная группа и группы животных с экспериментальным адреналиновым (гемодинамическим) ОЛ, который моделировали путём внутримышечного введения в бедро раствора адреналина тартрата в дозе 2,5 мг/кг, 1,5 мг/кг, 1 мг/кг и 0,5 мг/кг.

Через 15 минут, 1, 3, 7 и 11 суток животных декапитировали.

Результаты. Проведенные исследования показали, что введение животным летальной дозы адреналина (2,5 мг/кг), приводит к их гибели в среднем через 15 минут. Существенных изменений в содержании МДА в эритроцитах крови этой группы животных не было выявлено.

Введение животным адреналина в дозе 1,5 мг/кг уже через 1 сутки приводит к достоверному увеличению содержания МДА на 46% по сравнению с контролем, через 3 суток — на 69 % и через 7 и 11 суток — на 30 %.

В эритроцитах животных после введения им адреналина в дозе 1 мг/кг также наблюдалось увеличение содержания МДА через 1 сутки на 38 %, через 3, 7 и 11 суток — на 40 %, 46 % и 34 % соответственно.

У животных, которым вводили адреналин в дозе 0,5 мг/кг, через 1, 3, 7 и 11 суток количество МДА так же достоверно увеличилось на 17 %, 14 %, 32 % и 28 % соответственно.

Выводы. Результаты полученных данных свидетельствует, что ОЛ с быстрым летальным исходом (доза адреналина - 2,5 мг/кг) не сопровождается изменениями в системе перекисного окисления.

Содержание МДА в эритроцитах крови при других дозах адреналина зависит от величины дозы и времени, прошедшего после введения адреналина.

К

О. В. Коркушко, Э. О. Асанов, И. А. Дыба, Е. Д. Осьмак

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ТРЕНИРОВОК С СОПРОТИВЛЕНИЕМ ВЫДОХУ У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ХОЗЛ

Государственное учреждение «Институт геронтологии им. акад. Д. Ф. Чеботарева НАМН Украины», г. Киев

Хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) является одним из основных патологических процессов, способствующих ускоренному старению, развитию легочной недостаточности, инвалидизации и преждевременной смерти людей пожилого возраста. Как известно, ведущим звеном патогенеза при ХОЗЛ является прогрессирующая бронхиальная обструкция, которая приводит к нарушениям газообмена и развитию артериальной гипоксемии и тканевой гипоксии. Учитывая, что у пациентов пожилого возраста имеют место возрастные нарушения газообмена, на которые наслаиваются и усугубляют их патологические изменения, вызванные болезнью, становится понятной тяжесть и сложность лечения пациентов пожилого возраста с ХОЗЛ.

С другой стороны, применение традиционных схем лечения бронхиальной обструкции не всегда эффективно и зачастую сопряжено с развитием аллергических реакций, особенно у пожилых больных. Все это требует разработки новых подходов терапии бронхиальной обструкции у пожилых людей с ХОЗЛ. Одним из перспективных методов лечения является применение дыхательных тренировок с положительным давлением на выдохе

(positive end-expiratory pressure — РЕЕР). При РЕЕР выдох происходит через сопротивление, вдох осуществляется свободно, без сопротивления. Физиологической основой положительного влияния дыхания с сопротивлением выдоху является препятствие раннему экспираторному закрытию дыхательных путей, в результате чего расправляются и вовлекаются в газообмен нефункционирующие альвеолы. Это ведет к увеличению эффективной вентиляции альвеол, способствует улучшению сопряжения вентиляции и перфузии и повышает эффективность легочного газообмена, в результате чего повышается оксигенация крови и улучшается кислородное обеспечение органов и систем организма.

Данные различных исследователей показывают, что дыхание с положительным давлением в конце выдоха благоприятно влияет на систему внешнего дыхания, повышает функциональные возможности этой системы, оказывает лечебное воздействие при заболеваниях легких.

Основным механизмом влияния дыхательных тренировок с РЕЕР является уровень сопротивления выдоху. Однако чрезмерное сопротивление выдоху может вызвать нежелательные

влияния на организм, в частности, приводит к снижению венозного возврата, сердечного выброса, ухудшению газообмена в легких, баротравме. В тоже время недостаточное сопротивление выдоху при РЕЕР не будет оказывать лечебного воздействия. Поэтому необходимо определение оптимального уровня сопротивления выдоху с учетом возрастных особенностей.

Исследования, проведенные в нашем отделе, показали, что наиболее оптимальный уровень сопротивления выдоху у пожилых людей составляет 5–10 см вод. ст. Дыхание с таким сопротивлением выдоху не оказывает негативное влияние на сердечно-сосудистую систему, ЦНС, хорошо переносится пожилыми пациентами и в тоже время достаточно эффективно улучшает газообмен в легких.

В нашем отделе накоплен опыт применения дыхательных тренировок с сопротивлением выдоху у пожилых людей с ускоренным старением дыхательной системы, с патологией различных органов и у больных с ХОЗЛ. Проведенные исследования продемонстрировали положительное влияние дыхательных

тренировок на бронхиальную проходимость у пожилых людей с ХОЗЛ I–II стадии. При этом курсовое применения дыхательных тренировок с ХОЗЛ у пожилых людей приводило к повышению ОФВ₁, ОФВ₁/ФЖЕЛ. Улучшение бронхиальной проходимости, в свою очередь, вызывало уменьшение выраженности артериальной гипоксемии. Свидетельством этому является повышение сатурации крови у обследованных нами пожилых пациентов.

Дыхательные тренировки с РЕЕР приводили к увеличению резервов системы внешнего дыхания у пожилых людей с ХОЗЛ. Это подтверждается увеличением у них резервного объема выдоха и максимальной вентиляции легких после курсового применения дыхательных тренировок с РЕЕР.

Таким образом, обоснованным является использование дыхательных тренировок с РЕЕР у людей пожилого возраста с ХОЗЛ. Проведенные исследования позволяют рекомендовать использование дыхательных тренировок с ХОЗЛ у пациентов пожилого возраста как в составе комплексной терапии, так и в качестве монотерапии.

Ю. І. Король, Л. М. Рак, Я. В. Мельничук, М. В. Шило, М. В. Комар

ТОРАКОСКОПІЯ В ЛІКУВАННІ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСУ НА ҐРУНТІ БУЛЬОЗНОЇ ЕМФІЗЕМИ ЛЕГЕНЬ

Комунальна установа «Львівський регіональний фтизіо-пульмонологічний клінічний лікувально-діагностичний центр»

Спонтанний пневмоторакс (СП) — одна з актуальних проблем торакальної хірургії.

Мета дослідження: опрацювання раціональної хірургічної тактики лікування хворих з СП.

Матеріали й методи дослідження: в 2-ому торакальному відділенні ЛРФПЦ в 2009–2013 роках нами було проліковано 59 пацієнтів зі спонтанним пневмотораксом у віці 18–50 років. Було проведено 74 операційних втручань. Всім пацієнтам було проведено клінічне, лабораторне, рентгенологічне, фіброbronхоскопічне, торакоскопічне та функціональне обстеження.

Результати: тактика лікування визначалась при торакоскопічному обстеженні, яке виконано в 37 (62,71 %) пацієнтів, у 18 (30,05 %) пацієнтів проведена первинна корекція спонтанного пневмотораксу (діатермокоагуляція поодиноких бул), у 4 (6,78 %) — змін не виявлено, у 10 (16,95 %) пацієнтів визнано за доцільне проведення відеоторакоскопії (ендоскопічної резекції бульозно зміненої легені), у 5 (8,47 %) пацієнтів поширеність бульозних змін зумовила необхідність проведення торакотомії (резекції бульозно зміненої легені, плевректомії). 30 (50,85 %) пацієнтам проведено відеоторакоскопію, у 4 (6,78 %) мініторакотомію з відеопідтримкою, у 21 (35,59 %) ендоскопічну краєву резекцію, у 4 (6,78 %) коагуляцію бул, у 1 (1,69 %) ушивання (булоп्लीкація), 6 пацієнтам відеоторакоскопія проведена як

первинне ендоскопічне втручання, у решти 25 пацієнтів торакоскопічна верифікація процесу була проведена на попередніх етапах лікування. Всі відеоторакоскопії завершували коагуляційним плевродезом від 1-го по 5–6 ребра. Після відеоторакоскопії в 2-х (6,67 %) пацієнтів виникли ускладнення: в 1 пацієнта — кровотеча, ще у 1 пацієнта — рецидив пневмотораксу. Летальних випадків не було. У 7 (11,86 %) пацієнтів проведено торакотомії: у 5 (8,47 %) — після торакоскопії, у 1 (1,69 %) — відеоторакоскопія перейшла в конверсійну торакотомію через кровотечу зі злуки на куполі плеври, у 1 (1,69 %) пацієнта після ендоскопічної резекції через 6 місяців стався рецидив пневмотораксу, що спонукало до проведення торакотомії.

Висновки.

1. Для визначення стану легені та адекватної лікарської тактики вважати обов'язковим проведення торакоскопії у хворих зі СП.

2. Доцільно проводити первинну корекцію пневмотораксу, що зменшить кількість повторних операційних втручань, вартість і терміни лікування.

3. Ендоскопічні методи аеростазу мало травматичні, достатньо надійні, мають значні переваги перед традиційною торакотомією й суттєво скорочують термін стаціонарного лікування.

4. Торакотомія повинна застосовуватись при прогнозований неефективності ендоскопічних методів корекції СП.

І. В. Корпусенко

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ВІДЕОАСИСТОВАНИХ КОЛАПСОХІРУРГІЧНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ У ХВОРИХ З ДВОБІЧНИМ ДЕСТРУКТИВНИМ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ЛЕГЕНЬ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Метою роботи стало поліпшення результатів колапсхірургічних оперативних втручань у хворих з двостороннім деструктивним туберкульозом легень шляхом розробки нових малоінвазивних оперативних втручань з використанням відеоторакоскопічних методик.

Матеріали й методи. Дослідження було виконано в легенево-хірургічному відділенні ДОККЛПО «Фтизіатрія» у період 2008–2012 роки. Узагальнено результати колапсхірургічного лікування 32 хворих з двостороннім деструктивним туберкульозом легень. Залежно від методики виконання тора-

копластики всі хворі були розділені на 2 групи (порівняні за віком, статтю, клінічною формою туберкульозу, мікробіологічними спектром мокротиння).

У першу групу увійшли 8 хворих (25 %) з відносно свіжими кавернами, з терміном давності захворювання не більше 1 року, без значного осередкового обсіменіння, але за наявності протипоказань функціонального характеру до резекційних втручань, яким був виконаний малоінвазивний відеоасистований екстраплевральний пневмоліз з колагенопластикою за розробленою нами методикою. З них у 4 хворих (50 %) було виконано двостороннє послідовне втручання з інтервалом 2–3 місяці. У другу групу увійшли 24 хворих (75 %), яким була виконана відеоасистована екстраплевральна лікувальна торакопластика без використання колагену. У 18 хворих (75 %) дана операція була застосована в односторонньому варіанті (при фіброзно-кавернозному туберкульозі оперованої легені й за наявності в контралатеральній легені деструктивного процесу, вилікуваного в подальшому консервативно), у 6 хворих (25 %) даний спосіб використовувався в послідовному двосторонньому варіанті з інтервалом 3–4 місяці між операціями. У 5 хворих при виконанні операції з контралатеральної боку обсяг торакопластики не перевищував 4-х ребер.

Розроблена нами методика малоінвазивного відеоасистованого екстраплевального пневмолізу з колагенопластикою полягала в наступному. Під ендотрахеальним наркозом в положенні хворого на животі виконували паравертебрально розріз м'яких тканин на рівні II–IV грудних хребців. Виділяли задні відрізки IV–VI ребер і підокістично їх резектували протягом 5 см, починаючи від поперечних відростків хребців. У новостворену екстраплевральну порожнину по задній аксиллярній лінії через окремий розріз через торакопорт 10 мм вводився відеоторакоскоп. Усі наступні етапи операції здійснювали під відеоторакоскопічним контролем. За допомогою тупферу виконували екстраплевральний апіколіз і медіастинальний пневмоліз до кореня легені. Гемостаз здійснювали аргонплазменною коагуляцією. Екстраплевральну порожнину над нізведеною верхівкою легені щільно тампонували пластинами колагенової гемостатичної губки, дренивали. Рана пошарово вшивалась.

Відеоасистована лікувальна торакопластика виконувалася таким чином: під комбінованим наркозом з роздільною інтубацією бронхів в положенні хворого на животі виконували розріз завдовжки 10 см паравертебрально від рівня остистого відростка III ребра. Розсічені м'язи разом з лопаткою відшаровувалися від ребер. Виконували резекцію V ребра на протязі від поперечного відростка до середньої пахової лінії. Між VI ребром і лопаткою вводився ранорозширювач. На 2 см вище верхнього кута рани через торакопорт вводився відеоторакоскоп і подальші маніпуляції виконували під відеоторакоскопічним контролем. Виконували резекцію IV ребра разом з головою до

задньої пахової лінії, III ребро резектували повністю до хряща. Виконували екстра плевральний апіколіз і медіастинальний пневмоліз праворуч до рівня v.azugas, ліворуч – до рівня дуги аорти. Виконували резекцію I і II ребер разом з головками до місця їх зчленування з грудиною. На верхівку легені в проекції каверни накладали кисетний шов й інвагінували. Екстраплевральна підлопаточна порожнина щільно заповнювалася колагеновими гемостатичними пластинами розмірами 9,0 x 9,0 см і дренивалась. Рана пошарово вшивалась.

Результати та обговорення. Результати колапсхірургічних втручань оцінювали через 6 місяців лікування за критеріями закриття каверни й припинення бактеріовиділення (значне поліпшення). До зазначеного терміну клінічна ефективність досягнута у 28 (87,5 %) хворих. Інтра- та післяопераційних ускладнень не спостерігалось. У 4 хворих (12,5 %) з терапевтично перспективним процесом у контралатеральній легені відзначалося поліпшення (олігобаціальність), однак вогнища деструкції зберігалися. Запропоновані та використані нами відеоасистовані колапсхірургічні методики при лікуванні хворих двостороннім деструктивним туберкульозом легень є малоінвазивними, оскільки зберігаються м'язи, що йдуть до кутів лопатки, не відбувається западіння лопатки, атрофія м'язів плечового пояса й груба деформація грудної клітки. У хворих спостерігається більш гладкий і менш тяжкий перебіг післяопераційного періоду, менш виражений больовий синдром, більш повна й рання функціональна реабілітація.

Відеоасистовані екстраплевральні втручання виконуються з мінідоступу під контролем відеоторакоскопії, при цьому максимально зберігається м'язовий масив пояса верхньої кінцівки, зменшується обсяг необхідної для створення достатньої колапсу декостації, а посилення колапсу досягається за рахунок колагенового пломбування, що в свою чергу, сприяє фіксації верхівки легені й прискоренню фібропластичних процесів у зоні каверни.

Висновки. 1. Розроблена методика відеоасистованого екстраплевального пневмолізу з колагенопластикою успішно застосована у 8 хворих, в тому числі в 4 в двосторонньому послідовному варіанті, що дозволило досягти закриття порожнин розпаду й абацилювання в усіх оперованих.

2. Колагенове пломбування забезпечує надійну фіксацію верхівки легені і сприяє прискоренню фібропластичних процесів в зоні туберкульозної каверни.

3. Відеоасистовані екстраплевральні втручання, виконані з мінідоступу, дозволяють значно зменшити обсяг декостації, сприяють максимальному збереженню м'язового масиву верхньої кінцівки.

4. Застосування малоінвазивних відеоасистованих методик екстра- плевральної торакопластики і пневмолізу дозволяє в 87,5 % досягти значного поліпшення через 6 місяців лікування

К

В. П. Костромина, В. А. Стриж

СНИЖЕНИЕ ЧАСТОТЫ ОБОСТРЕНИЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ТЕРАПИИ АЗИТРОМИЦИНОМ

ГУ "Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины", г. Киев

Доказано, что инфекционный фактор — это триггер обострений рецидивирующего бронхита (РБ) в результате нарушения реактивности дыхательных путей, повреждения механизмов аэродинамической фильтрации, мукоцилиарного клиренса, возникновения дисбаланса системного и местного иммунитета. При этом спектр возбудителей представлен различными ассоциациями (вирус-вирусные и вирус-бактериальные),

среди которых наибольшее значение имеет колонизация слизистых верхних дыхательных путей золотистым стафилококком, альфа-токсин которого действует цитолитически в отношении различных типов клеток, что создает благоприятную среду для персистенции вирусов. Вместе со *Str. pneumoniae* они составляют 66,7 %. В 12–15 % присоединяется «атипичная» микрофлора.

Известно, что 3-дневный курс азитромицина (АЗМ) снижает не только активность воспаления, но и улучшает показатели иммунитета. АЗМ обладает широким спектром антимикробной активности, особенно в отношении грамотрицательных микроорганизмов, хотя описаны случаи его клинической эффективности и при стафилококковых инфекциях.

Целью работы было изучить частоту рецидивов бронхита и микробиоценоз слизистых верхних дыхательных путей у детей после краткосрочной терапии АЗМ.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 33 ребенка с РБ. Средний возраст $9,3 \pm 4,2$ лет, из них 15 случаев — фаза обострения и 18 — неполной ремиссии. Отдаленные результаты оценивали через 1 и 2 года после выздоровления. Контрольную группу составили 30 условно здоровых детей, репрезентативных по полу и возрасту.

Диагноз устанавливался в соответствии с критериями, изложенными в Протоколе лечения детей, больных РБ (приказ МОЗ Украины № 18 от 13.01.2005 г.). Комплекс обследования включал обзорную рентгенографию органов грудной полости при помощи цифровых компьютерных систем, общий анализ крови и мочи, бактериологическое исследование мокроты, а при ее отсутствии — мазков из носа и зева с определением чувствительности к антибиотикам, иммунограмма, осмотр отоларинголога.

Показаниями к назначению АЗМ считали клинические признаки бактериального воспаления (слизистогнойный

или гнойный характер мокроты или выделений из носа) на фоне интоксикационного синдрома.

Все дети получали плановую антибактериальную, муколитическую и отхаркивающую терапию. В I группе применяли цефалоспорины в течение 5-7 дней — 16 пациентов, во II группе — АЗМ (препарат Ормакс испанско-украинской компании «Сперко Украина») раз в день, натошак, в течение 3 дней. Побочных эффектов препарата не наблюдалось.

Результаты. В течение 2 лет после лечения случаи РБ отмечались чаще при высевах из дыхательных путей *S. aureus* в чистой культуре или в ассоциации с другими патогенными/условно-патогенными бактериями.

У больных, получавших краткосрочный курс АЗМ (3 дня), отмечена стабилизация показателей системного иммунитета и установлено снижение частоты высеваемости *S. aureus*, *Str. pneumoniae*, *S. agalactiae*, *S. mitis*, *H. influenzae*, *Kl. pneumoniae*.

Выводы. Применение краткосрочных курсов азитромицина способствует уменьшению числа обострений рецидивирующего бронхита и снижает частоту высеваемости из мокроты и слизи зева *S. aureus*.

В большинстве случаев триггером обострений РБ у детей являются респираторные вирусы, однако частоту и тяжесть клинической картины у детей определяет персистирующая вторичная микрофлора, угнетающая резервы адаптации и иммунный ответ.

В. П. Костроміна, О. О. Речкіна, В. О. Стриж, В. В. Куц, А. С. Дорошенкова, К. С. Мельник, Л. Б. Ярошук, Н. В. Промська, О. М. Кравцова

АЛГОРИТМ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

ДУ «Національний інститут фізичної та пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ

Незважаючи на значний поступ у розумінні багатьох аспектів виникнення, перебігу та прогресування, бронхіальна астма (БА) залишається складною діагностичною проблемою, особливо в дітей. Оскільки першими в дебюті захворювання з цими пацієнтами зустрічаються лікарі-педіатри та сімейні лікарі амбулаторно-поліклінічних лікувально-профілактичних установ, то цілком очевидно, що саме їм належить провідна роль у первинній діагностиці. При цьому діагноз БА вперше встановлюється дільничними педіатрами лише в 16 % випадків, а частота помилкових діагнозів при БА в первинній ланці охорони здоров'я досягає 20 %. У третини дітей, незважаючи на довгостроково існуючі клінічні симптоми хвороби, бронхіальна астма не діагностується вчасно.

Мета роботи: встановити клініко-діагностичні критерії початкових проявів бронхіальної астми в дітей та розробити алгоритм її ранньої діагностики.

Під спостереженням перебувало 186 хворих віком від 3 до 18 років, які лікувалися з приводу респіраторної патології, що супроводжувалася бронхообструктивним синдромом. Серед обстежених переважна кількість була з діагнозом БА 119 (64,0 %) (основна група), інші 67 хворих мали повторні епізоди синдрому бронхіальної обструкції (контрольна група). Шляхом аналізу результатів анкетування, результатів клінічних, лабораторних, імунологічних, цитологічних, алергологічних та функціональних методів дослідження були встановлені клініко-діагностичні критерії раннього прояву бронхіальної астми у дітей

Спираючись на отримані дані, був розроблений алгоритм ранньої діагностики бронхіальної астми в дітей, який пропонує етапність збирання діагностичної інформації в випадку встановлення повторних епізодів БОС (рецидив синдрому бронхіальної обструкції від 3 та більше разів на рік) у хворого. Він включає маркери ранньої діагностики БА в дітей основні (скарги, дані анамнезу життя та хвороби) та додаткові (підвищений вміст IgE, підвищений рівень еозинофільного катіонного протеїну, підвищений рівень еозинофілів в індукованому харкотинні, підвищення активності Th2-лімфоцитів з гіперпродукцією інтерлейкіну ІЛ-4). Застосування запропонованого алгоритму сприяє прискоренню встановлення діагнозу БА від моменту появи перших її симптомів у 1,5 рази. Спосіб простий у виконанні, не потребує додаткових асигнувань і може бути застосований у дітей дошкільного віку. Діагностична значимість алгоритму: чутливість — 93,3 %, специфічність — 96,0 %, прогностична цінність позитивного результату — 96,6 %, загальна точність — 86,7 %. Для автоматизації використання алгоритму створена електронна таблиця у системі «MS Excel», застосування якої дозволяє визначити діагноз бронхіальної астми з точністю 93,8 %, повторних епізодів обструктивного бронхіту — 78,6 %.

Отже, клінічна апробація запропонованого диференційно-діагностичного симптомокомплексу показала високу його інформативність і простоту використання, що оптимально сприяє правильній та ранній діагностиці бронхіальної астми в дітей та своєчасному призначенню терапії.

**В. П. Костроміна, В. О. Стриж, Ю. О. Матвієнко, О. О. Речкіна, Л. Б. Ярощук,
А. С. Дорошенкова, К. О. Мельник, О. М. Кравцова**
ЦИТОХІМІЧНИЙ ІНДЕКС РАНЬОГО ВИЯВЛЕННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

ДУ "Національний інститут фізичної та пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України", м. Київ

Труднощі раннього виявлення бронхіальної астми (БА) в дітей, відсутність чітких критеріїв диференційної діагностики щодо ранніх ознак бронхообструктивного синдрому (БОС), особливо в дітей молодшого віку, призводять до формування значного відсотку випадків гіпо- та гіпердіагностики цього захворювання.

На точність діагностики БА в дитячому віці впливає не тільки варіабельність клінічного перебігу та клініко-анамнестична схожість з гострим обструктивним бронхітом рецидивуючого перебігу (ОБ), але й вікові особливості, які обмежують здатність виконувати дихальні маневри під час спірометрії та суб'єктивна недооцінка педіатрами еквівалентів симптомів БА, що спонукає до пошуку альтернативних шляхів діагностичної тактики.

За сучасними уявленнями, алергічне запалення координується CD4⁺-лімфоцитами (Th2) та характеризується гіперпродукцією інтерлейкінів 4, 5 і 13 (IL).

Мета роботи: встановити цитохімічні критерії ранньої діагностики БА та ОБ у дітей шляхом порівняння клініко-лабораторних проявів захворювання, показників клітинного імунітету та рівнів цитокінів Т-хелперів 1-го та 2-го типів.

Матеріал та методи досліджень. Робота виконана за кошти держбюджету на основі обстеження 69 дітей основної групи (БА — 47, ОБ — 22) та 30 здорових дітей відповідного віку контрольної групи. В старшій віковій категорії (від 13 років) випадків БА було вдвічі більше, ніж ОБ, оскільки можливості диференційної діагностики БОС у дітей зростають прямо пропорційно віку.

Отримані результати обстеження оцінювали за трьома блоками клінічних параметрів: 1 — «формула обструкції», 2 —

спадковість та анамнез; 3 — ante- та післянатальний atopічний статус матері/дитини. Якщо в дитини виявляли ознаки БА чи ОБ, то додатково в сироватці крові визначали рівні IL-2, IL-4 (цитокінів Т-хелперів 1-го та 2-го типів), обчислювали індекс співвідношення останніх за формулою:

$$CI_{IL4/IL2} = ABS \cdot (X_{IL4} - N_{IL4}) \cdot N_{IL2} / (X_{IL2} - N_{IL2}) \cdot N_{IL4}$$

де $CI_{IL4/IL2}$ — цитокіновий індекс; X_{IL4} та X_{IL2} — значення IL-4 та IL-2 у хворих дітей; N_{IL4} та N_{IL2} — нормальні значення IL-4 та IL-2 у здорових дітей.

Результати дослідження та їх обговорення. Встановлено, що рівні загального IgE, катіонного еозінофільного протеїну (ЕКП), IL 2-го та 4-го порядків перевищують норму, як при БА, так і при ОБ. Проте інтенсивність приросту IgE, ЕКП та IL-4 є більшою при БА. При ОБ, навіть за умови моно- або полівалентної сенсibiliзації, спостерігається інший перерозподіл цитокінів — переважає зростання рівнів IL-2. Обчислений за співвідношенням IL-2 та IL-4 цитокіновий індекс виявився в 19 разів вищим при БА.

Висновок. Таким чином, ранню діагностику БА в дітей можна проводити шляхом визначення «формули обструкції» (початок, тривалість і повторюваність епізодів БОС, незалежно від наявності ГРВІ; врахування особливостей спадковості та atopічного анамнезу дитини, ante- та післянатального atopічного статусу дитини та матері, факторів сенсibiliзації) та додаткового обчислення цитокінового індексу за показниками рівнів IL-2 та IL-4. Якщо значення цитокінового індексу перевищує 1, діагностують бронхіальну астму, якщо його значення дорівнює 1 або не досягає її — обструктивний бронхіт.

К

Ю. Ф. Кошак, Ю. Ф. Савенков, Л. А. Грищук
**КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ ДІАГНОСТИКИ ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПОЄДНАНИХ ФОРМ
ТУБЕРКУЛЬОЗУ Й РАКУ ЛЕГЕНЬ**

Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського

СТМО «Фтизіатрія», м. Тернопіль

ДОККЛПО «Фтизіатрія», м. Дніпропетровськ

В світі рак легень (РЛ) вийшов на перше місце в структурі онкологічної захворюваності чоловічого населення. За даними більшості авторів діагностика раку легень у хворих на туберкульоз носить запізнілий характер, в результаті РЛ переважно діагностується як неоперабельний в ускладненій стадії, що ускладнює оперативне лікування хворих і разом з наявністю обтяжливого попереднього захворювання погіршує прогноз перебігу цих захворювань.

Проведено ретроспективний аналіз 160 історій хвороб пацієнтів, які лікувалися в СТМО «Фтизіатрія» м. Тернопіль та ДОККЛПО «Фтизіатрія» м. Дніпропетровськ від 2001 по 2012 рр. з приводу пухлиноподібних утворів легень, плеври та середостіння. Поєднання РЛ з легенеvim туберкульозом було діагностовано — у 100 пацієнтів у віці від 18 до 77 років. Переважали чоловіки — 81 (81 %). У 56 (56 %) пацієнтів рак легень поєднувався з активним туберкульозом легень: у 23 відзначена інфільтративна форма, у 18 — вогнищева, у 10 — дисемінована, у 2 — фіброзно-кавернозна, у 2 — туберкульома, у

1 — циротичний туберкульоз. Мікобактерії туберкульозу (МБТ) виділяли 72 % (72,0 %) хворих. При неактивному туберкульозі рак легень діагностовано в 44 (44 %) хворих. Центральна форма РЛ була діагностована в 70 (70 %), периферична — у 22 (22 %), карциноматоз легень — у 8 (8 %).

Критерії клінічної симптоматики поєднаних уражень визначалися переважно проявом пухлини та її ускладненнями, а не туберкульозом легень. Близько 1/3 хворих РЛ (35,9 %) скаржилися на біль в трубчатих кістках та хребті, що характерно було для симптомів раннього метастазування РЛ в суміжні органи та кістки. В перший місяць поєднаних захворювань виявлено 55 % хворих, від 1 до 3 міс. — 36 %, від 3–6 місяців — 9 % пацієнтів. Пухлина частіше локалізувалася в правій легені (58 %), ніж у лівій (42 %). Локалізація по часткам: у верхніх долях — 72 % випадків (частіше 2 і 3 сегменти), а в нижніх долях — 28 % (частіше в С9–10). При активному легенеvому туберкульозі пухлина знаходилася в тій же легені, частці, сегменті поблизу або в зоні продуктивного туберкульозного запалення.

лення (58 %). В протилежній легені рак виявлено в 42 % випадків. Порожністі форми раку легень встановлені в 18,5 % спостережень. Ателектази частки або сегменту спостерігалися у 36,5 % хворих, а перибронхіальні стенози бронхів у 30,3 %

При комбінованій патології в 54 % випадків гістологічно підтверджено плоскоклітинний рак, в 28 % — аденокарцинома, в 10 % — недиференційований, в 6 % — бронхіолоальвелярний, а в 2 % — низько диференційований рак легень.

Отже, у діагностиці поєднаних уражень туберкульозу й раку легень мають першочергове значення сучасні рентгено-

логічні обстеження, зокрема спіральна комп'ютерна томографія в обстеженні грудної клітки з контрастним підсиленням, фібробронхоскопія з гістологічним дослідженнями, відеоторакоскопія. Неопластичні трансформації виникають в легенях у старих патологічно змінених туберкульозом чи повторними неспецифічними запаленнями сегментах. Рак легень у хворих на туберкульоз спостерігається значно частіше, ніж серед населення взагалі: з активним туберкульозом у 3 рази, а в осіб з неактивними залишковими туберкульозними змінами — у 7 разів.

О. В. Кравець, В. П. Шевченко, С. В. Харченко ГОСТРА ВИРАЗКА ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ З ПРИВОДУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ

Сумський державний університет

Вступ. Останніми роками захворюваність на туберкульоз стала однією з найважливіших проблем у світі. З 1995 р. в Україні зареєстрована епідемія туберкульозу, яка не має тенденції до призупинення та набуває загрозливих масштабів. Характерним є зростання кількості хворих зі стійкістю мікобактерій туберкульозу до протитуберкульозних препаратів. Хіміотерапія цієї категорії пацієнтів малоефективна і часто безперспективна. Імунний стан таких хворих у більшості випадків загальмований. Зважаючи на перелічене, у таких умовах зростає роль оперативного лікування. Зміни, що сталися у клінічному перебігу туберкульозу легень вимагають корекції хірургічної тактики й розробки нових хірургічних методів лікування та створення безпечних умов, як для самого втручання, так і в ранній післяопераційний період, оскільки операція нерідко виконується на тлі нестабільного процесу, інтоксикації та компенсованої гіпоксії за рахунок напруженої роботи серцево-судинної системи, яка й сама нерідко буває скомпрометована зазначеними вище змінами. Отже, до існуючого хронічного стресу оперативне втручання додає гострі зміни, які можуть вести до різноманітних непередбачуваних наслідків.

Зростання кількості та обсягу оперативних втручання іноді призводить до зростання ускладнень, що й робить дану проблему актуальною. Відомо, що гострі виразки й ерозії розвиваються в 18–27 % хворих, оперованих на легенях. Найбільш часто (67,7 %) їх розвиток відбувається протягом перших п'яти діб після операції. Пік ускладнень припадає на 2–3 добу. У більшості хворих зміни в слизовій шлунка й дванадцятипалої кишки перебігають безсимптомно. У 1–5 % випадків гострі виразки ускладнюються перфорацією стінки шлунка та дванадцятипалої кишки, у 2–25 % хворих — кровотечами. Подальший перебіг цих ускладнень значно обтяжує післяопераційний період і нерідко може стати причиною смерті. Летальність за таких ускладнень досягає 35–80 %.

Проведені дослідження показали, що профілактика гострих гастродуоденальних виразок у післяопераційний період дає обнадійливі результати. Абсолютними показами для профілактики є штучна вентиляція легень, гостра дихальна недостатність, гіпотензія, зумовлена септичним шоком, та коагулопатія, як прояв ДВЗ-синдрому.

Актуальність проблеми гострих ерозивно-виразкових уражень шлунково-кишкового тракту визначається відсутністю надійних методів ранньої діагностики, недостатньою

ефективністю їх консервативного лікування, високим ризиком оперативного втручання, відсутністю чітких критеріїв вибору методу консервативного та хірургічного лікування, відсутністю ефективної програми профілактики їх виникнення.

Матеріали та методи. У 2012 році в умовах легенево-хірургічного відділення Сумського обласного протитуберкульозного диспансеру на 67 оперативних втручаннях розширеного характеру ми спостерігали трьох (4,5 %) хворих, в яких у післяопераційний період виникли гострі виразки шлунка та дванадцятипалої кишки. Загальною характеристикою оперованих хворих був поширений легеневий туберкульоз з наявністю деструктивних та фіброзних змін, що вимагало розширених оперативних втручаннях симультанного характеру. Тривалість операцій була в межах 3,5–4 годин з крововтратою, що перевищувала «умовно-фізіологічну» — 600–800 мл. Анемія при гіпотонії й загальній слабкості змусили на 4–5 добу запідозрити внутрішню кровотечу при її відсутності в зоні операції. Була виконана під місцевою анестезією фіброгастро-дуоденоскопія, яка виявила гострі виразки дванадцятипалої кишки, середньої третини тіла шлунка та езофагіту без ознак перифокального запалення з нашаруванням фібрину, тромбованих судин та еритематозної гастропатії. Лікування проводилось противиразковими та гемостатичними препаратами із застосуванням інфузійної та гемотрансфузійної терапії. Динамічне ендоскопічне спостереження констатувало заживлення виразок.

Висновки. Таким чином, гострі виразкові ураження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту є досить частим ускладненням у хворих на туберкульоз легень у післяопераційний період. Розвиток кровотечі супроводжується суттєвим погіршенням загального стану хворого, проте розібратися з причиною останнього в ранній післяопераційний період після травматичних втручаннях з приводу поширених форм туберкульозу легень, які тривають 3 і більше годин, супроводжуючись крововтратою, яка виходить за межі 600–700 мл крові, важко з огляду на ранній післяопераційний період, знаходження хворого на знеболюючих і наркотичних препаратах, операційної й післяопераційної крововтрати, яка компенсується з огляду на об'єм оперативного втручання, наявність післяопераційної гіпоксії й синдрому загального обтяження. Своєчасна підозра й ендоскопічне обстеження дозволять встановити наявність ускладнення й провести патогенетичне лікування.

Н. В. Крамарська, Л. О. Яшина, В. В. Куц**ВПЛИВ АТОРВАСТАТИНУ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ НА ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ НА ТЯЖКУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ З РІЗНИМИ ВАРІАНТАМИ ЗАПАЛЕННЯ***ДУ «Національний інститут фізичної та пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ*

Мета дослідження: вивчити вплив аторвастатину на функціональні показники в комплексній терапії в хворих на тяжку бронхіальну астму з різними варіантами запалення. Робота виконана за державний кошт.

Матеріали та методи: В дослідженні приймали участь 46 хворих на БА, чоловіків — 15, жінок — 31, середній вік ($52,7 \pm 1,6$) років, середній ОФВ₁ — ($48,4 \pm 1,27$) % від належних. У всіх хворих діагноз БА був встановлений правильно, підтверджений і клінічно, і функціонально.

Всім хворим було проведено анкетування, клінічне обстеження, дослідження функції зовнішнього дихання (бодіплетизмографія) на апараті "MasterLab", "Erich Jaeger" (Німеччина). Сила дихальної мускулатури та нейрореспіраторний драйв (P_{lmax} - максимальний тиск на вдосі, P_{Emax} — максимальний тиск під час видиху) та дихальний привід (P 0,1 — тиск під час вдиху через 0,1 сек.) досліджувались за методикою фірми "Erich Jaeger", Німеччина, на апараті "MasterScope".

Накопичення даних та їх статистична математична обробка проводились за допомогою ліцензійних програмних продуктів, що входять в пакет Microsoft Office Professional 2000, ліцензія Russian Academic OPEN No Level № 17016297.

Результати дослідження: за результатами досліджень стану місцевого імунітету бронхів шляхом визначення процентного складу лейкоцитів за вмістом еозинофілів, нейтрофілів, лімфоцитів та альвеолярних макрофагів в індукованому харкотинні хворі на БА, які отримували досліджуване лікування, були поділені на 3 групи: у 16 пацієнтів (5 чоловіків та 11 жінок) середній вік ($57,9 \pm 2,5$) років було визначено переважно нейтрофільний тип запального процесу в бронхах (I група), 15 пацієнтів (2 чоловіків та 13 жінок) середній вік ($53,8 \pm 2,5$) років — еозинофільний тип (II група). У 15 пацієнтів (8 чоловіків та 7 жінок) середній вік ($57,8 \pm 1,8$) років — змішаний тип (III група).

У всіх досліджуваних хворих визначались ознаки легеневої гіперінфляції, на що опосередковано вказує зменшення ємкості вдиху (IC). Під впливом комплексної терапії ємність вдиху збільшилась достовірно ($p < 0,05$) порівняно з I візитом з

($83,0 \pm 7,0$) % до ($98,2 \pm 5,5$) % у хворих I групи, та порівняно з контролем з ($93,6 \pm 7,2$) % до ($98,2 \pm 5,5$) % в III групі, що вказує на зменшення легеневої гіперінфляції в обох групах. В II групі динаміка була незначна та недостовірна ($50 - 63$) %.

Залишковий об'єм (RV), збільшення якого безпосередньо вказує на легеневу гіперінфляцію, був збільшений у всіх хворих, в більшій мірі — у хворих I та II груп. Після курсу комплексного лікування із застосуванням статину була відмічена тенденція до зменшення цього показника в I та в II групах, але недостовірно.

У всіх досліджуваних хворих визначались порушення бронхіальної прохідності (ОФВ₁, в межах належних). Включення аторвастатину призвело у 75 % I групи хворих до зменшення функціональних ознак бронхоспазму - збільшення показника ОФВ₁, при цьому його середнє значення по групі зросло на 5,9 %, достовірно порівняно з контролем ($p < 0,05$). В інших групах достовірного зростання ФЗД не було.

ФЖЕЛ збільшилась у 81,3 % хворих I групи з ($73,9 \pm 5,2$) % до ($84,8 \pm 4,5$) % статистично достовірна відмінність показника між I та III візитами ($p < 0,05$); у хворих II групи показники залишались без змін, у хворих III групи відмічалось підвищення показників недостовірно.

Після курсу комплексного лікування з застосуванням статину була відмічена тенденція до збільшення показника сили м'язів вдиху - в I групі він збільшився достовірно порівняно між I та III візитами ($p < 0,05$) у 68,8 % хворих з ($65,8 \pm 6,8$) % до ($71,3 \pm 6,8$) %, та збільшення показника сили м'язів видиху з ($98,6 \pm 8,3$) % до ($111,25 \pm 8,7$) %, що можливо пов'язано з покращанням аеродинаміки дихання за рахунок зменшення гіперінфляції легень та протизапальної дії статинів.

Висновки: застосування аторвастатину в комплексній терапії призвело до покращення показників ФЗД, яке виявилось більш суттєвим у хворих із переважно нейтрофільним характером запалення: статистично достовірно покращення бронхіальної прохідності в середньому на 5,9 %; збільшувалась сила м'язів вдиху з ($65,8 \pm 6,8$) до ($71,3 \pm 6,8$) % та видиху з ($98,6 \pm 8,3$) до ($111,3 \pm 8,7$) %, відзначалась тенденція до зменшення проявів легеневої гіперінфляції.

К

В. А. Краснов, О. В. Ревякина, П. Н. Филимонов, Д. В. Степанов, А. В. Мальцев
ФАКТОРЫ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ УЛУЧШЕНИЮ СИТУАЦИИ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В РЕГИОНАХ СИБИРИ И ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА*ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт туберкулеза» Минздрава России, г. Новосибирск, РФ*

Территории Сибирского и Дальневосточного федеральных округов (СФО и ДФО) последние 50 лет неблагоприятны по уровню распространения туберкулеза, превышая общероссийские показатели в 1,5–2 раза. Отчасти это объясняется историческими причинами и климато-географическими особенностями.

С целью выявления скрытых закономерностей влияния различных факторов на ситуацию с туберкулезом в СФО и ДФО, а так же и в остальных субъектах Российской Федерации, проведено ретроспективное изучение тридцати статистических показателей, характеризующих экономическое положение; социальную сферу; медицину, в том числе фтизиатрию; уровень преступности за период с 2005 по 2009 годы. При обработке данных применялись непараметрические и разв-

дочные методы статистического анализа.

При анализе полученных результатов решали следующие задачи: изучили закономерности, лежащие в основе различий между группами регионов. В частности, сравнивали СФО и ДФО не с Россией в целом, а с остальными субъектами РФ; выявили факторы, ассоциированные с неудачами фтизиатрии; определили влияние различных факторов на сравнительную эффективность функционирования регионов.

В результате проведенного исследования были сделаны следующие выводы:

Заболеваемость и смертность от туберкулеза наиболее ассоциированы (прямая корреляция) с уровнем убийств, самоубийств, аборт, а также с удаленностью субъектов РФ от Москвы.

При одинаковых, в сравнении с остальными регионами, показателях клинического излечения в Сибирском и Дальневосточных округах, заболеваемость и смертность в этих последних намного выше, что свидетельствует о доминирующей роли не связанных с медициной факторов эпидемического неблагополучия.

При сравнимом или большем уровне финансирования в Сибирском и Дальневосточном федеральных округах относительно остальных регионов России изученные индикаторы состояния социальной сферы и экономики — хуже, что свидетельствует о недостаточной эффективности управления и, как

следствие, ухудшении показателей в сфере здравоохранения (в том числе во фтизиатрии).

Эффективность федерального и местного управления снижается также с удаленностью (географической) субъектов Федерации от Москвы.

Таким образом, основными целями борьбы с туберкулезом должны стать меры по уменьшению депрессивности регионов: адекватное управление, предоставление жителям возможностей для самореализации и нормального заработка, предотвращающих суицидальные модели поведения.

Д. В. Краснов, Д. А. Скворцов, В. А. Краснов, Н. Г. Грищенко, Т. Г. Бесчетный, М. В. Рейхруд, М. В. Чернова

МИНИИНВАЗИВНАЯ КОЛЛАПСОХИРУРГИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Новосибирский научно-исследовательский институт туберкулеза, Новосибирск, РФ

Коллапсохирургические операции по поводу туберкулеза легких, несмотря на достаточно высокую эффективность, сопровождаются значительным числом осложнений, выраженным болевым синдромом, значительным косметическим эффектом и, как следствие, низкой приверженностью больных к данному методу лечения. В связи с этим был разработан новый вариант остеопластической торакопластики (ОТ) из минидоступа.

Материалы и методы. Проведено рандомизированное исследование 288 больных распространенным фиброзно-кавернозным туберкулезом (ФКТ). Всем пациентам была выполнена ОТ. В основную группу вошли больные ($n = 130$), которым ОТ была выполнена из минидоступа, в группу сравнения — 158 человек, которым аналогичная коллапсохирургическая операция выполнялась по классической методике.

Рентгенологические признаки прогрессирования специфического процесса выявлены у подавляющего большинства анализируемых пациентов основной группы — у 129 ($99,2 \pm 0,8 \%$) и у 138 ($87,3 \pm 2,7 \%$) — группы сравнения ($p=0,001$, χ^2). Бактериовыделение перед операцией сохранялось у 126 ($96,9 \pm 1,5\%$) и 141 ($89,2 \pm 2,4 \%$) больных соответственно ($p=0,01$, χ^2), массивным оно было у 108 ($85,7 \pm 3,1 \%$) и 106 ($75,2 \pm 3,6 \%$) ($p=0,03$, χ^2). Множественная лекарственная устойчивость наблюдалась у 95 ($73,1 \pm 3,9 \%$) и 119 ($75,3 \pm 3,4 \%$) пациентов ($p=0,67$, χ^2).

Результаты. В связи с угрозой развития тяжелых плевральных осложнений и прогрессирования специфического процесса стандартная резекция легких всем больным была противопоказана и была выполнена ОТ (131 операция в основной группе и 173 в группе сравнения). Интраоперационных осложнений не было. Интраоперационная кровопотеря менее 400 мл в основной группе отмечалась у подавляющего коли-

чества пациентов — 119 ($91,5 \pm 2,4 \%$), тогда как в группе сравнения — только у 96 ($60,8 \pm 3,9 \%$) ($p=0,00001$, χ^2).

Послеоперационный период у большинства больных протекал гладко, осложнения в основной группе возникли у 15 ($11,5 \pm 2,8 \%$) человек (у 1 больного возникло кровотечение в раннем послеоперационном периоде, у 7 — прогрессирование дыхательной недостаточности, у 4 — прогрессирование специфического процесса, у 3 — глубокое нагноение послеоперационной раны). В группе сравнения осложнения возникали чаще — у 35 ($22,2 \pm 3,3 \%$) больных (у 8 больных возникло кровотечение в раннем послеоперационном периоде, у 9 — прогрессирование дыхательной недостаточности, у 8 — прогрессирование специфического процесса, у 10 — глубокое нагноение послеоперационной раны) ($p=0,018$, χ^2).

Применение ОТ позволило добиться прекращения бактериовыделения у 87 ($69,0 \pm 4,1 \%$) больных основной группы и 103 ($73,0 \pm 3,7 \%$) группы сравнения ($p=0,76$, χ^2). Закрытие полостей распада было достигнуто у 96 ($73,8 \pm 3,9 \%$) и 115 ($72,8 \pm 3,6 \%$) больных соответственно ($p=0,84$, χ^2).

Заключение. Таким образом, в основная группа была сложнее — в ней оказалось большее количество больных с прогрессированием туберкулеза и сохраняющимся бактериовыделением. При этом применение нового метода ОТ из минидоступа позволило достичь достаточно удовлетворительных результатов у самого сложного контингента больных во фтизиатрии — пациентов с распространенным ФКТ, таких как прекращение бактериовыделения и закрытия полостей распада. Кроме того, разработанный метод позволил снизить риск развития послеоперационных осложнений на 10,7 % и значительно уменьшить интраоперационную кровопотерю.

В. Й. Кресюн, В. В. Філюк, П. Б. Антоненко, К. К. Рогач, Ю. М. Даниленко, Г. В. Мозолевич **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ СЕРЕД ХВОРИХ З РІЗНИМ ГЕНОТИПОМ N-АЦЕТИЛТРАНСФЕРАЗИ 2**

*Одеський національний медичний університет
Одеський обласний протитуберкульозний диспансер*

Ариламін N-ацетилтрансферази (NATs) є унікальною групою ферментів, відіграють важливу роль у детоксикації лікарських засобів й активації канцерогенів, особливо це сто-

сується ізоферменту NAT2. Поліморфізм гену NAT2 визначають швидкий, помірний і повільний типи ацетилювання. З одного боку, генотип повільного NAT2 ацетилятора може бути важли-

вою детермінантою розвитку та клінічного перебігу деяких захворювань, з іншого боку, він має значення для швидкості інактивації й відповідно концентрації різних лікарських препаратів, включаючи протитуберкульозний препарат ізоніазид. Таким чином, визначення генотипу NAT2 може служити як допоміжний метод для покращення ефективності лікування й поліпшення прогнозування перебігу туберкульозу.

Матеріали й методи. Зразки крові були отримані від 141 хворих на туберкульоз легень, що вперше діагностовано, в Одеському обласному протитуберкульозному диспансері в 2012 р., з яких 65 (46,1 %) становили жінки, решта — 76 (53,9%) — складали чоловіки. Вік хворих становив від 18 до 73 років (середній вік — 35,9 років). ДНК матеріал був екстрагований з крові хворих на туберкульоз з використанням набору ДНК-сорбБ (АмпліСенс, Російська Федерація). Було досліджено NAT2 поліморфізм C > T 481 NAT2*5A, G > A 590 NAT2*6A, G > A 857 NAT2*7A/B. В середині 2013 р. був проведений аналіз перебігу захворювання в хворого на туберкульоз легень, в яких було досліджено генотип NAT2, за даними медичних карт.

Результати. Згідно генотипу NAT2 92 хворих мали генотип повільного ацетилювання (63,0 %), 48 і 6 хворих — генотип помірного й швидкого ацетилювання відповідно (32,9 % і 4,1 % відповідно). На початку лікування явища деструкції спостерігались дещо частіше в помірних і швидких ацетиляторів (52,2 % і 50,0 % відповідно), ніж у повільних ацетиляторів (40 %, $p > 0,05$). Також у швидких і помірних ацетиляторів на початку лікування дещо частіше спостерігались явища розпаду та обсіменіння

легеневої тканини (50 % в обох групах), ніж у повільних ацетиляторів (41,3 %, $p > 0,05$). Близько половини хворих в усіх трьох групах на момент початку лікування виділяли збудника туберкульозу за даними мікроскопії. Також при первинному дослідженні серед повільних ацетиляторів 4 пацієнти (4,3 %) мали моно-резистентні штами *M.tuberculosis* (МБТ) і 2 пацієнти — з первинною мультирезистентністю МБТ (2,2 %). Серед помірних ацетиляторів відразу 12,5 % хворих мали МБТ з первинною полірезистентністю, причому 8,3 % — мультирезистентні штами.

На момент виписки зі стаціонару 100 % повільних ацетиляторів і близько 96 % помірних/швидких ацетиляторів не виділяли МБТ за даними мікроскопії. Цікаво, що серед помірних/швидких ацетиляторів припинення бактеріовиділення за даними мікроскопії займало 60,1 днів, водночас у повільних ацетиляторів — 55,7 днів. За даними культурального методу незалежно від генотипу NAT2 близько 40 % хворих на туберкульоз виділяли МБТ на момент виписки зі стаціонару. Щодо резистентності штамів МБТ, то в швидких/помірних ацетиляторів на момент виписки 27,3 % становили резистентні штами, серед повільних ацетиляторів цей показник склав 18,2 %. Нарешті, в 29,2 % хворих, що належали до швидких/помірних ацетиляторів, туберкульоз, що було вперше діагностовано, перейшов до категорії мультирезистентного туберкульозу (МРТБ). Водночас, така конверсія мала місце лише в 15,0 % повільних ацетиляторів ($\chi^2 4,408$; $p = 0,036$). Таким чином, приналежність до швидких/помірних ацетиляторів збільшувала ризик розвитку мультирезистентного туберкульозу легень майже вдвічі.

К

Ж. И. Кривошеева, Г. Л. Гуревич, А. П. Астровко, Н. А. Емельянова, Н. С. Морозкина, П. С. Кривонос, Е. Л. Бобрукевич, Н. Ю. Николенко
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДИАСКИНТЕСТА В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Белорусский государственный медицинский университет РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии, Минск, Беларусь

Среди методов ранней диагностики туберкулезной инфекции у детей основным остается проба Манту с 2 ТЕ. Диагностическая роль пробы Манту ограничена сложностью дифференциальной диагностики с поствакцинальной аллергией, субъективной оценкой размера папулы и др. В республике с 2012 г. осуществлен переход к выборочной постановке ежегодных проб Манту у детей из групп риска по туберкулезу (ТБ), которые определены фтизиатрами совместно с педиатрами. Перераспределение ресурсов позволит применять широко новые тесты для ранней диагностики туберкулезной инфекции и избежать лишнего профилактического назначения противотуберкулезных препаратов детям.

На базе клиники РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии в 2012 г. проведены клинические исследования разработанного Российскими учеными нового препарата для скрининговой диагностики туберкулезной инфекции –Диаскинтеста (ДСТ). Создана электронная база данных проведенных 1908 проб. Проанализированы результаты ДСТ у 408 детей: 53 пациентов с активным туберкулезом, 20 — с клинически излеченным, 12 — с нетуберкулезными заболеваниями, 20 детей с осложнениями БЦЖ-вакцинации и 303 здоровых детей из различных групп риска по туберкулезу.

Пациенты с активным ТБ на разных стадиях химиотерапии реагировали положительной реакцией в 88,7 %, в начале лечения — в 94,0 % случаев. Четверо детей с легочным ТБ и 2 ребенка с туберкулезом периферических лимфоузлов имели отрицательную реакцию на ДСТ (11,3 %). В процессе химиотерапии произошло снижение реакции на ДСТ и ее реверсия в

отрицательную у 88,5 % детей. ДСТ был отрицательным в начале и через 3–4 месяца химиотерапии в 4 случаях (7,7 %), конверсия ДСТ из отрицательного в начале лечения в положительный произошла в 2 случаях (3,8 %). В случаях прогрессирующих форм ТБ реакция на ДСТ была более выраженной, чем на пробу Манту. Пациенты с клинически излеченным ТБ и положительной пробой Манту реагировали на ДСТ отрицательно в 65,0 % и положительно — в 35,0 % случаев. Причем, положительно реагировали в основном пациенты, не получавшие противотуберкулезных препаратов — со спонтанно излеченным туберкулезом.

Все дети с нетуберкулезными заболеваниями и БЦЖ-осложнениями, у которых проба Манту была положительной, имели отрицательную реакцию на ДСТ. Из побочных реакций на ДСТ отмечены 3 случая повышения температуры.

Анализ результатов теста у здоровых детей позволил сделать вывод, что частота положительных проб у детей из групп риска коррелирует со степенью риска развития ТБ, достоверно выше детей из тубконтакта и достигает максимума у детей из семейного тубконтакта с выраженной туберкулиновой реакцией.

Заключение. Кожная проба с препаратом Диаскинтест обладает высокой специфичностью (частота отрицательных реакций у детей с нетуберкулезными заболеваниями и БЦЖитами составила 100 %), высокой чувствительностью (частота положительных реакций у детей с нелеченным туберкулезом составила 94,0 %), безопасна для применения в детской практике — необычных реакций не наблюдалось. Внедрение в детскую фтизиатрическую практику теста позволит:

1. Покращити якість ранньої діагностики локальних форм туберкульозу та латентної туберкульозної інфекції, диференціальної діагностики ТБ і БЦЖ-осложнених, ТБ і нетуберкульозних захворювань.

2. Виявити групи найбільшого ризику розвитку ТБ серед здорових дітей і диференційовано підходити до назначе-

ню профілактичного лікування протитуберкульозними препаратами.

3. Визначати показання для превентивної хіміотерапії у дітей з імунологічними порушеннями (ВИЧ, трансплантація, до і після імуносупресивної терапії) і проводити моніторинг активності туберкульозної інфекції в процесі лікування.

М. М. Кушко, Д. О. Бутов, Г. Л. Степаненко, І. М. Калмикова, Т. Ф. Ковальова, Т. О. Рогачевська, В. П. Марченко

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ДИНАМІКИ ЦИТОКІНІВ У ХВОРИХ НА РЕЦИДИВ ТА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ПІД ВПЛИВОМ СТАНДАРТНОЇ ХІМІОТЕРАПІЇ

*ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ
Харківський національний медичний університет
Обласний протитуберкульозний диспансер №1, м. Харків*

Туберкульоз займає одну з провідних позицій серед найбільш розповсюджених інфекційних захворювань як у світі, так і в Україні. Проблема рецидивів туберкульозу органів дихання зберігає свою актуальність у зв'язку з тим, що частота виникнення реактивації туберкульозного процесу в хворих, які перенесли активний туберкульоз, остається стабільно високою. Дослідження в імунології туберкульозу набирають все більшої актуальності. Цитокіни перші з імунологічних показників реагують на вторгнення патологічних агентів в організм і диктують подальший розвиток запалення, але за літературними даними ми спостерігаємо досить суттєву різницю одних з основних цитокінів (інтерлейкіни ІЛ-2, ІЛ-4 та інтерферон- γ (ІНФ- γ)) при туберкульозі: деякі автори відзначають зменшення приведених вище цитокінів, а інші навпаки, збільшення одного й того ж показника.

Важливість проблеми та суперечливість нечисленних публікацій з даного питання стало підставою для проведення цього дослідження. Таким чином, метою нашого дослідження було вивчення особливостей змін динаміки цитокінів у хворих на рецидив та вперше діагностований туберкульоз легень під впливом стандартної хіміотерапії.

Матеріали та методи. Під спостереженням було 250 хворих на туберкульоз, з них: 100 хворих на рецидив туберкульозу легень (І група), 150 хворих на вперше діагностований туберкульоз легень (ІІ група) та 30 відносно здорових донорів (ІІІ група) у віці від 20 до 70 років. У всіх хворих спостерігався інфільтративний туберкульоз легень. Рівень ІЛ-2, ІЛ-4 та ІНФ- γ у сироватці венозної крові вимірювалися імуноферментним способом з використанням набору для імуноферментного дослідження фірми «Вектор-Бест», (Росія).

Отримані результати. При госпіталізації у хворих І групи спостерігалось вірогідне підвищення ІЛ-2 ($39,44 \pm 0,71$) пг/л, ІІ групи — ($35,34 \pm 0,71$) пг/л; ІНФ- γ — І групи ($106,20 \pm 0,67$) пг/л, ІІ

групи ($103,40 \pm 0,86$) пг/л і зниження ІЛ-4 у І групі ($9,55 \pm 0,24$) пг/л, ІІ групі ($10,83 \pm 0,36$) пг/л при зіставленні з відносно здоровими (ІІІ група) ІЛ-2 ($21,60 \pm 0,80$) пг/л, ІНФ- γ ($63,82 \pm 2,27$) пг/л і ІЛ-4 ($29,99 \pm 1,27$) пг/л, ($p < 0,05$). Після проведеної двохмісячної стандартної терапії стан цитокінів у хворих туберкульозом вірогідно змінився, так ІЛ-2 у І групі ($29,59 \pm 0,55$) пг/л, ІІ групі ($27,06 \pm 0,93$) пг/л; ІНФ- γ І групі ($71,14 \pm 1,21$) пг/л, ІІ групі ($65,76 \pm 1,21$) пг/л і підвищився ІЛ-4 у І групі ($16,68 \pm 0,44$) пг/л, ІІ групі ($21,07 \pm 0,49$) пг/л при зіставленні з показниками до лікування та через два місяці, ($p < 0,05$). При зіставленні показників приведених вище цитокінів І та ІІ групи ми спостерігали вірогідну різницю ($p < 0,05$) як до лікування, так і через 2 місяці застосованої хіміотерапії.

Висновки. У хворих на туберкульоз легень спостерігалось вірогідне підвищення ІЛ-2, ІНФ- γ та зниження ІЛ-4 у зрівнянні з відносно здоровими донорами. Стандартна хіміотерапія в хворих на туберкульоз легень забезпечує вірогідне зниження ІЛ-2, ІНФ- γ та підвищення ІЛ-4 впродовж двох місяців лікування. Відзначається досить вірогідна різниця приведених вище показників між хворими на рецидив та вперше діагностований туберкульоз легень як до проведення стандартної хіміотерапії, так і після двох місяців антимікобактеріальної терапії.

Крім цього, отримані результати дослідження дають змогу оцінити динаміку імунологічних показників у лікуванні хворих на туберкульоз легень за рахунок вимірювання приведених цитокінів, а саме описання характеристики субпопуляції Th за рахунок виробітки тих чи інших цитокінів, згідно літературних даних. Так, на початку лікування секреторна активність та кількість Th1 була підвищена, а Th2 знижена, про що свідчить вірогідне підвищення ІЛ-2, ІНФ- γ та зниження ІЛ-4 у зрівнянні з відносно здоровими. Після проведеної хіміотерапії впродовж двох місяців секреторна активність та кількість Th1 була знижена, а Th2 підвищена, про що свідчить вірогідне зниження ІЛ-2, ІНФ- γ та підвищення ІЛ-4 впродовж двох місяців лікування.

М. М. Кушко, Л. М. Процик, Н. М. Гульчук, О. М. Старкова, О. В. Аврамчук ВПЛИВ МЕДИЧНИХ ТА СОЦІАЛЬНИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ НА РОЗВИТОК РАНИХ ТА ПІЗНИХ РЕЦИДИВІВ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ

З метою вивчення впливу різних факторів ризику на розвиток раних та пізніх рецидивів туберкульозу органів дихання (РТ) проаналізовано архівні історії хвороб 107 пацієнтів на вперше діагностований туберкульоз легень (ВДТБ). Всі хворі

завершили основний курс протитуберкульозної терапії тривалістю від 6 до 24 місяців. У подальшому в них було діагностовано РТ у терміни від 2 до 7 років. Дані пацієнти увійшли до І групи. В залежності від термінів виникнення РТ хворі були роз-

поділені на дві підгрупи: ІА (49 осіб) — РТ діагностовано в перші 3 роки (ранній рецидив) і ІБ (58 осіб) — РТ виявлений після зняття пацієнта із диспансерного обліку (пізній рецидив). Вплив різних факторів ризику порівнювалися із 118 пацієнтами (ІІ група), в яких після завершення терапії протягом 5-ти років РТ не спостерігалось. Робота виконана за кошти держбюджету.

У хворих, в яких у подальшому розвинувся РТ, вірогідно менше зустрічалися МБТ із збереженою чутливістю до протитуберкульозних препаратів — у 51 (68,0 ± 5,4) % випадках, у порівнянні з хворими, в яких повторного захворювання на туберкульоз у подальшому не було — 72 (82,8 ± 4,0) % осіб, $p < 0,05$. У ІІ групі пацієнтів та в хворих із пізніми РТ корекція хіміотерапії була проведена у ранні терміни після отримання ТМЧ — у 14 (93,3 ± 6,4) % і у 7 (87,5 ± 11,7) % випадків через 4 місяці лікування в порівнянні з пацієнтами ІА — 9 (56,3 ± 12,4) %, $p_{I\text{A-II}} < 0,05$.

Великі залишкові зміни після вилікуваного туберкульозу вірогідно частіше призводило до виникнення РТ у перші 3 роки спостереження — у 28 (57,1 ± 7,1) % хворих ІА групи у порівнянні із 30 (25,4 ± 4,0) % — ІІ групи, $p_{I\text{A-II}} < 0,05$. Різноманітні порушення режиму специфічної терапії було відзначено в 18 (36,7 ± 6,9) % хворих ІА групи, у 13 (22,4 ± 5,5) % — ІБ та в 19 (16,1 ± 3,4) % — ІІ групи, $p_{I\text{A-II}} < 0,05$.

Серед пацієнтів, в яких діагностували ранній РТ, супутня патологія була діагностована менше — у 18 (42,1 ± 4,8) % осіб, у порівнянні з пацієнтами, в яких у подальшому виник пізній РТ — у 37 (63,8 ± 6,3) % ($p < 0,05$). Кількість інтеркурентних захворювань виявилася вірогідно більшою в групі хворих з подальшим розвитком раннього РТ — у 20 (40,8 ± 7,0) % і 21 (17,8 ± 3,5) % випадків, $p_{I\text{A-II}} < 0,05$.

Після завершення основного курсу хіміотерапії протире-

цидивні курси були призначені 77 (34,2 %) пацієнтів, їх проведення не призвело до зменшення кількості РТ, як у перші роки після завершення терапії, так й у більш пізні терміни.

На виникнення ранніх та пізніх РТ впливають різні соціальні фактори, що має велике значення для розробки профілактичних заходів. Такі соціальні фактори, як незадовільні житлові умови, які зустрічалися в 10 (20,4 ± 5,8) %, 8 (13,8 ± 4,5) %, 22 (18,6 ± 3,6) % хворих ($p > 0,05$), дохід нижче прожиткового мінімуму — в 5 (10,2 ± 4,3) %, 7 (12,1 ± 4,3) %, 23 (19,5 ± 3,6) % осіб ($p > 0,05$), сімейна невлаштованість — у 10 (20,4 ± 5,8) %, 6 (10,3 ± 4,0) %, 22 (18,6 ± 3,6) % пацієнтів ($p > 0,05$), перебування в місцях позбавлення волі — в 5 (10,2 ± 4,3) %, 6 (10,3 ± 4,0) %, 9 (7,6 ± 2,4) % хворих в усіх досліджуваних групах ($p > 0,05$) не впливали на збільшення кількості РТ.

На виникнення пізніх РТ впливали такі соціальні фактори як контакт із хворими на туберкульоз, який був відмічений у 16 (27,6 ± 5,9) % хворих, та зловживання алкоголем — у 19 (32,8 ± 6,2) % хворих, у порівнянні з групою хворих, в яких РТ не був відмічений — у 13 (11,0 ± 2,9) % і 15 (12,7 ± 3,1) % пацієнтів відповідно, $p_{I\text{B-II}} < 0,05$. На виникнення РТ у ранні терміни із соціальних факторів вірогідно значимою була лише відсутність постійної роботи — (44,9 ± 7,1) % осіб, у порівнянні з контрольною групою — (16,1 ± 3,4) % осіб, $p_{I\text{A-II}} < 0,05$.

Висновки. Найбільшу роль у виникненні ранніх РТ відіграють медичні фактори ризику: первинна резистентність МБТ, великі залишкові зміни в легенях, неадекватна хіміотерапія в інтенсивну фазу лікування, перерви в лікуванні, інтеркурентні захворювання. Найбільшу роль у виникненні пізніх РТ відіграють соціальні фактори ризику (контакт із хворими на туберкульоз, зловживання алкоголем), значно менше медичні фактори (важка супутня патологія).

М. М. Кужко, Л. М. Процик, Н. М. Гульчук, Д. О. Бутов, О. В. Аврамчук УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОГНОЗУВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РЕЦИДИВИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ
Харківський національний медичний університет

З метою оцінки прогнозування ефективності лікування було обстежено 97 пацієнтів із рецидивами туберкульозу легень. У всіх хворих специфічний процес у легенях характеризувався наявністю порожнин розпаду й супроводжувався мікобактеріовиділенням, пацієнти із мультирезистентним туберкульозом із дослідження виключалися. Перед початком лікування та після завершення інтенсивної фази (через 3 місяці) всім пацієнтам було проведено імунологічне дослідження кількісного вмісту різних субпопуляцій лімфоцитів (CD3+, CD4+, CD8+, CD16+ та CD19+) із застосуванням методу імунофлюоресценції з моноклональними антитілами. Робота виконана за кошти держбюджету.

При аналізі отриманих даних було відзначено, що у 43 (44,3 %) хворих (І група) після завершення інтенсивної фази лікування відбулося достовірне збільшення всіх показників: CD3+ із 0,925 ± 0,043 до 1,050 ± 0,045, CD4+ із 0,741 ± 0,061 до 0,922 ± 0,065, CD8+ із 0,531 ± 0,021 до 0,609 ± 0,031, CD16+ із 0,341 ± 0,019 до 0,392 ± 0,015, CD19+ із 0,299 ± 0,018 до 0,353 ± 0,020 ($p < 0,05$), а в іншій частині пацієнтів — 54 (55,7 %) осіб (ІІ група) достовірної динаміки не спостерігалось: CD3+ із 0,811 ± 0,049 до 0,901 ± 0,051, CD4+ із 0,682 ± 0,064 до 0,731 ± 0,069, CD8+ із 0,477 ± 0,039 до 0,501 ± 0,044, CD16+ із 0,361 ± 0,024 до 0,339 ± 0,021, CD19+ із 0,265 ± 0,019 до 0,281 ± 0,021 ($p > 0,05$).

Пацієнти, в яких не відбулося достовірного збільшення зазначених показників, методом підбору пар були розподілені

на дві групи: І група (27 осіб) продовжувала інтенсивну фазу лікування ще протягом 2-х місяців, ІІ група (27 осіб) переходила на підтримуючу фазу хіміотерапії. У динаміці оцінювали припинення бактеріовиділення, регресію вогнищево-інфільтративних змін та загонення порожнин розпаду в легенях та загальну тривалість протитуберкульозної хіміотерапії.

Через 3 міс. лікування мікобактеріовиділення не визначалося в 14 (51,8 ± 9,6) % і 12 (44,4 ± 9,6) % пацієнтів ($p > 0,05$), через 5 міс. — у 25 (92,6 ± 5,0) % і 18 (66,7 ± 9,1) % хворих ($p < 0,05$), через 8 міс. — у 27 (100 %) і 24 (88,9 ± 6,0) % пацієнтів у І і ІІ групах відповідно ($p > 0,05$). Після 5-ти місяців терапії наступило повне розсмоктування або ущільнення патологічних змін у легенях — у 19 (70,4 ± 8,8) % осіб І групи у порівнянні із 11 (40,7 ± 9,5) % — у ІІ ($p < 0,05$). Рубцювання каверн у легенях через 3 міс. лікування спостерігали в 5 (18,5 ± 7,5) % і 3 (11,1 ± 6,0) % хворих ($p > 0,05$), через 5 міс. хіміотерапії — в 17 (63,0 ± 9,3) % і 11 (37,0 ± 9,3) % пацієнтів ($p > 0,05$), після 8 міс. терапії — у 23 (85,2 ± 6,8) % і 18 (66,6 ± 9,1) % осіб ($p < 0,05$).

Прогностичну цінність запропонованого показника підтверджують і терміни зникнення клінічної симптоматики: припинення мікобактеріовиділення наступило за (3,3 ± 0,3) місяці в пацієнтів І групи в порівнянні із (5,1 ± 0,4) міс. — ІІ групи ($p < 0,05$), розсмоктування та ущільнення вогнищево-інфільтративних змін у легенях за (5,3 ± 0,3) місяців і (6,9 ± 0,3) міс. ($p < 0,05$), загонення порожнин розпаду в легенях за (5,0 ±

0,4) міс. і $(6,5 \pm 0,3)$ міс. ($p < 0,05$), тривалість стаціонарного лікування була $(5,2 \pm 0,4)$ місяці й $(6,7 \pm 0,3)$ місяці в пацієнтів I і II груп відповідно ($p < 0,05$).

Таким чином, запропонований спосіб прогнозування ефективності лікування дозволяє за рахунок визначення кількісного вмісту різних субпопуляцій лімфоцитів (CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD19+) поряд із рентгенобстеженням органів грудної клітки та дослідженням харкотиння (мікроскопія мазка та культуральне дослідження) на початку та наприкінці інтен-

сивної фази протитуберкульозної терапії, підвищити точність прогнозування ефективності лікування рецидивів специфічного процесу, що дозволяє вчасно призначати індивідуалізовані режими терапії в ранні терміни й тим самим підвищити ефективність лікування за рахунок підвищення частоти припинення мікобактеріовиділення — на 11,1 %, розсмоктування та ущільнення вогнищево-інфільтративних змін — на 18,5 %, загоєння порожнин розпаду в легенях — на 18,6 %, зменшення загальної тривалості лікування — на $(1,5 \pm 0,4)$ місяці.

М. М. Кушко, Л. М. Процик, Н. М. Гульчук, О. В. Аврамчук ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ РЕЦИДИВІВ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ

З метою вивчення особливостей клінічної картини рецидивів туберкульозу легень (РТБ) порівнювалися суб'єктивні та об'єктивні клініко-лабораторні, інструментальні методи дослідження 58 пацієнтів при вперше виявленому туберкульозі легень (ВДТБ) та його РТБ. Робота виконана за кошти держбюджету.

Із 58 хворих на РТБ переважну частину склали пацієнти чоловічої статі — 42 (72,4 %) осіб, майже в 3 рази менше було жіночої статі — 16 (27,6 %). Більша частина пацієнтів, як при ВДТБ так і при його рецидиві, була в молодому, працездатному віці 20–40 років — 41 $(70,7 \pm 6,0)$ % і 44 $(75,9 \pm 5,6)$ % осіб відповідно. Середній вік хворих при ВДТБ склав $(29,3 \pm 3,4)$ років, хворих із повторним захворюванням на туберкульоз — $(32,7 \pm 3,9)$ років.

При захворюванні на туберкульоз вперше, у пацієнтів найбільш часто зустрічалася інфільтративна форма — в 21 $(36,2 \pm 6,3)$ % випадках, а також дуже часто діагностували вогнищевий туберкульоз та ексудативний плеврит — у 13 $(22,4 \pm 5,5)$ % і 6 $(10,3 \pm 4,0)$ % осіб відповідно. Дані клінічні форми в 69 % у подальшому призводили до виникнення РТБ і можуть вважатися одним із факторів ризику.

При РТБ майже в двічі частіше зустрічалася важкі форми туберкульозу — інфільтративна в 37 $(63,8 \pm 6,3)$ % хворих, $p < 0,05$, дисемінована в 16 $(27,6 \pm 4,2)$ % випадків, $p > 0,05$; вірогідно менше зустрічалися малі форми специфічного процесу — вогнищева в 2 $(3,4 \pm 2,4)$ % хворих, $p < 0,05$.

У більшості хворих із РТБ діагностували порожнини розпаду в легенях — 51 $(87,9)$ % випадках, і майже в усіх 50 $(86,2)$ % із них виявили мікобактеріовиділення. Значно менше таких пацієнтів було при ВДТБ: деструктивні форми зустрічалися лише в 28 $(48,3)$ %, $p < 0,05$, хворих, мікобактеріовиділення в 30 $(51,7)$ %, $p < 0,05$, пацієнтів, що свідчить про більш важкий характер перебігу при повторному захворюванні на туберкульоз легень.

За тестом медикаментозної чутливості лише в 8 $(13,8 \pm 4,5)$ % хворих при ВДТБ визначалася резистентність МБТ, і тільки в

3 $(5,2 \pm 2,9)$ % пацієнтів була встановлена мультирезистентність МБТ. У тих же самих пацієнтів при РТБ, резистентність МБТ визначалася майже у 4 рази частіше — в 32 $(52,5 \pm 6,5)$ % випадках ($p < 0,05$).

Різноманітна супутня патологія була діагностована в 16 $(27,6 \pm 5,9)$ % пацієнтів при ВДТБ і в 21 $(36,2 \pm 5,3)$ % — при РТБ ($p > 0,05$).

Суб'єктивні симптоми мали місце в обох групах хворих, але більш вираженими вони були при РТБ, ніж коли специфічний процес було діагностовано вперше. Так, втомлюваність відзначали 54 $(93,1 \pm 3,2)$ % пацієнтів при РТБ і 39 $(67,2 \pm 6,2)$ % при ВДТБ, схуднення — 27 $(46,6 \pm 6,5)$ % і 16 $(27,6 \pm 5,9)$ % пацієнтів, кашель — 46 $(79,3 \pm 5,3)$ % і 35 $(60,3 \pm 6,4)$ % осіб, задишку — 27 $(46,6 \pm 6,5)$ % і 19 $(32,8 \pm 6,2)$ % хворих відповідно при РТБ та ВДТБ, $p < 0,05$.

Частота об'єктивних клінічних симптомів при РТБ також була вищою, ніж при ВДТБ. Підвищення температури тіла відзначали 25 $(43,1 \pm 5,0)$ % хворих при ВДТБ і 40 $(69,0 \pm 6,1)$ % пацієнтів при РТБ, $p < 0,05$. При проведенні перкусії легень достовірних відмінностей при ВДТБ та його рецидиві виявлено не було. Вислуховування РТБ не відобразилося на аускультативній картині. При аускультативній переважним типом дихання в хворих було везикулярне дихання — у 39 $(67,2 \pm 6,2)$ % і 38 $(65,5 \pm 6,2)$ % випадків відповідно, $p > 0,05$. Кількість сухих і вологих хрипів залежала від клінічної форми туберкульозу — в основному їх вислуховували у хворих при РТБ: сухі хрипи в 10 $(17,2 \pm 5,0)$ % і 12 $(20,7 \pm 5,3)$ % ($p > 0,05$), вологі хрипи — у 8 $(13,8 \pm 4,5)$ % і 17 $(29,3 \pm 6,0)$ % пацієнтів відповідно ($p < 0,05$).

Висновки: особливістю клінічного перебігу РТБ є більш важка клінічна картина з наявністю вираженого кашлю з виділенням харкотиння слизово-гнійного характеру, задишки, підвищення температури тіла, вологих хрипів у легенях, супроводжується більш частими деструктивними змінами в легенях та резистентністю МБТ у половині випадків.

П. В. Кузик

ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРИЧИН СМЕРТІ ТА ЯКОСТІ КЛІНІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ У ЛЬВІВСЬКОМУ РЕГІОНАЛЬНОМУ ФТИЗІОПУЛЬМОНОЛОГІЧНОМУ ЦЕНТРІ У 2010-2012 рр.

Львівське обласне патологоанатомічне бюро, м. Львів

Проаналізовано історії хвороб і протоколи патологоанатомічних досліджень пацієнтів, померлих у Львівському регіональному фтизіопульмонологічному центрі (ЛРФПЦ) протягом трьох років (2010–2012). За цей період часу в стаціонарі померло 682 пацієнти: 680 дорослих і двоє дітей. Спостерігалась тенденція до

збільшення кількості померлих: у 2010 році померло 210 хворих, у 2011 — 230, у 2012 — 242. Згідно чинних нормативно-правових документів патологоанатомічному дослідженню підлягало 673 померлих. У патологоанатомічній лабораторії при ЛРФПЦ було проведено посмертне дослідження усіх 673 померлих, які під-

лягали патологоанатомічному розтину. 9 пацієнтів скеровано на судово-медичний розтин (ці випадки не включені в дане дослідження). Таким чином, без розтину не було видано ні одного пацієнта, померлого у ЛРФПЦ.

При посмертному патоморфологічному дослідженні туберкульоз (ТБ) виявлено в 335 померлих (49,8 %). У 302 випадках (44,9 %) він був причиною смерті: у 290 спостереженнях (43,1 %) — основною причиною смерті, у 12 (1,8 %) — другою основною патологією в бікаузальному генезі смерті. У 33 хворих (4,9%) ТБ був супутнім захворюванням і не вплинув на танатогенез. Серед морфологічних форм ТБ домінували: фіброзно-кавернозний ТБ легень — 117 (38,7 %) випадків та дисемінований ТБ легень — 75 (24,8 %).

Померлих пацієнтів із ВІЛ-інфекцією було 157 (23,3 %). Серед них 154 хворих (22,8 %) померли від вторинних захворювань й опортуністичних інфекцій внаслідок важкого набутого імунodefіциту (ТБ, пневмоцистна пневмонія, токсоплазмоз головного мозку та інші). Троє ВІЛ-інфікованих пацієнтів померло від інших причин: двоє — від гострого панкреатиту, один — від грипу А. Ко-інфекцію ВІЛ/ТБ встановлено в 108 випадках (16,1 %).

Іншими причинами смерті були: хвороби органів дихання — 72 (10,7 %) спостереження, злоякісні пухлини — 64 (9,5 %), хвороби органів кровообігу — 56 (8,3 %), хвороби органів травлення — 23 (3,4 %), хвороби ендокринної системи — 3 (0,5 %), хвороби крові, кровотворних органів та окремі порушення з залученням імунного механізму, патологія сечостатевої системи, хронічний алкоголізм, інші інфекційні хвороби — по 2

випадки (по 0,3 %); ревматоїдний артрит, синдром Лайєла, вроджена кістозна мальформація бронхів — по одному (по 0,2 %). В структурі хвороб органів дихання найчастіше спостерігались: пневмонії — 49 випадків (7,2 %), інтерстиційні захворювання легень — 8 (1,2 %), ХОЗЛ — 7 (1,0 %), грип — 6 (0,9 %). Серед злоякісних пухлин домінував рак легень — 34 випадки (5,1 %), серед серцево-судинних захворювань — інфаркт міокарда (17 спостережень, 2,5 %), серед патологій органів травлення — цироз печінки (12 випадків, 1,8 %).

За результатами посмертного патоморфологічного дослідження й клініко-морфологічних співставлень розбіжність між заключним клінічним і патологоанатомічним діагнозами за основним захворюванням встановлено в 104 випадках (15,5 %). Розбіжність I категорії була у 20 випадках (19,2 %), II категорії — в 81 (77,9 %), III — у 3 (2,9 %). Розбіжність діагнозів за нозологічним принципом виявлено у 48 спостереженнях (46,2 %), за формулюванням — у 40 (38,5%), за комбінованим основним захворюванням — у 9 (8,7 %), за локалізацією патологічного процесу — в 6 (5,8 %), за етіологією — в одному. Найчастішими першопричинами смерті — нозологічними одиницями, які прижиттєво не діагностовані в ЛРФПЦ були: пневмонія — 6 випадків; ембологенний флеботромбоз нижніх кінцівок — 5; ВІЛ-інфекція і інфаркт міокарда — по 4; рак легень — 3. Розбіжність діагнозів за смертельними ускладненнями констатовано в 7 померлих (1,8 %).

Таким чином, найчастішими причинами смерті померлих у ЛРФПЦ були: ТБ (44,9 %), вторинні захворювання й опортуністичні інфекції внаслідок важкого набутого імунodefіциту при ВІЛ-інфекції (22,8 %), пневмонії (7,2 %) та рак легень (5,1 %).

K

М. О. Кулинич-Міський, М. М. Островський, Г. З. Корж, А. Б. Зубань, І. М. Кострицька МОНІТОРИНГ РІВНІВ ІЛ-4 У БРОНХО-АЛЬВЕОЛЯРНОМУ ВМІСТІ В ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ.

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет",

Хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ) — проблема, яка стрімко та глобально зростає в усьому світі, у зв'язку з чим поглиблення знань патогенезу аспектів становлення, прогностування та лікування даної недуги є вкрай актуальним.

Метою дослідження є оцінка динаміки ІЛ-4 в бронхо-альвеолярному вмісті при лікуванні ХОЗЛ II стадії із використанням препарату тіотропіуму броміду (Спірива® "Берінгер Інгельхайм")

Матеріал та методи. Обстежено 60 хворих на ХОЗЛ II стадії. 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 — 41 хворий, котрі додатково отримували препарат тіотропію бромід: інгаляційно 18 мкг, 1 раз на добу, курсом 30 днів. III-я група — 19 хворих, 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 бронхо-альвеолярний змив, який отримували при

проведенні фібробронхоскопії. Вміст ІЛ-4 досліджували в бронхо-альвеолярній рідині методом імуноферментного аналізу на аналізаторі "StatFax 303 Plus" за допомогою реагентів "ПроКон" (ТЗОВ "Протеїновий контур", Росія).

Результати. Дослідження показало, що у бронхо-альвеолярному змиві хворих на ХОЗЛ II наявне зниження рівня ІЛ-4 до ($2,99 \pm 0,21$) пг/мл ($p < 0,05$), порівняно із даними у ПЗО — ($9,29 \pm 0,23$) пг/мл. На 30 добу вміст ІЛ-4 у бронхо-альвеолярній рідині хворих I групи збільшився лише в 1,29 рази. Детекція показників ІЛ-4 в II групі хворих на ХОЗЛ II стадії на 30 добу використання препарату тіотропію броміду показала збільшення його вмісту від вихідних значень до ($6,29 \pm 0,39$) пг/мл ($p > 0,05$). Максимально сприятливою була динаміка рівнів ІЛ-4 бронхо-альвеолярного вмісту в осіб III групи. На момент завершення спостереження склала ($8,14 \pm 0,42$) пг/мл ($p < 0,05$).

Висновки. Призначення препарату тіотропіуму броміду поряд із позитивною клінічною динамікою забезпечує більш якісно повноцінне відновлення рівня ІЛ-4 у бронхо-альвеолярному вмісті у хворих на ХОЗЛ II стадії, яке корелює із тривалістю прийому препарату.

А. Э. Кшановский, В. И. Клименко

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТОЗНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЛЕГКИХ С АОРТАЛЬНЫМ КРОВΟΣНАБЖЕНИЕМ

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

Кистозная гипоплазия легких с аортальным кровоснабжением (КГЛАК) — это редкий врожденный порок развития при котором часть легочной ткани развивается отдельно от трахеобронхиального дерева и получает кровь из системного кровотока.

Цель исследования: определить эффективность хирургического метода лечения кистозной гипоплазии легких с аортальным кровоснабжением.

Материалы и методы. За последние 50 лет в нашем институте было прооперировано 27 больных с КГЛАК, что составило 0,57 % от всех вмешательств на легких за данный промежуток времени. Среди них мужчин было 14 (51,85 %), женщин 13 (48,15 %). Среди пациентов было 8 (29,63 %) взрослых (возраст 20–60 лет) и 19 (70,37 %) детей в возрасте от 3 до 16 лет. 12 (44,44 %) больных длительно лечились в противотуберкулезных учреждениях антимикобактериальными препаратами, 9 (33,33 %) находились в терапевтическом отделении по поводу рецидивирующей пневмонии. У 6 (22,22 %) пациентов было обнаружено затемнение в легких на рентгенограмме при профилактическом осмотре. Из 27 больных перед операцией только у 7 (25,93 %) лиц был поставлен диагноз кистозная гипоплазия с аортальным кровоснабжением (после проведения аортографии), у 9 (33,33 %) рентгенологически была заподозрена КГЛАК, а у 11 (40,74 %) заболевание трактовалось как нагноительный процесс (нагноение кисты, абсцесс легкого, бронхоэктазы). У 15 (55,56 %) больных патологический процесс локализовался в нижней доле левого легкого, у 9 (33,33 %) —

в нижней доле правого легкого, и у 3 (11,11 %) больных была обнаружена внедолевая КГЛАК справа (2 (7,41 %) случая в косой междолевой борозде и 1 (3,70 %) — над диафрагмой в плевральной полости).

Результаты. Из 27 больных у 17 (62,96 %) лиц была произведена нижняя лобэктомия: слева — 10 (37,04 %), справа — 7 (25,93 %). У 4 (14,81 %) лиц было выполнено удаление пирамиды нижней доли слева, у 1 (3,70 %) — клиновидная резекция S₁₀ справа, и еще у одного (3,70 %) — резекция S₈₉ слева. Пульмонэктомия была выполнена у одного пациента (3,70 %). У 3 (11,11 %) больных была удалена внедолевая КГЛАК справа.

Эффективность хирургического лечения составила 100,0 %. В 23 (85,19 %) случаях операция прошла без интраоперационных осложнений, в 4 (14,81 %) наблюдениях во время оперативного вмешательства возникло кровотечение, которое было успешно остановлено. У 2 (7,41 %) больных в послеоперационный период наблюдалось недоросправление легкого, которое консервативным путем было ликвидировано.

Выводы: 1. При кистозной гипоплазии легких с аортальным кровоснабжением показано радикальное хирургическое вмешательство.

2. Эффективность хирургического лечения в нашей клинике составила 100,0 %. Уровень интраоперационных осложнений — 14,81 %, послеоперационных — 7,41 %.

3. Всегда нужно помнить о вероятности кровотечения и быть готовым к его ликвидации.

І. О. Лаврінчук, Ж. О. Малік

ПРЕПАРАТ РЕОСОРБІЛАКТ: ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ НА СТАЦІОНАРНОМУ ЕТАПІ

*ДЗ «Луганський державний медичний університет»
Луганська МБЛ № 8*

Вступ. Негоспітальна пневмонія (НП) займає одне з провідних місць в структурі захворюваності та смертності населення, в тому числі серед осіб працездатного віку (по даним ВООЗ). Захворюваність НП складає до 40 випадків на 1000 населення. До 60 % з числа хворих госпіталізується. 10 % з числа госпіталізованих надходять у відділення інтенсивної терапії (ВІТ). Летальність від НП у відділеннях загального профілю складає 8–10 %, у ВІТ — 28 %.

Однією з причин прогресування запального процесу в бронхах і легенях та змін імунної активності є порушення кислотно-основного балансу й, як його прояв — респіраторний ацидоз. Останній обтяжує перебіг захворювання збільшенням тканинної гіпоксії, інактивацією ряду ферментів, порушеннями гемодинаміки, метаболічною активацією симпатико-адреналової системи.

Фармакологічні властивості. Реосорбілакт — комбінований препарат на основі шестиатомного спирту сорбітолу, що є збалансованим по іонному складу та містить буфер та енергоносії. Реосорбілакт відноситься до кристалоїдних плазмозамінників та є одним з найбільш ефективних препаратів для усунення метаболічного та респіраторного ацидозу, надає реологічну, протишокову, дезінтоксикаційну дію. Основні фармакологічні активні речовини — сорбітол і натрію лактат. При введенні в судинне русло із натрію лактату вивільняються Na, CO₂ і H₂O, утворюючи гідрокарбонат натрію, який призводить до збільшення лужного резерву крові. Сорбітол швидко включається в метаболізм, 80–90% його утилізується в печінці, де сорбітол перетворюється на фруктозу, яка у подальшому трансформується в глюкозу, а потім накопичується в вигляді глікогену.

Мета роботи. Дослідити клінічну ефективність застосування препарату Реосорбілакт у хворих на НП III клінічної групи в умовах стаціонарного етапу лікування.

Матеріали і методи дослідження. Обстежений 91 пацієнт, хворий на НП III клінічної групи, які перебували на стаціонарному лікуванні в терапевтичному відділенні Луганської МБЛ №8. Всі хворі були довільно розділені на 2 групи. Пацієнти I групи (47 хворих) у доповнення до стандартної терапії отримували препарат Реосорбілакт з першої години від початку лікування внутрішньовенно крапельно 1 р/д із розрахунку 6 мл на 1 кг маси пацієнта протягом 3–5 днів. II група (44 пацієнти) була порівняльною. У всіх хворих на початку захворювання відзначалися інтоксикаційний, респіраторний, астено-невротичний синдроми. Клініко-лабораторні, рентгенологічні, респіраторні та гемодинамічні параметри хворих оцінювалися до початку

лікування, по закінченні стаціонарного лікування (в середньому через 14–15 днів) і порівнювалися між двома групами.

Результати. У хворих основної групи нормалізація температури тіла відбувалася в середньому на $(1,4 \pm 0,3)$ днів раніше, ніж у хворих з групи порівняння. Прояви астено-невротичного синдрому зникали в середньому на $(2,6 \pm 0,2)$ днів раніше. Середній термін госпіталізації у хворих з основної групи становив $(13,4 \pm 2,1)$ днів, у хворих з групи порівняння — $(14,3 \pm 1,1)$ днів.

Висновок. За результатами дослідження, що проведено, включення препарату Реосорбілакт в комплексне лікування пацієнтів з НП III клінічної групи значно оптимізує лікування на стаціонарному етапі, є ефективним при НП різної етіології як дезінтоксикаційний та протиацидотичний засіб і прискорює досягнення пацієнтами реконвалесценції.

В. Ф. Лапшин, Т. Р. Уманець

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЗАСТОСУВАННЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЇ ТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

Державна установа «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», м. Київ

На сучасному етапі інгаляційна терапія набула якісно новий рівень, що пов'язано з створенням інгаляторів останнього покоління, таких як небулайзери. Завдяки оптимальним параметрам аерозолі, особливостям їх застосування, небулайзери мають ряд переваг перед іншими видами пристроїв доставки лікарських засобів, а саме: відсутність необхідності синхронізації вдиху та інгаляції, можливість інгаляції високих доз препарату, невелика фракція препаратів, що осідає в порожнині рота; відсутність пропелентів, що подразнюють дихальні шляхи; можливість включення у контур подачі кисню і штучної вентиляції легень; простота техніки і комфортність для хворих незалежно від їх віку та стану. Добре зарекомендували себе в педіатричній практиці вітчизняні компресорні небулайзери ТОВ «ЮРІЯ-ФАРМ», Україна (Юлайзер Про, Юлайзер Хоум, Юлайзер Фест Ейд).

Згідно сучасним рекомендаціям небулайзерна терапія використовується для ліквідації гострого приступу або загострення БА, базисної терапії персистуючої, нестабільної та сте-

роїдозалежної форми, муколітичної терапії.

Особливостями використання небулайзерної терапії дітям з загостренням БА є: застосування β_2 -агоністів короткої дії (переважно небулізованого салбутамолу - 0,15 мг/кг (не більш 5 мг одноразово)) на до госпітального та госпітального етапах надання невідкладної допомоги; при відсутності позитивної відповіді - призначення β_2 -агоністів короткої дії з антихолінергічним препаратом; раннє призначення небулізованих форм інгаляційних глюкокортикостероїдів (ГКС). При цьому лікувальний ефект інгаляційних ГКС починається швидше (через 1,5–3 години) за рахунок прямого впливу на слизову оболонку бронхіального дерева.

Досвід застосування раннього призначення небулізованої бронхолітичної та протизапальної терапії у дітей з загостренням БА свідчить про її високу ефективність. Це дозволяє прискорити темпи зворотного розвитку загострення захворювання, скоротити термін стаціонарного лікування, знизити потребу у застосуванні системних глюкокортикостероїдів в 1,6 рази.

Ж. А. Лаушкина, А. Г. Чередниченко

ОЦЕНКА РОЛИ ТЕСТА GENEXPERT MBT-RIF В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

ФГБУ «ННИИТ» Минздрава России, г. Новосибирск

Установление правильного и своевременного диагноза — одна из самых сложных и первостепенных задач, стоящих перед врачом. Эффективное лечение не может быть начато, пока не установлен точный диагноз. Запоздалая диагностика приводит к росту количества осложнений, отсроченному началу лечения, ухудшает прогноз заболевания и увеличивает риск распространения инфекции в обществе. Актуальным вопросом современной фтизиатрии является разработка новых быстрых и надежных методов диагностики туберкулезной инфекции.

Материалы и методы. В исследование были включены больные с подозрением на туберкулез легких, поступавшие в течение 2012–2013 гг. в терапевтическую клинику Новосибирского НИИ туберкулеза. Всем пациентам выполнены необходимые диагностические тесты и установлен диагноз.

Больные сдавали образец отделяемого трахео-бронхиального дерева (мокрота, промывные воды бронхов). Проводилась люминесцентная микроскопия, посев на жидкие среды (BACTEC), посев на среду Лёвенштайна-Йенсена и тест GeneXpert MBT-RIF из одной порции материала. Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза (МБТ) определялась на жидких питательных средах на автоматизированной системе Бактек 960 MGIT.

Результаты. В анализ были включены 102 больных. У 13 (12,7 %) из них диагноз ТБ был диагностирован на основании положительных мазка и посева мокроты, у 3 (2,9 %) мазок был отрицательным, а посев — положительным, у 4 (3,9 %) пациентов зарегистрирован положительный мазок при отрицательном посеве, у 64 (62,7 %) бактериовыделения не было установлено и

діагноз выставлен на основании клинических симптомов и рентгенологической картины и у 19 (18,6 %) больных туберкулез легких исключен и у них была верифицирована другая патология легких. Тест MTB/RIF выявил ДНК МБТ у 17 (100 %) из 17 больных с положительным мазком мокроты, у 20 (23,5 %) из 85 пациентов с отрицательным мазком и у 21 больного (20,6 %) с отрицательными микроскопией мокроты и посева. Тест MTB/RIF был отрицательным у 19 (100 %) из 19 больных без туберкулеза, что свидетельствует о его высокой специфичности. Тест MTB/RIF

позволил выявить лекарственную устойчивость к рифампицину в 21 (51,2 %) из 41 положительных случаев теста.

Выводы. Тест MTB/RIF является эффективной альтернативой рутинным методам диагностики туберкулеза, позволяющим сократить время постановки диагноза, а также выявления резистентности к рифампицину. Определение устойчивости к рифампицину позволяет назначать в ранние сроки адекватную химиотерапию туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя.

Л. І. Леванда

ЕФЕКТИВНІСТЬ АНТИМІКРОБНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ У ФТИЗІОХІРУРГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ

Вступ. Інфекційні ускладнення стають значною перешкодою на шляху відновлення хворого в післяопераційному періоді, оскільки погіршують результати хірургічного лікування, збільшують тривалість госпіталізації, вартість ліжко-дня, летальність. Загально визнаним методом попередження післяопераційної раньової інфекції є антибіотикопрофілактика.

Мета. Оцінити ефективність антимікробної профілактики (АМП) та місцевого введення антибактеріальних препаратів (АБП) у фтизіохірургічних пацієнтів.

Матеріали й методи дослідження. На базі відділення торакальної хірургії й інвазивних методів діагностики ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМНУ» проведена оцінка ефективності АМП у 124 фтизіохірургічних пацієнтів. Всі хворі були розподілені на групи в залежності від класифікації хірургічних ран і можливості їх інфікування: I група: клас I/чисті рани (відеоторакоскопії при неускладнених плевритах) — 70 (56,5 %) пацієнтів; II група: клас II/умовно-чисті рани (з порушенням цілостності легеневої тканини) — 46 (37,1 %) пацієнтів (серед них сегментарні резекції — 21 (16,9 %), лобектомії — 12 (9,7 %), пульмонекомії — 5 (4,0 %), плеврекомії з декортикацією — 8 (6,5 %) хворих); III група: клас III/контаміновані рани (з порушенням цілостності каверни або абсцесу) — 6 (4,8 %) пацієнтів (серед них лобектомії — 1 (0,8 %); плевропульмонекомії — 2 (1,6 %); казеоми плевральної порожнини — 3 (2,4 %) хворих); IV група: клас IV/інфіковані (операції з приводу нориць і емпієм) — 2 пацієнтів (1,6 %).

Результати дослідження. АМП проводилась в усіх групах пацієнтів на початку вступної анестезії з метою створення бактери-

цидної концентрації АБП в сироватці крові й тканинах до моменту розрізу шкіри, шляхом комбінації в/в введення респіраторних фторхінолонів (левофлоксацин 500 мг) і цефалоспоринів (цефуроксим 1500 мг). В II і III групах в інтра- та післяопераційному періоді додано місцеве введення в порожнину АБП карбопенемів (меропенем 1000 мг) та аміноглікозидів (амікацин 1000 мг), в IV групі просочені АБП (переважно фторхінолонами) серветки.

Практичне застосування цієї схеми дозволило досягти позитивних результатів профілактичного застосування АБП. В I групі ефективність АМП склала 100 % (70 пацієнтів); в II групі — 95,6 % (44 хворих); в III групі — 83,3 % (5 пацієнтів). В II та III групах інфекційні ускладнення виникли в хворих з супутньою патологією легень (хронічні обструктивні захворювання легень) та в курців, що на нашу думку обумовлено порушенням проникності АБП в легеневу тканин через пневмосклеротичні зміни. Зміна антибактеріальної терапії: системне введення карбопенемів (меропенем 1000 мг 3 рази на добу) і фторхінолонів IV покоління (моксифлоксацин 400 мг) дозволило повністю їх ліквідувати. Оцінити ефективність АМП в IV групі є складним завданням, оскільки визначальною призначення АБП в даній групі є антибіотикотерапією. В даній групі, незважаючи на різні схеми застосування АБП, для лікування гнійно-септичних ускладнень були проведені етапні оперативні втручання. Летальних випадків при даному виді ускладнень нами не спостерігалось.

Висновок. Раціональна антибіотикопрофілактика дозволяє знизити частоту або повністю попередити розвиток післяопераційних інфекційних ускладнень, що є економічно більш вигідним в порівнянні з післяопераційною антибіотикотерапією.

Л. І. Леванда

ЕФЕКТИВНІСТЬ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ОРГАНІВ ДИХАННЯ У ХВОРИХ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ

Вступ. Поєднання туберкульозу (ТБ) і цукрового діабету (ЦД) є одним із найбільш тяжких синдромів взаємообтяження. Дана проблема має особливий відтінок, оскільки медичні аспекти тісно переплітаються з соціально-економічними. Зростаюча розповсюдженість ЦД та напружена епідемічна ситуація по туберкульозу, а також висока схильність хворих з ЦД до туберкульозної інфекції зумовлюють зростання даної поєднаної патології й потреби в хірургічному лікуванні.

Мета. Проаналізувати результати хірургічного лікування туберкульозу органів дихання у хворих на цукровий діабет.

Матеріали й методи. У відділенні торакальної хірургії й інвазивних методів діагностики ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України» було проаналізовано 116 випадків хірургічного лікування ТБ у хворих на ЦД. Всі хворі були розподілені в залежності від етіології (типу) діабету: ЦД типу 1 був у 90 (77,6 %) пацієнтів (серед них ЦД після оперативних втручань на підшлунковій залозі — 2 (1,7 %) спостереження; ЦД, індукований лікарськими препаратами: стероїдний ЦД — 2 (1,7 %) хворих; тиреогенний ЦД — 1 (0,9 %) випадок; ЦД, поєднаний з генетичними синдромами

(синдром Дауна) — 1 (0,9 %) пацієнт.; ЦД типу 2–26 (22,4 %) випадків. В залежності від стадії компенсації ЦД: компенсований ЦД — 24 (20,7 %) випадки; субкомпенсований ЦД — 56 (48,3 %) пацієнтів; декомпенсований ЦД — 36 (31,0 %) хворих.

Результати та обговорення. В нашому відділенні було проведено оперативне лікування ТБ у хворих з ЦД при наступних типах туберкульозного процесу: вперше діагностований туберкульоз (ВДТБ) — 71 (61,2 %) випадок; рецидив туберкульозу — 33 (28,4 %) спостереження; хронічний туберкульоз — 12 (10,4 %) хворих. Серед ВДТБ туберкульоз легень мав місце в 43 (37,1 %) випадках, туберкульоз плеври — 28 (24,1 %) хворих, в тому числі емпієма — 5 (4,3 %) пацієнтів. Ознаки деструкції були виявлені в 78 (67,2 %) випадках. Двобічні ураження спостерігалися у 18 (15,5 %) хворих. Діагноз ТБ був підтверджений за результатами бактеріологічного дослідження (МБТ+) в 68 (58,6 %) випадках, за даними гістології в 100 %.

Загальна ефективність хірургічного лікування склала — 112 (96,6 %) випадків. В 4 (3,4 %) випадках у хворих з емпіємою плеври було проведено санацію плевральної порожнини, але повного виліковування не досягнуто, через давність туберкульозного процесу та декомпенсації діабету. Аналізуючи ускладнення, для

зручності, їх розподілили на 3 групи: хірургічні, діабетичні та ускладнення, пов'язані з хіміотерапією туберкульозу. Загальна кількість хірургічних ускладнень становила — 14 (12,2 %) випадків, серед них — 9 (7,8 %) спостережень при ЦД типу 1 та — 5 (4,4 %) випадків при ЦД типу 2. Загальна кількість діабетичних ускладнень становила — 26 (22,4 %) випадків, серед них — 23 (19,8 %) спостереження при ЦД типу 1 та — 3 (2,6 %) випадки при ЦД типу 2. Загальна кількість ускладнень, пов'язаних з хіміотерапією туберкульозу становила — 42 (36,2 %) випадки, серед них — 29 (25,0 %) спостережень при ЦД типу 1 і — 13 (11,2 %) випадків при ЦД типу 2. Найтяжчою групою ускладнень були ускладнення, пов'язані з ЦД. Всі ускладнення були вчасно діагностовані та ліквовані. Летальних випадків не було.

Висновок. Цукровий діабет зумовлює високий фізійохірургічний та анестезіологічний ризик, але не є протипоказанням до оперативного лікування. Своєчасний контроль та зміна етіотропної терапії туберкульозу, стабілізація цукрового діабету шляхом оптимізації цукрознижуючої терапії та компенсації ускладнень, викликаних цукровим діабетом, а також проведення дезінтоксикаційної терапії дозволяють досягти бажаних результатів.

О. Я. Лекан, В. О. Баташова-Галінська

КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ, АСОЦІЙОВАНОЇ З ГАСТРОЕЗОФАГІАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ

Одеський національний медичний університет

В останні роки серйозну увагу привертає до себе проблема вивчення супутньої патології при бронхіальній астмі (БА), оцінки її впливу на основне захворювання. Так, збільшується кількість хворих на БА, поєднану із гастроєзофагіальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ). Це спонукає до розробки нових підходів у лікуванні даної категорії хворих.

Мета дослідження: вивчити клінічну ефективність пантопразола в хворих на бронхіальну астму, асоційовану з ГЕРХ.

Методи дослідження: обстежено 30 хворих на БА середнього ступеня тяжкості з неконтрольованим перебігом (об'єм форсованого видиху за 1 секунду (FEV_1) — $61,0 \pm 5,0$ %), віком від 28 до 68 років. Середня тривалість захворювання — $(16,8 \pm 1,9)$ років. У всіх хворих було діагностовано ГЕРХ. Відбір хворих БА проводився відповідно до тяжкості захворювання за наказом МОЗ України від 19. 03. 2007 р. №128 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія». Першу групу склали 20 хворих (чоловіків — 16, жінок — 4), яким окрім базисної терапії БА до лікування було включено пантопризол, в дозі 20 мг перорально один раз на добу до сніданку протягом місяця. У другу групу

увійшло 10 хворих (чоловіків — 7, жінок — 3), яким терапія ГЕРХ не проводилась. Хворі обох груп отримували базисну терапію — інгаляційні глюкокортикостероїди та β_2 -агоністи короткої дії. Пацієнти обох груп не відрізнялись за ступенем тяжкості бронхообструкції та симптомів БА. При спостереженні за пацієнтами визначали терміни припинення нападів ядухи, кашлю, а також частоти прийому β_2 -агоністів короткої дії.

Результати дослідження: встановлено, що напади ядухи у хворих першої групи припинились достовірно раніше, ніж у другої групи на $(2,51 \pm 0,2$ і $5,36 \pm 0,36)$ добу відповідно ($p < 0,05$). Частота кашлю зменшилась на $(4,52 \pm 0,6)$ добу в першій групі в порівнянні з результатами другої групи хворих на $(9,2 \pm 4,8)$ добу ($p < 0,05$). На фоні цього зменшилась потреба в частоті прийому β_2 -агоністів короткої дії.

Висновки: одержанні результати свідчать про те, що призначення пантопразола до стандартної схеми терапії БА, асоційованої з ГЕРХ, сприяє успішному контролюванню перебігу астми: більш швидкому припиненню нападів ядухи, кашлю, а також зменшенню потреби в бронходилататорах протягом доби.

І. С. Лемко, О. І. Лемко

ВІДНОВЛЮВАЛЬНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ: ПОТРЕБА СЬОГОДЕННЯ

Державна установа «Науково-практичний медичний центр «Реабілітація» МОЗ України», м. Ужгород

Негоспітальні пневмонії займають одне з провідних місць серед хвороб бронхо-легеневої системи, характеризуються значним поширенням, доволі високою частотою затяжного торпідного перебігу з виникненням ускладнень, що може перешкоджати повноцінному функціональному відновленню організму в найближчі терміни після гострого періоду хвороби.

Відомо, що аерозольні середовища кам'яної солі (галоаерозолі) забезпечують виражену гіперосмолярну стимуляцію, що зумовлює як покращення реологічних властивостей бронхіального секрету й стимуляцію війкового епітелію, так й елімінацію біологічно-активних речовин, що веде до покращення дренажної функції бронхів. Крім того, вони здійснюють бакте-

рицидний вплив, що, в комплексі з попередніми факторами, забезпечує санацію бронхіального дерева й сприяє стиханню інфекційно-запальних процесів в бронхо-легеневій системі в цілому. Однак, особливості використання галоаерозолів (галоаерозольотерапії — ГАТ) у хворих на негоспітальну пневмонію, ефективність різних режимів її використання та застосування в комплексі з іншими лікувальними факторами не вивчалися.

Мета роботи: Обґрунтувати доцільність використання та розробити технології комплексного відновлювального лікування хворих на негоспітальну пневмонію з використанням галоаерозольотерапії та іншими патогенетично-обґрунтованими лікувальними впливами.

Обстежено 82 хворих на негоспітальну пневмонію неважкого перебігу, з них із затяжним перебігом хвороби — 40 осіб, які після завершення антибіотикотерапії проходили курс відновлювального лікування в ДУ НПМЦ «Реабілітація». Комплекс обстежень, окрім загально-клінічних досліджень, включав дослідження функції зовнішнього дихання (ФЗД), оцінку процесів фагоцитозу моноцитів (Мо) і нейтрофілів (Нф) та їх бактерицидних властивостей, визначення кількості Т-, В-лімфоцитів, їх субпопуляцій та НК-клітин за допомогою методу непрямой імунофлуоресценції з використанням моноклональних антитіл (CD3⁺, CD22⁺, CD4⁺, CD8⁺, CD16⁺). Лабораторні дослідження проводились в перші дні захворювання (гострий період), після завершення антибіотикотерапії (період ранньої реконвалесценції) та після курсу відновлювального лікування, який призначався після загальноприйнятого етіологічного лікування.

Імунологічні дослідження проведені в гострому періоді хво-

роби виявили Т-клітинну недостатність з переважним зниженням Т-хелперів на фоні деякого підвищення кількості В-лімфоцитів, достовірного зростання 0-лімфоцитів та зменшення частки НК-клітин, а також зниження поглинальної здатності Мо і Нф та їх бактерицидних властивостей, які слабо корегувались в процесі загальноприйнятого медикаментозного лікування, що й визначає необхідність проведення імунореабілітаційних заходів як в гострому періоді, так й періоді реконвалесценції. Клініко-функціональні дослідження підтверджували збереження залишкових клінічних проявів та незначних рестриктивних змін, які поєднувались з помірною бронхообструкцією переважно на рівні дрібних бронхів, що, в комплексі з попередніми даними, диктує необхідність проведення відновлювального лікування.

В лікуванні хворих використовувались 2 режими ГАТ: стандартний із щоденними 60-хвилинними сеансами (лікувальний комплекс 1 — ЛК-1) та режим з підвищеним гіперосмолярним впливом з двома щоденними 30-хвилинними сеансами (ЛК-2). При ЛК-3 поєднувався режим ГАТ згідно ЛК-2 з внутрішньом'язовим введенням імуномодулятора бластолену (пептоглікану молочнокислих бактерій).

Встановлено, що відновлювальне лікування на основі режимів ГАТ з підвищеним галоаерозольним впливом (ЛК-2 та ЛК-3) сприяє підвищенню клінічної ефективності лікування та підтверджується суттєвим зростанням показників неспецифічного захисту й корекцією порушень Т-імунітету. Додаткове призначення імуномодулятора (ЛК-3) веде до нормалізації кількості Т-лімфоцитів, їх субпопуляційного складу, та підтверджується більш виразним підвищенням показників ФЗД.

О. І. Лемко, В. М. Фецьо, М. І. Попадинець, Т. І. Кополовець ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ФАГОЦИТАРНОГО ЗАХИСТУ ОРГАНІЗМУ У ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ

Державна установа «Науково-практичний медичний центр «Реабілітація» МОЗ України», м. Ужгород

Не дивлячись на значні успіхи в лікуванні пневмоній, зокрема в антибактеріальній терапії, це захворювання залишається одним з найпоширеніших серед патологій бронхо-легеневої системи, а питання попередження його ускладненого перебігу та повторних інфекційно-запальних процесів потребують особливої уваги. Одним з визначальних факторів перебігу пневмоній є стан протиінфекційного захисту, зокрема його фагоцитарної ланки.

Мета: дослідити особливості фагоцитарної активності моноцитів і нейтрофілів (Нф) та ферментного спектру Нф в періоді розпалу хвороби та після завершення антибіотикотерапії (в періоді ранньої реконвалесценції), а також у взаємозв'язку з характером перебігу захворювання та наявністю бронхообструктивних змін.

Обстежено 82 хворих на негоспітальну пневмонію (НП) неважкого перебігу. Гострий перебіг захворювання спостерігався в 42 обстежених, а затяжний — у 40 пацієнтів. Наявність бронхообструкції, підтвердженої дослідженнями показників вентильності, виявлено в 40 хворих.

Імунологічне обстеження включало визначення фагоцитарної активності моноцитів (ФМ) і нейтрофілів (ФН) з розрахунком їх фагоцитарного числа (ФЧМ та ФЧН відповідно). Киснево-залежний метаболізм Нф досліджували в тесті з нітросинім тетразолієм (НСТ-тест) спонтанному та стимульованому циклофероном. Бактерицидні властивості нейтрофілів визначали також за вмістом у них киснево-залежного ферменту мієлопероксидази (МПО) та киснево-незалежних лізосомальних катіонних білків (ЛКБ). Враховували відсоток МПО — та ЛКБ — позитивних клітин

(% МПО та % ЛКБ відповідно) і визначали їх цитохімічний індекс (ЦХК МПО та ЦХК ЛКБ відповідно). Контрольна група включала 24 практично здорові особи.

В період розпалу НП відмічалось виражене пригнічення поглинальних властивостей моноцитів та Нф, що проявлялось достовірним зниженням ФМ та ФН, а також зменшенням ФЧМ та ФЧН, що підтверджує недостатність протиінфекційного захисту організму. Слід відмітити, що зниження ФМ, порівняно з контролем, було більш вираженим (в 1,5 рази), ніж зменшення ФН (в 1,1 рази). Ці зміни супроводжувались достовірним зниженням показників НСТ-тесту та киснево-залежних механізмів бактерицидності Нф. Відсоток ЛКБ-позитивних клітин та ЦХК ЛКБ проявляли тільки тенденції до зменшення, порівняно з нормою.

Після завершення антибіотикотерапії ФМ, порівняно з гострим періодом хвороби, суттєво не змінювалась. Водночас, ФН та ФЧН достовірно знижувались, а кількість формазан-позитивних клітин в НСТ-тесті спонтанному та стимульованому мала тенденцію до зменшення. Ці зміни свідчать не тільки про збереження, але й поглиблення порушень протиінфекційного захисту в хворих на НП в період ранньої реконвалесценції, що визначає необхідність проведення імунореабілітаційних заходів.

При порівнянні досліджуваних показників у період реконвалесценції між хворими з гострим та затяжним перебігом НП, виявлено більш суттєве пригнічення киснево-залежних і незалежних механізмів бактерицидності Нф при затяжному перебігу хвороби за даними ЦХК МПО та ЦХК ЛКБ. При наявності

бронхообструктивних змін більш виражено пригнічувались киснево-залежні механізми бактерицидності Нф.

Таким чином, у хворих на негоспітальну пневмонію неважкого перебігу спостерігається виражене пригнічення протиінфекційного захисту організму, яке не компенсується під впливом загальноприйнятої антибактеріальної терапії, є більш

вираженим при затяжному перебігу хвороби та при наявності бронхообструктивних змін і може бути основою для розвитку віддалених ускладнень та частих інфекційно-запальних процесів у майбутньому, що вказує на необхідність проведення імунореабілітаційних заходів, як в гострому періоді хвороби, так і в періоді ранньої реконвалесценції.

С. М. Лепшина, Е. В. Тищенко, О. В. Сердюк, Н. В. Обухова, М. А. Миндрул, А. А. Ракитянский

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ В КОНЦЕ ИНТЕНСИВНОЙ ФАЗЫ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Коммунальное лечебно-профилактическое учреждение «Областная клиническая туберкулезная больница», г. Донецк

Больные туберкулезом (ТБ) легких, особенно бактериовыделители мультирезистентных штаммов микобактерий туберкулеза (МБТ), представляют большую эпидемиологическую опасность для окружающих. В первую очередь они опасны для детей и ВИЧ-инфицированных лиц. В Украине до настоящего времени эпидемиологическая ситуация по ТБ и ВИЧ/СПИДу остается напряженной. В 2006 г. нами впервые определен уровень распространенности МРТБ/ВИЧ среди впервые выявленных и повторных больных ТБ в Донецкой области. Он оказался высоким и составил 6,5 %. Известно, что лечение таких больных сопряжено с большими трудностями и требует значительных материальных затрат. Данные источников литературы о результатах лечения МРТБ на фоне ВИЧ-инфекции не многочисленны и противоречивы.

Цель работы состояла в изучении эффективности интенсивной фазы (ИФ) лечения у впервые выявленных ВИЧ-инфицированных больных МРТБ легких в динамике за 3 года (2010–2012 гг.).

Материал и методы. Оценку эффективности лечения проводили в конце ИФ у 740 впервые выявленных больных МРТБ по результатам конверсии мокроты. Возраст больных находился в интервале от 20 до 66 лет. Средний возраст — 38,9 ± 12,1 года. Больные разделены на 2 группы. Первую группу составили 180 больных МРТБ/ВИЧ, находившиеся на лечении в специализированном отделении областной туберкулезной клиники с 2010 по 2012 гг. В подгруппе «А» было 55 больных, которые были пролечены в 2010 г., в подгруппе «В» — 55 чело-

век 2011 г., в подгруппе «С» — 70 человек 2012 г. Вторую контрольную группу составили 560 больных МРТБ без ВИЧ-инфекции: подгруппу «А» — 178 человек, подгруппу «В» — 189, подгруппу «С» — 193. Спектр резистентности МБТ в обеих группах составил от 2 до 6 противотуберкулезных препаратов (ППП). Ведение пациентов осуществляли согласно приказам МЗ Украины от 22.10.2008 г. № 600 и от 14.02.2012 г. № 108. Использованы данные бактериоскопического и бактериологического исследований мокроты больных до начала химиотерапии и в процессе стационарного лечения. Материал обработан методами вариационной статистики.

Результаты и их обсуждение. В конце ИФ лечения конверсия мокроты у больных 1-ой группы отмечена в подгруппе «А» — у 23 (43 %) человек, в подгруппе «В» — у 35 (64 %), в подгруппе «С» — у 42 (60 %). В контрольной группе эффективность лечения больных составила 66 %, 72 % и 74 %, соответственно. В целом за 3 года у 9 (3,4 %), 12 (4,9 %) и 9 (3,4 %) больных обеих групп достигли прекращения бактериовыделения в конце ИФ не удалось. Показатель эффективности лечения больных обеих групп вырос с 61% в 2010 году до 70 % в 2011 и 2012 годах. В 2010 и 2012 годах эффективность лечения в 1-ой группе оказалась достоверно ниже, чем во 2-ой. В 2011 году показатель конверсии мокроты в 1-ой группе также был ниже, чем в контрольной группе, однако без достоверно значимой разницы.

Выводы. Эффективность лечения больных ко-инфекцией МРТБ/ВИЧ в конце ИФ уступает эффективности лечения пациентов МРТБ с ВИЧ-отрицательным статусом.

С. М. Лепшина, О. В. Сердюк, Е. В. Тищенко, М. А. Миндрул, Н. В. Обухова **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КЛОФАЗИМИНА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ФТИЗИАТРА**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Коммунальное лечебно-профилактическое учреждение «Областная клиническая туберкулезная больница», г. Донецк

Лечение больных химиорезистентным туберкулезом (ХРТБ), особенно с расширенной резистентностью (РРТБ) и мультирезистентностью (МРТБ), представляет большие сложности. Арсенал противотуберкулезных препаратов (ППП) в настоящее время насчитывает около двадцати наименований. Клофазимин относится к группе препаратов с неуточненной противотуберкулезной активностью. Его механизм действия изучен недостаточно. По-видимому, он связывает ДНК микобактерий, угнетая их репродукцию и рост. Клофазимин обладает противовоспалительным эффектом и выраженными липофильными свойствами, накапливаясь главным образом в жировой ткани и в макрофагах ретикуло-эндотелиальной системы, где «хранится» туберкулезная

инфекция. После продолжительной терапии клофазимин в большом количестве выявляют в подкожной жировой клетчатке, лимфатических узлах, желчи и в желчном пузыре, а также в надпочечниках, селезенке, тонкой кишке, печени, мышечной ткани, костях, коже. Это делает возможным его применение при внелегочных локализациях ХРТБ, особенно у ВИЧ-инфицированных лиц. Побочные реакции (ПР) на клофазимин встречаются в 87,5 % случаев в виде потемнения кожи. Согласно рекомендациям ВОЗ и МЗ Украины клофазимин может быть использован при лечении больных РРТБ. В Донецкой области клофазимин применяют также у больных МРТБ, когда в силу разных причин не представляется возможным сформировать полноценную схему лечения.

Цель: оценить результаты лечения больных РРТБ, МРТБ легких с использованием клофазимина на этапе интенсивной фазы (ИФ).

Материалы и методы. Оценены результаты ИФ лечения 107 больных ХРТБ. Мужчин было 71, женщин — 36, средний возраст составил $38 \pm 8,7$ лет. Критериями включения в исследование были случаи РРТБ (повторные) и МРТБ (впервые выявленные) с бактериовыделением. Больные разделены на две группы: 1-ю ($n = 51$) составили лица, которые получали клофазимин, 2-ю контрольную группу ($n = 56$) — больные, которые лечились без клофазимина. Обе группы разделены на 2 подгруппы. Подгруппы «А» — составили больные РРТБ, подгруппы «В» — МРТБ. Больные 1-ой «А» группы ($n = 7$) получали пипразинамид, капреомицин, фторхинолон, ПАСК, циклосерин, клофазимин, у больных подгруппы «В» ($n = 44$) в схеме лечения вместо капреомицина использовали канамицин и не было циклосерина. Больные 2-ой «А» ($n = 8$) и «В» ($n = 48$) группы получали аналогичные схемы, но без клофазимина. Результаты лечения оценивали по срокам конверсии мокроты. Материал обработан методами вариационной статистики.

Результаты и обсуждение. Прекращение бактериовыделения бактериоскопически и культурально в подгруппах «А» наступило через месяц лечения только у 2 (29 %) пациентов

1-ой группы ($p > 0,01$), через 2 месяца — у 4 (57 %) и 3 (38 %) пациентов обеих групп ($p > 0,01$), через 6 месяцев — у 5 (71 %) и 4 (50 %) пациентов, соответственно ($p > 0,01$). В подгруппе «В» конверсия мокроты через 1 месяц лечения отмечена у 19 (43 %) больных 1-ой группы и у 15 (31 %) больных 2-ой группы ($p > 0,01$), через 2 месяца — у 37 (84 %) и у 25 (52 %) больных ($p < 0,01$), по окончании ИФ (6 месяцев) — у 39 (89 %) и у 34 (71 %) больных ($p < 0,01$), соответственно. Нежелательные реакции на клофазимин в виде болей в животе, потемнения кожи и ее сухости нами были отмечены у 49 (96 %) больных, однако эти состояния не были причиной ни снижения дозы препарата, ни изменения кратности приема, ни его отмены. У одного пациента РРТБ клофазимин был отменен из-за развившейся анемии тяжелой степени.

Выводы. Применение клофазимина в лечении больных МРТБ позволяет достичь прекращения бактериовыделения в более ранние сроки химиотерапии у большинства больных. Побочные реакции при приеме клофазимина развиваются в 96 %, однако они незначительны и не требуют коррекции. В редких случаях реакции могут быть тяжелыми, что вызывает необходимость отмены препарата. Исследования по использованию клофазимина в лечении больных ХРТБ необходимо продолжить.

О. В. Лінчевський, В. Г. Гетьман, А. В. Макаров, Д. В. Мясніков

УДОСКОНАЛЕННЯ ВІДЕОТОРАКОСКОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ЗІ СПОНТАННИМ ПНЕВМОТОРАКСОМ

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, м. Київ

Лікування пацієнтів зі спонтанним пневмотораксом зазвичай передбачає резекцію бульозно зміненої ділянки легені. Оптимальним з функціональної, косметичної точки зору є виконання втручання через торакоскопічний доступ. Проте, значна вартість ендоскопічного інструментарію одно-разового використання залишається суттєвим недоліком малоінвазивної хірургії. Ми представляємо досвід використання альтернативного методу відеоторакоскопічного лікування спонтанного пневмотораксу з використанням технології зварювання живих тканин.

Матеріали та методи: Представляємо групу з 130 пацієнтів з первинним пневмотораксом, що потребували оперативного лікування. З них 120 чоловіків, 10 жінок, середній вік пацієнтів склав 26 (14–59) років. Показання до операції: рецидив пневмотораксу в 59, пневмоторакс з протилежного боку в 10, двобічний пневмоторакс в одного та спонтанний гемопневмоторакс в одного пацієнта. До операції подовжений вихід повітря понад 2 дні спостерігався в 58 пацієнтів. Крайова

резекція легені була замінена високочастотною електроабляцією бул за допомогою технології зварювання живих тканин. Бульозно змінена ділянка легені оброблялася ендоскопічним біполярним електродом оригінальної конструкції.

Результати: Емфіземоподібні зміни легені до 1 см в діаметрі виявлені в 26 пацієнтів, були 1–2 см — у 48 хворих, у 56 пацієнтів розмір бул перевищував 2 см. В усіх випадках поверхня легені оброблялася зварюванням без прошивання, застосування степлерів, клею, тощо. Тривалість операції залежала від вираженості адгезій, кількості та поширеності бул і не перевищувала 65 хв. Післяопераційний вихід повітря від 1 до 6 днів спостерігався в 6 хворих. У 6 пацієнтів (4,6 %) виявлено рецидив пневмотораксу впродовж 3 років спостереження.

Висновки: Технологія зварювання живих тканин ефективна та надійна при торакоскопічному лікуванні спонтанного пневмотораксу. Зварювання легеневої тканини дозволяє герметизувати легенево-плевральне сполучення без необхідності використання ендоскопічних зшиваючих апаратів.

І. В. Ліскіна, С. Д. Кузовкова, Л. М. Загаба, О. О. Олексинська

ВИЗНАЧЕННЯ ПИТОМОЇ ВАГИ ВИПАДКІВ ПРОГРЕСУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ПРОЦЕСУ ЗА МОРФОЛОГІЧНИМИ ОЗНАКАМИ СЕРЕД ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ З ХІРУРГІЧНИМ ЛІКУВАННЯМ

ДУ “Національний інститут фізіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”, Київ

Актуальність досліджень зумовлена зростанням в останні роки кількості випадків з морфологічними ознаками прогресування туберкульозного запалення при різних формах легеневого туберкульозу на момент призначення

хірургічного лікування, як свідчення недостатньої ефективності або неефективності вже проведеного основного курсу або декількох курсів специфічної протитуберкульозної хіміотерапії.

Мета роботи: встановити за морфологічними ознаками питому вагу випадків прогресування туберкульозного процесу серед усіх прооперованих хворих на різні форми туберкульозу легень за період 2010–2012 років.

Матеріали та методи. В дослідження увійшли усі випадки оперативних втручань в клініці Інституту з приводу туберкульозу легень за 2010–2012 роки.

Морфологічне визначення ступеня активності специфічного запалення проводили при гістологічному дослідженні препаратів легень згідно до раніше розроблених діагностичних алгоритмів. За нашими попередніми дослідженнями відомо, що високий ступінь активності запального процесу за гістологічними даними відповідає стадії прогресування туберкульозного процесу.

Результати дослідження. За період 2010–2012 років в клініці Інституту отримали хірургічне лікування з приводу туберкульозу легень 309 та померли від туберкульозу легень 16 хворих (по рокам: 2010 рік — 98, 2011 рік — 124 та 2012 рік — 103 випадки). Проведений аналіз 309 випадків, серед яких хворі на фіброзно-кавернозний туберкульоз (ФКТ) становили 99 ($32,0 \pm 2,7$) % випадків, з туберкуломами (Т) легень було 178 ($57,6 \pm 2,8$) % випадків та інші форми туберкульозу (інфільтративний туберкульоз, дисемінований туберкульоз, казеозна пневмонія) відповідно 32 ($10,3 \pm 1,7$) % випадки. За гістологічними даними серед хворих з ФКТ у 37 пацієнтів була визначена висока активність специфічного запального процесу в легенях, що становило ($37,4 \pm 4,9$) % випадків. У пацієнтів з Т в 20 випадках встанов-

лена висока активність специфічного запального процесу за гістологічними даними, що склало ($11,2 \pm 2,4$) %. Серед інших форм туберкульозу легень висока активність специфічного запального процесу в легенях за клініко-гістологічними даними була визначена у 17 хворих, що складало ($53,1 \pm 8,8$) % випадки. Загалом, серед усіх прооперованих хворих з туберкульозом легень прогресування специфічного процесу визначено у 74 ($23,9 \pm 2,4$) % випадках.

За отриманими даними основний контингент хворих на туберкульоз легень, які отримали хірургічне лікування, складають хворі з ФКТ і Т, причому хворі з Т підлягали хірургічному лікуванню майже вдвічі частіше, ніж з ФКТ ($p > 0,001$), але, що стосується прогресування специфічного процесу, то в групі хворих з ФКТ вірогідно частіше спостерігалось прогресування запального процесу, ніж в групі хворих з Т ($p > 0,001$).

Висновки. Найбільшу за кількістю випадків групу хворих на туберкульоз легень з хірургічним лікуванням складали хворі з Т легень, друге місце за кількістю випадків склали хворі з ФКТ легень і найменш чисельна група — це хворі з інфільтративним, дисемінованим туберкульозом та казеозною пневмонією. Питома вага випадків із прогресуванням туберкульозного процесу була найменшою серед хворих з туберкуломами легень, тоді як найбільший відсоток випадків прогресування специфічного запалення спостерігали серед осіб з інфільтративним, дисемінованим туберкульозом та казеозною пневмонією, що узгоджується з сучасним визначенням основних форм гостропрогресуючого легеневого туберкульозу.

И. В. Лискина, О. А. Олексинская, Н. Г. Паливода, Н. А. Касьян, В. И. Коржов ИССЛЕДОВАНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ И БИОХИМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ОТЕКЕ ЛЁГКИХ

ГУ “Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины”, г. Киев

Отек лёгких (ОЛ) — типичная неспецифическая реакция живого организма на многие внутренние и внешние патогенетические факторы, а также чрезвычайные раздражители. В патогенезе ОЛ остается недостаточно изученной связь между динамикой развития ОЛ, морфологическими изменениями основных, жизненно важных, органов и состоянием биохимических систем организма.

Целью исследования явилось изучение морфологических особенностей разных органов и некоторых биохимических показателей крови при экспериментальном летальном ОЛ.

В исследование включено 9 беспородных белых крыс. ОЛ воспроизводили путём однократного внутримышечного введения животным раствора адреналина тартрата в летальной дозе 2,5 мг/кг. В среднем через 15 минут у всех животных фиксировали прекращение дыхательных движений и сердцебиения. После констатации смерти производили забор фрагментов лёгких, печени, почек и нативной крови. Исследовались некоторые характеристики эритроцитов крови. Контролем служили соответствующие органы и кровь интактных животных.

Результаты исследований продемонстрировали однотипность морфологических изменений в органах животных. В лёгких отмечались распространенные нарушения микроциркуляции в виде различного размера очагов скопления эритроцитов в альвеолах (выраженный эритродиapedез). Хорошо были представлены начальные признаки развития отека лёгких. В частности, субплеврально отмечались крупные участки лёгочной ткани с серозным отеком альвеол, местами экссудат имел серозно-геморрагический характер. Менее выраженные очаги отека лёгких наблюдались в более глубоких участках лёгких.

Повсеместно наблюдались признаки стаза эритроцитов, т.н. сладж-феномен. В печени общая дольчатая структура была сохранена. Отмечался паренхиматозный отёк с явлениями перинуклеарного просветления разной степени выраженности в гепатоцитах. Кроме того, наблюдалась зернистая дистрофия гепатоцитов, острые некрозы отдельных гепатоцитов, полнокровие сосудистого русла этого органа. Почки макроскопически были несколько увеличены в размерах, со стиранием границ между корковым и мозговым их слоями, красного цвета. При гистологическом исследовании определялось полнокровие органа и выраженный отёк, преимущественно клеток эпителия проксимальных канальцев. Очагово определялась зернистая дистрофия канальцевого эпителия и единичные некрозы этих клеток. Таким образом, согласно гистологическому исследованию, наиболее жизненно значимые изменения отмечались в ткани лёгких. Наблюдаемые морфологические изменения характерны для синдрома гемодинамического шока.

Об эндогенной интоксикации, характеризующейся образованием и накоплением различных соединений и метаболитов в избыточных концентрациях или формах, не свойственных нормальному метаболизму, судили по содержанию молекул средней массы (МСМ) в эритроцитах.

Определяли содержание нуклеарной фракции, представленной белками-гистонами и продуктами разрушения ДНК, токсической фракции, не содержащей аминокислот, состоящей из гидрофобных токсинов, обладающих высоким сродством к биологическим структурам, содержащей продукты неполного распада белков, и ароматической фракции, состоящей из нетоксических ароматических аминокислот.

Установлено, що уже через 15 минут содержание нуклеарной фракции эритроцитов достоверно возросло на 27 %, токсической — на 44 % и ароматической — на 55 % по сравнению с группой контроля.

Таким образом, результаты исследований свидетельствуют, что гемодинамический ОЛ с летальным исходом сопровождается существенными морфологическими изменениями в лёгких, печени и почках и выраженной эндогенной интоксикацией.

Г. В. Литвиненко

ЕФЕКТИВНІСТЬ ОКСИГЕНОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ІДІОПАТИЧНІ ІНТЕРСТИЦІАЛЬНІ ПНЕВМОНІЇ

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ

За даними сучасних рекомендацій найбільш патофізіологічно обґрунтованим методом терапії легеневої недостатності є корекція гіпоксемії за допомогою кисню. Оксигенотерапія показана всім хворим, у яких методами етіологічної та патогенетичної терапії не вдається відновити нормальний кисневий гомеостаз. У науковій літературі практично немає робіт, присвячених вивченню ефективності оксигенотерапії у хворих на ідіопатичні інтерстиціальні пневмонії (ІІП). На сьогодні невідомо, наскільки ефективні при ІІП режими оксигенотерапії, прийняті для хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), з огляду на потовщення альвеоло-капілярної мембрани, що знижує швидкість дифузії газів.

Мета дослідження — порівняльне вивчення впливу оксигенотерапії на показники газового складу крові в хворих на хронічне обструктивне захворювання легень та ідіопатичні інтерстиціальні пневмонії з тяжкою гіпоксемією, оцінка ефективності оксигенотерапії хворих на ІІП після періоду протизапального лікування глюкокортикостероїдами.

У дослідженні взяли участь 17 хворих ІІП (чоловіків — 5, жінок — 12; вік — від 42 до 71 року) і 13 хворих на ХОЗЛ (чоловіки віком від 48 до 73 років) з гіпоксемією, рівень якої відповідав показаннями до призначення оксигенотерапії (напруга кисню в крові — $\text{PaO}_2 \leq 55$ мм рт. ст. або $\text{PaO}_2 \leq 59$ мм рт. ст. за наявності ознак легеневого серця або еритроцитозу з гематокритом > 55 %).

Установлено, що групи хворих на ідіопатичні інтерстиціальні пневмонії та ХОЗЛ із однаковим ступенем гіпоксемії істотно відрізняються одна від одної за ступенем і механізмами порушень дифузійної функції легень: у хворих на ідіопатичні

інтерстиціальні пневмонії спостерігаються різко виражені дифузійні розлади ($\text{DLCO} = 27,3 \pm 2,8$ %), зумовлені потовщенням альвеоло-капілярної мембрани; у пацієнтів з ХОЗЛ відзначаються помірні порушення дифузійної функції легень ($\text{DLCO} = 48,1 \pm 7,2$ %), причиною яких є зменшення різниці в парціальному тиску кисню в альвеолах і капілярах унаслідок гіперінфляції легень ($\text{RV} = 186,9 \pm 15,8$ %). Стандартний для хворих на ХОЗЛ режим оксигенотерапії (3 л/хв) є недостатньо ефективним у пацієнтів з ідіопатичними інтерстиціальними пневмоніями. Вибір режиму оксигенотерапії хворих на ідіопатичні інтерстиціальні пневмонії повинен здійснюватися в інтервалі швидкості потоку від 3 до 5 л/хв залежно від характеру відповіді показника сатурації.

Оцінка ефективності оксигенотерапії через 3 тижні від початку лікування глюкокортикостероїдами (ГКС) була проведена у 15 хворих на ІІП. Через 3 тижні після початку лікування у хворих зменшився ступінь гіпоксемії в спокої ($\text{PaO}_2 = 50,0 \pm 2,0$ мм рт. ст. при надходженні в клініку й $56,1 \pm 2,0$ через 3 тижні лікування; $p < 0,5$). Результати вивчення динаміки газового складу крові після сеансу оксигенотерапії в режимах потоку 3 л/хв і 5 л/хв показали, що через 3 тижні лікування ефект середньопотокової (3 л/хв) оксигенотерапії був приблизно таким самим, як і під час використання максимальної швидкості потоку (5 л/хв) в період при надходженні хворих до клініки.

Таким чином, лікування хворих на ідіопатичні інтерстиціальні пневмонії з застосуванням глюкокортикостероїдів зумовлює зменшення суб'єктивних проявів захворювання, зниження рівня гіпоксемії, а також сприяє підвищенню ефективності оксигенотерапії.

Н. А. Литвиненко

ВАРТІСТЬ-ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ІЗ РОЗШИРЕНОЮ РЕЗИСТЕНТНІСТЮ МБТ ДО ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИХ ПРЕПАРАТІВ ЗАЛЕЖНО ВІД ЗАСТОСУВАННЯ РІЗНИХ СХЕМ ПРОТЯГОМ ІНТЕНСИВНОЇ ФАЗИ ХІМІОТЕРАПІЇ

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ

Мета роботи: визначити оптимальні індивідуалізовані режими інтенсивної фази хіміотерапії (ІФХТ) для хворих на туберкульоз із розширеною резистентністю МБТ (РР ТБ) за складом, кількістю протитуберкульозних препаратів, що дозволить підвищити ефективність лікування хворих та заощадити державні кошти.

Матеріали та методи. Вивчення ефективності індивідуалізованих режимів хіміотерапії для хворих на РР ТБ та РР ТБ проводили в рандомізованому контрольованому проспективному дослідженні, яке включало 60 хворих, що лікувались в 2 терапевтичному відділенні ДУ НІФП протягом 2010–2012 років. Усі хворі, що увійшли в дослідження, мали добру прихильність до лікуван-

ня. Розподіл хворих на групи порівняння був проведений за допомогою рандомізації (методом випадкових чисел) залежно від об'єму лікувальних заходів: 1-ша група (34 хворих), яким був призначений індивідуальний режим хіміотерапії згідно тесту медикаментозної чутливості МБТ (ТМЧ МБТ), коли в режимі хіміотерапії призначали 6–8 протитуберкульозних препаратів (ПТП): 5–6 ПТП I–II ряду, до яких МБТ чутливі та резервних та додатково до них 1 — 2 ПТП I — II ряду, до яких визначали резистентність МБТ; 2-га група (16 хворих), яким був призначений індивідуальний режим хіміотерапії згідно ТМЧ МБТ, коли в режимі хіміотерапії призначали 6–8 ПТП: 3–4 ПТП I–II ряду, до яких МБТ чутливі та резервних та додатково до них 3–4 ПТП I–II

ряду, до яких визначали резистентність МБТ; 3-тя група (10 хворих на РР ТБ), яким був призначений індивідуальний режим хіміотерапії згідно ТМЧ МБТ, коли в режим хіміотерапії призначали 5–6 ПТП: I–II ряду, до яких МБТ чутливі та резервних.

Хворі, які отримували різні режими хіміотерапії та були включені в різні групи порівняння, не відрізнялись за віком, статтю, поширеністю туберкульозу, кількістю та розмірами деструкцій, встановлених випадком туберкульозу. Ефективність лікування на момент завершення ІФХТ оцінювали за наступними показниками: припинення бактеріовиділення за мазком та культурою; виникнення побічних реакцій, що призвели до відміни ПТП; виникнення побічних реакцій загалом (що призвели до відміни ПТП або ліквідовані симптоматичними засобами).

У дослідженні розраховували вартість-ефективність режимів ІФХТ: ZMfxCmPasCfz — індивідуальний режим хіміотерапії згідно ТМЧ МБТ (5 протитуберкульозних препарати I та II ряду, до яких МБТ чутливі або резервних); II: EZMfxCmPasEtCfz — індивідуальний режим хіміотерапії згідно ТМЧ МБТ (5 протитуберкульозних препарати I та II ряду, до яких МБТ чутливі або резервних), та додатково 2 протитуберкульозних препарати I та II ряду слабкої активності (етамбутол, етіонамід), до яких МБТ резистентні. Термін застосування режимів, що порівнюються — 8 місяців (240 діб). Робота виконана за кошти державного бюджету.

Результати та їх обговорення. Визначена тенденція до збільшення частоти припинення бактеріовиділення на момент завершення ІФХТ на 12,9 % у хворих на РР ТБ при додаванні до 4-х компонентного режиму хіміотерапії 1–3 ПТП I та II ряду слабкої активності (етамбутол, піразинамід, етіонамід, ПАСК),

до яких МБТ резистентні, порівняно з пацієнтами, котрим застосовували лише 4 та більшу кількість протитуберкульозних препаратів, до яких збережена чутливість МБТ ($p > 0,05$) — досягли відповідно в 18 (52,9 %) проти 4 (40,0 %) хворих. При цьому не спостерігали збільшення кількості побічних реакцій, що призвели до відміни ПТП — у 7 (20,6 %) проти 3 (30,0 %) хворих, відповідно ($p > 0,05$).

У разі неможливості призначення хворим на РР ТБ 5–6 ПТП I–II ряду, до яких збережена чутливість МБТ або резервних (за причини великої кількості ПТП I–II ряду, до яких МБТ резистентні, або їх поганої переносимості), додавання до 3–4 таких ПТП ще 3–4 ПТП I–II ряду, до яких визначена резистентність МБТ, дозволяє досягти однакової ефективності лікування (припинення бактеріовиділення у 4 (40,0 %) проти 6 (37,5 %)), без підвищення частоти визначення побічних ефектів.

У хворих на РР ТБ показник вартості-ефективності в 1,3 рази менший у разі застосування індивідуального режиму хіміотерапії згідно ТМЧ МБТ (5 ПТП I та II ряду, до яких МБТ чутливі або резервних), та додаткового призначення 2-х ПТП I та II ряду слабкої активності (етамбутол, етіонамід), до яких МБТ резистентні, порівняно з режимом хіміотерапії згідно ТМЧ МБТ (лише 5 ПТП I та II ряду, до яких МБТ чутливі або резервних), що становив 1030,82 проти 1338,57.

Хворим на РР ТБ під час ІФХТ бажано застосовувати багатокомпонентні режими хіміотерапії, що включають як 4 ПТП, до яких збережена чутливість МБТ, так і 1–3 ПТП, до яких встановлена резистентність МБТ, що дозволяє покращити показник вартості-ефективності лікування.



О. П. Литвинюк, С. В. Зайков, М. А. Тхоровський, Н. М. Гончар

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Вінницький обласний клінічний протитуберкульозний диспансер

На сьогоднішній день туберкульоз (ТБ) продовжує бути однією з основних інфекційних хвороб людства, котра обумовлює значну смертність населення багатьох країн світу. Україна посідає 7 місце в Європі за показником захворюваності на ТБ та 2 місце за загальною кількістю хворих. Так, станом на кінець 2012 року на диспансерному обліку знаходилося 781 024 хворих на ТБ, що складає більш, ніж 1,5 % всього населення країни. З 2007 року намітилась тенденція до скорочення захворюваності на ТБ, але незважаючи на деяку позитивну динаміку та зниження рівнів захворюваності й смертності від нього, проблема продовжує бути актуальною. В умовах складної епідеміологічної ситуації з ТБ в Україні високий ризик захворіти мають особи, які безпосередньо контактують з хворими, а саме медичні працівники та працівники інших спеціальностей в системі охорони здоров'я. Це й зумовило вибір напрямку нашого дослідження.

Станом на кінець 2012 року в протитуберкульозних закладах і закладах загальної лікарської мережі Вінницької області працювало 31 073 медичних працівники. За останні 6 років на ТБ захворіли 133 працівники системи охорони здоров'я, серед них 101 медичний співробітник та 32 працівники інших спеціальностей (кухарі, охоронники, кочегари, юристи, водії, прачки та інші). При цьому захворюваність медичних працівників на ТБ в 2007 році склала 50,5 на 100 тис. медичних працівників, в 2008 році — 48,2, в 2009 році — 61,3, в 2010 році — 51,7, в 2011 році — 60,5 і в 2012 році — 51,5. В середньому за 6 років захворюваність медичних працівників на ТБ склала 53,9 на 100 тис. медичних працівників. Таким чином, захворюваність на ТБ серед медичних працівників в основному про-

довжує зростати, незважаючи на те, що показник захворюваності серед населення області поступово зменшується.

Серед 101 випадку ТБ у медичних співробітників за останні 6 років було зареєстровано 79 (78,2 %) випадків ТБ у осіб жіночої статі та 22 (21,8 %) — у чоловіків, що свідчило на користь відповідних гендерних особливостей ТБ серед обстежених, і, можливо, було пов'язано з тим, що молодший та середній медичний персонал, який мав найвищі показники захворюваності на ТБ, в переважній більшості складається з представників саме жіночої статі.

Показники захворюваності на ТБ серед медичного персоналу області в залежності від посади розподілилися наступним чином: з 2007 по 2012 рік показник захворюваності серед лікарів зріс з 9,5 до 12,9 на 100 тис. медичних працівників, серед медичних сестер — з 28,4 до 28,9 на 100 тис. медичних працівників, а серед молодшого медичного персоналу — з 12,6 до 16,1 на 100 тис. медичних працівників. Також можна відзначити, що найвища захворюваність на ТБ спостерігалася серед середнього медичного персоналу. Так, в 2012 році серед всіх захворівших медичних працівників 56,2 % склали медичні сестри, 25,0 % — лікарі та 18,8 % молодші медичні сестри.

Серед 79 медичних працівників жіночої статі, котрі захворіли на ТБ за останні 6 років 4 (5,1 %), працювали лікарями, 26 (32,9 %) осіб — молодшими медичними сестрами санітарками, а 49 (62 %) мали середню медичну освіту. Серед 22 захворівших на ТБ медичних працівників чоловічої статі 4 (18,2 %) осіб мали середню медичну освіту, 12 (54,5 %) працювали лікарями та 3 (13,6 %) — санітарами. Отже, серед 16 лікарів,

котрі захворіли на ТБ за 6 років, спостерігалось 4 (25,0 %) випадки ТБ у жінок та 12 (75,0 %) випадків ТБ у чоловіків, що в більшому ступені відповідало статевій структурі захворювання в Україні та Вінницькій області.

Слід також відмітити, що серед медичних працівників області часто реєструвалися рецидиви ТБ. Так, серед всіх випадків ТБ серед медичних працівників спостерігалось 19 рецидивів даного захворювання. При цьому в 2007 році рецидиви склали 12,5 % від всіх випадків ТБ у медичних працівників, в 2008 році — 33,0 %, в 2009 — 15,8 %, в 2010 — 25 %, в 2011 — 5,2 % і в 2012 — 25,0 %.

Нами також проаналізована захворюваність на ТБ у медичних працівників протитуберкульозних закладів. Так, серед 101

захворівшого на ТБ медичного працівника 22 (21,8 %) особи працювали саме в даних закладах системи охорони здоров'я. Так, за період з 2007 по 2012 роки ТБ розвинувся в 1 лікаря (4,5 %), в 12 медичних сестер (54,6 %) та в 9 санітарок (40,9 %), що вимагає посилення в протитуберкульозних закладах відповідних заходів.

Таким чином, з 2007 по 2012 роки на тлі поступового зменшення захворюваності на ТБ населення України та Вінницької області, вона продовжує зростати серед медичних працівників. Найбільший ризик захворіти має середній медичний персонал. Значну частку серед всіх випадків ТБ серед медичних працівників становлять рецидиви захворювання. П'ята частина захворівших на ТБ медичних працівників працює в протитуберкульозних установах.

Т. В. Луцишин

ІМУНОДІАГНОСТИКА ПОЄДНАНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ ТА НИРОК

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Проведено комплексне імунологічне обстеження в трьох групах хворих: перша група — 41 хворий з поєднаним туберкульозом легень та нирок (основна група), друга — 44 хворих із туберкульозом легень (контрольна група 1) і третя — 29 осіб із туберкульозом нирок (контрольна група 2). Імунологічні обстеження проводили до й після проби Коха з 2 ТО ППД-Л. Результати імунопровокаційної проби оцінювали через 72 години після реакції Коха.

У всіх обстежених групах констатовані суттєві порушення Т-системи імунітету. При цьому в пацієнтів основної групи на фоні зниження загальної кількості лімфоцитів у периферичній крові, виявлено зменшення як абсолютного, так і відносного числа Т-клітин, а також "активної" їх субпопуляції. Одночасно, у них дефіцит Т-лімфоцитів супроводжувався значним пригніченням проліферативної їх активності (РБТЛ з ФГА). Подібні зміни виявлені в хворих контрольної групи 1 та контрольної групи 2, але ступінь цих зрушень був дещо меншим, ніж у пацієнтів основної групи. Отже, при поєднаному ураженні легень та нирок частіше спостерігали пригнічення функціональної активності Т-лімфоцитів (РБТЛ з ФГА), ніж їх кількості (Е-РУК). Інтенсивність порушення клітинного імунітету залежала від ступеня туберкульозної інтоксикації та розповсюдженості специфічного процесу.

У хворих на поєднаний туберкульоз легень та нирок (основна група) відмічено незначне збільшення абсолютного й відносного числа ЕАС-РУК, порівняно зі здоровими. В контрольних групах 1 та 2, на відміну від основної, виявлено вірогідне підвищення кількості ЕАС-РУК. Специфічний процес у всіх обстежених групах супроводжувався суттєвим збільшенням

рівня ЦІК. Інформативність Е-РУК в основній групі становить 60,6 %, Еа-РУК — 71,9 % і РБТЛ з ФГА — 73,1 %, ЕАС-РУК — 42,3 %, ЦІК 83,9 %; відповідно в контрольній групі 1 — 50,0 %, 59,0 %, 70,5 %, 40,9 %; 81,8 %, а в контрольній групі 2 — 58,6 %, 58,6 %, 72,4 %, 41,3 % і 82,7 %.

В обстежених групах імуноспецифічні реакції, які характеризували протитуберкульозний імунітет, суттєво відрізняли від аналогічних у здорових. Зокрема, при активному туберкульозі в хворих з основної групи констатовано вірогідне збільшення кількості імунних-РУК, числа бластних клітин на туберкулін, порівняно зі здоровими донорами, а також у порівнянні з хворими контрольної групи 1 і 2. При цьому вірогідне зростання кількості імунних-РУК констатовано в 74,4 % хворих основної групи, активацію РБТЛ з ППД — у 58,9 % (в контрольній групі 1 — у 68,2 %, і у 54,5 % і в контрольній групі 2 — у 68,9 % та у 51,7 %, відповідно).

Для визначення активності процесу, хворим, в яких показники імунної системи були в межах норми, ставили пробу Коха з підшкірним введенням 20 ТО ППД-Л. Імунопровокаційна проба розцінювалась як допоміжний критерій оцінки загальної реакції організму на пробу Коха. У хворих на активний туберкульоз внаслідок проведеної проби показники Е-РУК, РБТЛ з ФГА, ЕАС-РУК вірогідно не змінювались. В той же час, у них після введення 20 ТО ППД-Л відбулось різке збільшення кількості І-РУК, пригнічення РБТЛ з ППД-Л та зменшення числа Еа-РУК. Використання комплексного клініко-рентгенологічного, мікробіологічного, імунологічного досліджень та імунопровокаційної проби підвищило частоту визначення активності специфічного процесу до 92,0 %.

К. Д. Мажак, Г. А. Іванов
БІОХІМІЧНІ Й КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ ОЗОНО-ЛАЗЕРОТЕРАПІЇ
ПРИ ТУБЕРКУЛЬОЗІ ЛЕГЕНЬ, ПОЄДНАНОМУ З ХОЗЛ

ДУ «Львівський НДІ епідеміології та гігієни МОЗ України», м. Львів

За останні роки збільшується кількість хворих на туберкульоз легень (ТБЛ), в яких специфічний процес поєднується з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ). ХОЗЛ, як супутнє захворювання, так і те, що ускладнює туберкульоз, виявляють від 5,5 до 85,2 % випадків залежно від віку пацієнтів, форми ТБЛ і тривалості його перебігу. Це поєднання тяжко піддається лікуванню, інвалідизує хворих, завдає відчутних соціально-економічних збитків, що обумовлює пошук нових технологій комбінованої терапії ТБЛ та ХОЗЛ для підвищення результативності лікування. Застосування комбінації хіміо-озоно-лазеротерапії здатне корегувати імунологічний статус хворого, проявляти детоксикаційну, протизапальну, десенсибілізуючу дію, стимулювати процеси неоангіогенезу та репарації, покращувати обмінні процеси, запобігати вазоконстрикції і справляти пролонгований ефект і після завершення терапії.

З метою розробки нових способів підвищення ефективності лікування в 35 вперше діагностованих хворих на деструктивний туберкульоз легень (ВДДТБ) з бактеріовиділенням поєднаний із ХОЗЛ (дослідна група) досліджено дію внутрішньовенного введення озонованого фізіологічного розчину з почерговим внутрішньовенним опроміненням крові комбінацією червоного та синього лазерів в інтенсивній фазі хіміотерапії (ХТ) на процеси ПОЛ та на активність ферментів антиоксидантного захисту (АОЗ), аденозин дезамінази (АДА), середньомолекулярних пептидів (СМС), частоту та терміни припинення бактеріовиділення та закриття порожнин розпаду, функцію зовнішнього дихання. Хворі контрольної групи (32 осіб), в яких ВДДТБ легень був поєднаний із ХОЗЛ, отримували стандартизовану антимікобактеріальну хіміотерапію (АМБТ) та базову терапію ХОЗЛ (наказ МОЗ України №128 від 19.03.2007 р.). Аналіз результатів проведених досліджень виявив, що застосування еферентних методів (ЕМ) в інтенсивній фазі ХТ хворих на

ВДДТБ поєднаний із ХОЗЛ вірогідно ($p < 0,05$) на початкових етапах підвищує, а далі достовірно знижує ($p < 0,05$) активність процесів ПОЛ у 92,5 % випадків, в той час як застосування однієї ХТ лише в 63,5 % випадків на фоні підвищення активності основних ензимів АОЗ: СОД, каталази, глутатіонпероксидази й, менш виражено, церулоплазміну. Доповнення стандартизованої АМБТ еферентними методами (озонотерапія+ВЛОК синього й червоного спектру випромінювання) сприяє істотній активації показників АОЗ: частка впливу ЕМ на активність СОД та каталази при інфільтративній формі туберкульозу становить 74,81 % та 77,89 %, ГП — 81,2 %; при дисемінованій — 80,43 %, 27,24 %, 64,71 % відповідно, на процеси ПОЛ — в середньому $29,2 \pm 4,2$ % (вплив досліджуваного фактора достовірний у всіх вказаних випадках ($p_{1,2,3} < 0,01$)). В дослідній групі в порівнянні з контрольною після стаціонарного етапу ХТ відмічено вірогідно нижчі ($p_{1,2} < 0,05$) рівні активності АДА (на 26,2 %) та СМП (15,4 %), що свідчить про відновлення функції макрофагальної системи легень і зниження антигенного навантаження. Припинення бактеріовиділення після завершення інтенсивної фази лікування в дослідній групі (ХТ+озон+ВЛОК) виявлено в 88,9 % випадків, а в контрольній — в 65,0 %, закриття порожнини розпаду зафіксовано в 30,6 % і 20,0 % осіб відповідно. На стаціонарному етапі лікування у хворих дослідної групи отримана позитивна динаміка підвищення об'єму форсованого видиху за 1 секунду (ОФВ1) в межах від 6,2 до 15,4 % без використання бронхолітичної терапії.

Удосконалення лікування ВДДТБ легень поєднаного з ХОЗЛ шляхом патофізіологічно обґрунтованих нових квантово-енергетичних підходів до корекції дисрегуляторних розладів, використовуючи мінімальні по інтенсивності низькоенергетичні фізичні впливи, дозволяє значно підвищити якість та ефективність стаціонарного етапу лікування.

К. С. Мажнік, О. О. Речкіна
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА СИТУАЦІЯ З ТУБЕРКУЛЬОЗОМ В ЛУГАНСЬКІЙ ОБЛАСТІ
НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

ДУ «Національний інститут фтизіатрії та пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ

Захворюваність на туберкульоз в Україні є однією з важливіших соціально-медичних проблем. Всебічний аналіз статистичних даних, що характеризують епідемічну ситуацію з туберкульозом, дозволяє об'єктивно оцінити тенденції в ході епідемічного процесу, визначити першочергові заходи для обмеження поширення туберкульозу серед населення. Наведені положення обумовлюють актуальність вивчення проблеми туберкульозу в Україні як у цілому, так і в окремо взятому регіоні.

З метою дослідження епідеміологічної ситуації з туберкульозом серед дорослого населення Луганської області були проаналізовані основні епідеміологічні показники з використанням матеріалів офіційної статистики. Для порівняння та виявлення особливостей та тенденцій туберкульозу в сучасних умовах було обрано два періоди: 1 період (2001–2005 рр.) — період, який характеризується погіршенням епідемічних показників туберкульозу на фоні соціально-економічної кризи, недостатнього фінансування протитуберкульозних заходів та

2 період (2006–2011 рр.) — період, що характеризується стабілізацією епідемічної ситуації з туберкульозом.

Проведений аналіз показників захворюваності на всі форми активного туберкульозу по Луганській області дозволив встановити, що у 1 період показник поступово збільшується та значно перевищує середньоукраїнський показник. Середнє значення показника за цей період по Україні складає 77,34, по Луганській області — 102,36 на 100 тис. населення, тобто перевищує на 32,35 %. У 2-й період в динаміці років простежується тенденція до зниження захворюваності на всі форми туберкульозу як по Україні, так і в регіоні. Але, при цьому ПЗ по області продовжує достовірно перевищувати середньоукраїнський (95,86 проти 74,74 на 100 тис. населення, або на 28,3 %). Отже, захворюваність на активний туберкульоз у період 2006–2010 рр. незначно менша, ніж у 2001–2005 рр. як у цілому по Україні, так й у Луганській області, але зберігається достовірне переважання середнього

показника захворюваності по області порівняно з показником по Україні в обидва періоди (102, 36 проти 77,34 у 1-й період та 95,85 проти 74,74 у 2-й).

У 2 період смертність від усіх форм туберкульозу по Україні зменшилася з 25,3 до 16,6 на 100 тис. населення, тобто на 34,39 %. Середньо український показник смертності від туберкульозу становить — 20,46, по Луганській області — 25,5 на 100 тис. населення. У другий період загальна смертність від туберкульозу по Україні має тенденцію до зменшення, а по Луганській області, навпаки, зростає та в 1,4 рази перевищує середньо український показник.

Отже, незважаючи на позитивний момент зниження значень ПЗ дорослого населення, рівень цього показника зберігається

достовірно високим порівняно з середньоукраїнським ($p < 0,05$).

При розгляданні цих же показників в залежності від місця проживання хворих у межах Луганської області, встановлено, що захворюваність на всі форми активного туберкульозу в 1,3 рази більша в містах, але починаючи з 2005 року поступово зменшується, а в районах має хвилеподібний характер з тенденцією до збільшення. Показник загальної смертності також більший у містах.

Таким чином, епідемічна ситуація з туберкульозу в Луганській області все ще залишається напруженою, зберігаються негативні тенденції основних показників, що її характеризують. Така ситуація в регіоні потребує подальшого вивчення та визначення причин збереження негативних тенденцій.

М. О. Майорова, Т. В. Пьянзова, О. Н. Конончук

АНОЗОГНОЗИЯ И ЭЙФОРИЯ ПО ОТНОШЕНИЮ К БОЛЕЗНИ У ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ ЛИЦ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ

*Кемеровская государственная медицинская академия
Областной центр СПИД, г. Кемерово*

Выявление и оценка факторов риска низкой приверженности терапии имеет немаловажное значение в лечении туберкулеза у пациентов с ВИЧ-инфекцией, поскольку, как отмечают многие исследователи, отрывы от лечения у больных сочетанной патологией составляют 19–21 %, что в 7 раз больше, чем в общей когорте. Для оценки потребности и готовности больного к терапии необходимо изучить, прежде всего, отношение самого пациента к своей болезни.

Цель исследования: изучение особенностей отношения к болезни, уровня тревоги и депрессии больных с сочетанной патологией ТБ/ВИЧ.

Материал и методы исследования. Объектом исследования были 116 больных туберкулезом, находившихся на лечении в противотуберкулезном стационаре ГКУЗ КОКПТД в 2011–2012 гг.: 1 группа — 56 пациентов с сочетанной патологией (ТБ/ВИЧ); 2-ая группа — 60 ВИЧ-отрицательных больных туберкулезом. Критериями исключения явились: ВИЧ-инфекция IV B и V стадии в связи с тяжестью общего состояния, а так же установленный диагноз ВИЧ-деменции. Все респонденты приняли участие в письменном анкетировании личностным Опросником Бехтеревского института (ЛОБИ).

При анализе психологических типов отношения к болезни согласно опроснику ЛОБИ выявлено преобладание в группе ТБ/ВИЧ эйфорического (42,9 % лиц 1-ой группы против 10 % лиц 2-ой группы) и анозогнозического типов (21,4 % против 0 %, $p < 0,05$), тогда как во 2-ой группе в большинстве случаев регистрировался гармоничный тип (19,6 % против 48,3 %). Различий по типам отношения к болезни между пациентами с впервые выявленной ВИЧ-инфекцией — 16 человек (43,7 %, $n = 7$ — эйфория; 25,0 %, $n = 4$ — анозогнозия) и больными, состоявшими на учете у инфекциониста свыше года

— 40 человек (42,5 %, $n = 17$ — эйфория, 20,0 %, $n = 8$ — анозогнозия) не выявлено. Эйфорический тип характеризовался необоснованно повышенным настроением, пренебрежением к лечению и легкомысленным отношением к болезни, легкостью в нарушении режима. Анозогнозический тип отношения проявлялся активным отбрасыванием мыслей о болезни и ее последствиях, отрицанием очевидного в ее проявлениях, отказом от обследования и лечения. В абсолютном большинстве пациенты 1-ой группы были уверены в том, что в лечении не нуждаются — 38 чел. (74,0 %); не считали, что болезнь может существенно отразиться на их будущем — 30 чел. (58,8 %); указали на то, что врачи мало понимают в их болезни и преувеличивают тяжесть их состояния — 38 чел. (74,0 %); показали полное безразличие к работе — 42 чел. (82,3 %). В этой группе 11 больных (21,5 %) не верили в успех лечения и считали ВИЧ-инфекцию неизлечимой болезнью.

Выводы. У пациентов с сочетанной патологией ТБ/ВИЧ имела место диссоциация между субъективной оценкой своего здоровья и тяжестью состояния. Среди психологических типов отношения к болезни в группе пациентов с ТБ/ВИЧ преобладали эйфорический (42,9 %) и анозогнозический (21,4 %), что объясняет предпосылки низкой приверженности лечению данной категории больных. Из вышеизложенного видно, что больные туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией представляют собой совершенно особую группу с выраженным отрицанием самого факта болезни. Очевидна необходимость разработки системы организационных подходов к лечению больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией, основанных на биопсихосоциальной модели заболевания, особенностях клинического течения сочетанных инфекций, комплаентности пациента.

Н. М. Малкович, Я. І. Малкович, Ю. А. Боданюк**ІМУНОРЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ІЗ СУПУТНИМИ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ II ТИПУ***Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці
КМУ «Міська клінічна лікарня № 3», м. Чернівці*

Питання імунореабілітації хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) із супутніми та коморбідними патологічними станами є мало вирішеним. Пацієнтам, що страждають на ішемічну хворобу серця (ІХС) та цукровий діабет II типу (ЦД), властиві триваліші періоди загострення ХОЗЛ, зумовлені ефектом взаємообтяження кардіореспіраторної патології, наявністю вторинної імуносупресії, явищами макро- та мікроангіопатії. Антибіотикотерапія при гнійних загостреннях є високоефективним етіологічним методом лікування, але не вирішує питання патогенетичної корекції імунного дефекту, попередження тривалих періодів запалення слизової дихальних шляхів.

Нами апробоване застосування фітозасобів Протефлазид (Екофарма, Україна) та Умкалор (DNU, Німеччина) в комплексному лікуванні хворих на ХОЗЛ із супутніми ІХС та ЦД.

В дослідження було включено 38 осіб, що страждали на ХОЗЛ II стадії віком від 48 до 65 років. Співвідношення чоловіки : жінки було 3:1. Всі досліджувані страждали на ЦД II типу та ІХС. Хворі були розподілені на 2 групи. Пацієнти групи порівняння (9 хворих) отримували стандартну терапію. Досліджувані основної групи (29 хворих) були розподілені на підгрупу А (15 хворих) та підгрупу Б (14 хворих). Пацієнти підгрупи А додатково до стандартної терапії отримували Протефлазид, підгрупи Б — Умкалор.

Виходячи з літературних даних щодо особливостей фармакодинаміки препаратів Протефлазид та Умкалор, нами було проведено дослідження щодо диференційованого застосування згаданих фітозасобів. Протефлазид ми рекомендували включати в терапевтичний комплекс хворим з чітко анамнестично встановленим вірусним початком загострення ХОЗЛ за наступною схемою: впродовж першого тижня лікування — по

5 крапель тричі на добу, з другого тижня — по 8 крапель тричі на добу. Тривалість лікування складала 3 тижні. Умкалор використовувався в терапевтичній схемі у досліджуваних із затяжним загостренням ХОЗЛ, починаючи з четвертого тижня епізоду, призначався засіб по 30 крапель тричі на день впродовж 2 тижнів. Порівняно з пацієнтами групи порівняння, у хворих основних груп клінічно відмічали прискорення інволюції суб'єктивних та об'єктивних ознак захворювання, зменшення гнійності мокротиння.

Вивчення стану клітинного імунітету в хворих на ХОЗЛ показало, що в період активності захворювання в 36 випадках (94,7 %) виявлені зміни в імунному статусі досліджуваних. При цьому ступінь порушень у системі Т-лімфоцитів був неоднорідним: у 55,5 % досліджуваних виявлено зміни середнього ступеня, помірна зміна реактивності — у 44,4 % обстежених. Результати дослідження показали, що комплексне лікування хворих на ХОЗЛ з включенням Протефлазиду та Умкалору сприяло більш чіткій нормалізації показників Т-системи імунітету в порівнянні з показниками пацієнтів групи порівняння. Зокрема рівень Т-лімфоцитів у хворих, лікованих згаданими препаратами збільшився в 1,4 рази, в той час як у досліджуваних групи порівняння — в 1,02. Кількість активних форм Т-лімфоцитів в основній групі збільшилась в 1,5 рази, а в групі порівняння — в 1,07. Рівень Т-хелперів та Т-супресорів в основній групі зріс відповідно в 1,57 та 1,35 рази. В групі порівняння теж спостерігалась тенденція до покращення цих показників, але зміни у порівнянні з вихідними цифрами були несуттєвими.

В подальшому хворим було рекомендоване продовжити застосування препаратів Протефлазид та Умкалор за схемою профілактики впродовж 3 тижнів.

Л. Я. Манів**ПОБІЧНІ РЕАКЦІЇ ВІД ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ І АНТИРЕТРОВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА КО-ІНФЕКЦІЮ ТУБЕРКУЛЬОЗ/ВІЛ***ДУ „Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”, м. Київ*

Мета: вивчити частоту побічних реакцій у хворих на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ при проведенні одночасно протитуберкульозної та антиретровірусної терапії.

Матеріали та методи. У ретроспективному контрольному дослідженні, що включало 86 хворих з ко-інфекцією туберкульоз/ВІЛ і вірусним гепатитом В і С, вивчено частоту побічних реакцій при одночасному проведенні протитуберкульозної та антиретровірусної терапії (АРТ) після інтенсивної фази хіміотерапії. Методом підбору пар за формою та поширеністю туберкульозного процесу та тяжкістю ВІЛ-інфекції, були поділені на групи: основну (43 особи), у хворих якої на фоні антимікобактеріальної терапії була призначена АРТ, та контрольну (43 особи), хворих якої лікували лише протитуберкульозними препаратами. Групи порівняння були ідентичні згідно випадку туберкульозу. В обох групах переважали хворі з вперше діагнованим туберкульозом легень (ВДТБЛ) (88,4 % та 86,0 %), у решти хворих реєстрували рецидив захворювання — відповідно в 11,6 % та 14,0 %. Туберкульоз легень був у всіх хворих, туберкульоз легень у поєднанні з позале-

невою доквілізацією — відповідно в 30,2 % і 34,9 % (туберкульозний плеврит, туберкульоз лімфатичної системи). У хворих на туберкульоз легень частіше з однаковою частотою була інфільтративна й дисемінована форма захворювання — відповідно в 58,1 % та 41,9 % ($p > 0,05$) проти 60,5 % і 39,5 % хворих контрольної групи ($p > 0,05$), деструкції в легенях визначали відповідно у 28 (65,1 %) та в 25 (58,1 %) хворих ($p > 0,05$), бактеріовиділення методом мікроскопії та посіву харкотиння — відповідно 67,4 % і 74,4 %.

Результати та обговорення. Побічні реакції від протитуберкульозної та антиретровірусної терапії виникали у перші 4–8 тижнів лікування. Побічні реакції виникали переважно від протитуберкульозної хіміотерапії, оскільки розвивались ще до призначення АРТ (в у 15 хворих основної групи, що складало 68,2 % від числа хворих, в яких розвинулись побічні реакції). Встановлено, що під час інтенсивної фази протитуберкульозної хіміотерапії побічні реакції виникають у 60,5 % хворих без АРТ та в 69,8 % хворих, які отримували АРТ ($p > 0,05$), переважно за рахунок гепатотоксичних та диспепсичних побічних реакцій від

піразинамиду, рифампіцину й ізоніазиду. Найчастіше у хворих із ко-інфекцією туберкульоз/ВІЛ виникали гепатотоксичні реакції — в основній групі у 34,8 % хворих, у контрольній — у 34,8 % хворих ($p > 0,05$). Висока частота гепатотоксичних реакцій, на нашу думку, була пов'язана з супутніми вірусними гепатитами та застосуванням у схемах лікування піразинамиду. На другому місці за частотою були диспепсичні побічні реакції, які проявлялися нудотою й не призводили до зміни режиму хіміотерапії або схеми антиретровірусної терапії — відповідно в 27,9 % та 23,3 % хворих ($p > 0,05$). В більшості випадків побічні реакції були не тяжкими та не потребували зміни або відміни протитуберкульозної терапії або схеми АРТ (відповідно в 9,3 % і 6,9 % хворих, $p > 0,05$). Відсутність вірогідного впливу АРТ на частоту

побічних реакцій під час інтенсивної фази хіміотерапії дозволяє не відкладати її призначення на підтримуючу фазу або після завершення основного курсу хіміотерапії. На другому місці за частотою реєстрували побічні реакції від рифампіцину й ізоніазиду — диспепсичні, гепатотоксичні, алергічні та неврологічні побічні реакції — відповідно в 10 (33,3 %) та 8 (30,8 %) хворих із числа пацієнтів, в яких виникли побічні реакції.

Висновки. У хворих на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ із високою частотою виникають побічні реакції від протитуберкульозної хіміотерапії — в 60,5 % випадках переважно за рахунок гепатотоксичних та диспепсичних побічних реакцій. Антиретровірусна терапія несуттєво збільшує частоту побічних реакцій (на 13,4 %).

У. І. Марусик

ПОКАЗНИКИ КЛІТИННОГО ІМУНІТЕТУ КРОВІ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, З УРАХУВАННЯМ АСТМА-ФЕНОТИПІВ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Попри багаторічні дослідження бронхіальної астми (БА), питання підвищення ефективності лікування даного захворювання в дітей залишається актуальними. Так, згідно з даними різних авторів, у 70–95 % пацієнтів розвивається астма, що тяжко піддається лікуванню. Неефективність базисної терапії БА, зумовлена, мабуть, наявністю різних фенотипів даного захворювання, зокрема атопічного та неатопічного.

На нашу думку, врахування показників клітинної ланки імунної системи в периферичній крові дітей, що відображають патогенетичні механізми реалізації БА, дозволить ідентифікувати певний її фенотип, відповідно до цього персоналізувати терапію астми та, тим самим, підвищити ефективність лікування даного захворювання.

Мета роботи. Оцінити показники клітинної ланки імунної системи в школярів для верифікації фенотипів атопічної та неатопічної БА та персоналізації терапії.

64 дитини шкільного віку, хворих на БА розподілено на дві клінічні групи залежно від фенотипу астми. До I групи увійшло 38 пацієнтів, в яких визначався обтяжений алергологічний анамнез у родині, та при проведенні внутрішньошкірних алергопроб із небактеріальними алергенами розмір папули перевищував 10,0 мм (фенотип атопічної БА). А 26 школярів, у яких алергологічний анамнез не був обтяженим, і розмір папули не перевищував 5,0 мм, сформували II групу (неатопічна астма). За основними клінічними характеристиками групи порівнювалися. Усім дітям визначали вміст Т- (CD_3) та В-лімфоцитів (CD_{22}) методом імунофлуоресценції з використанням наборів моноклональних антитіл.

Статистичну обробку результатів дослідження здійснювали за допомогою методів варіаційної статистики, використовуючи статистичну програму StatSoft Statistica v 5.0., та з позиції клінічної епідеміології з урахуванням абсолютного (АР), відносного (ВР) ризиків та співвідношення шансів (СШ) із зазначенням 95 % довірчого інтервалу (95 % ДІ).

Порівняльний аналіз показників клітинної ланки імунітету в дітей із фенотипами атопічної та неатопічної БА показав, що підвищений вміст CD 3 у периферичній крові (більше 22,0 %) визначався в 95,4 % дітей I групи та лише в 64,3 % осіб II групи ($p < 0,05$). Зазначений вище вміст CD 3 в периферичній крові асоціював із ризиком наявності фенотипу атопічного БА: АР — 0,4, ВР — 5,2 (95 % ДІ 4,4–6,0) при співвідношенні шансів — 11,5 (95 % ДІ 4,1–31,9).

Водночас, показники абсолютного вмісту В-лімфоцитів у периферичній крові, нижче 0,48 Г/л, реєстрували практично в кожній другій дитині (40,0 %) хворої на неатопічну БА, на відміну від представників I групи (25,0 %, $p > 0,05$). Даний вміст CD 22 асоціював із ризиком наявності неатопічного фенотипу БА наступним чином: АР — 0,17, ВР — 1,3 (95 % ДІ 0,9–2,1), при СШ 2,0 (95 % ДІ 1,1–3,6).

Таким чином, підвищений відносний вміст Т-лімфоцитів дозволяє діагностувати атопічний фенотип БА та рекомендувати персональний підхід в її лікуванні, спрямований на контроль еозинофіл-опосередкованого запального процесу в бронхах. А зниження рівня В-лімфоцитів у периферичній крові дітей із фенотипом неатопічної БА дозволяє персоналізувати лікувальну тактику в даних пацієнтів за рахунок препаратів, які контролюють нейтрофілну запальну відповідь.

Ю. О. Матвієнко, І. Ф. Ільїнська, О. М. Рекалова, С. Г. Ясир, І. В. Копосова, В. М. Зубрійчук, О. М. Петішкіна, А. С. Фірсова, О. А. Рева

ВАРІАНТИ МОНОНУКЛЕАРНОЇ ІМУНОЛОГІЧНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ В ХВОРИХ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ДЕСТРУКТИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ

Виникнення, важкість перебігу та наслідки туберкульозу (ТБ) значною мірою обумовлені зниженням імунологічної реактивності організму, зокрема, — пригніченням Т-клітинної ланки імунітету та моноклеарних фагоцитів. Імунологічна

недостатність (ІН) може бути преморбідною й обумовлювати реактивацію латентної туберкульозної інфекції. Також вона може виникати в хворих на ТБ з необтяженим преморбідним станом внаслідок імуносупресивного впливу мікобактерій

туберкульозу (особливо мультирезистентних) і протитуберкульозних ліків. Тому метою цього дослідження, виконаного за кошти державного бюджету, було вивчення варіантів мононуклеарної імунологічної недостатності в хворих на деструктивний мультирезистентний туберкульоз легень (МРТБ) з відсутністю супутніх захворювань.

Комплексне імунологічне обстеження було проведено в 40 хворих на МРТБ. Варіант мононуклеарної ІН визначали в кожного пацієнта за її локалізацією (Т-лімфоцитарна, В-клітинна, моноцитарна або комбінована), характером (кількісна, функціональна чи змішана) і ступенем: I — компенсована, II — субкомпенсована, III — декомпенсована.

Найчастіше визначалася Т-клітинна ІН — у 29 осіб (72,5 %). При цьому функціональна Т-клітинна ІН відзначалася в 7 хворих (17,5 %), кількісна — в 6 (15,0 %). У решти 16 пацієнтів (40,0 %) скорочення вмісту Т-клітин та/або їх субпопуляцій супроводжувалося погіршенням їх функціонування. Компенсовану Т-клітинну ІН було діагностовано в 6 хворих (15,0 %), а в 23 (57,5 %) ці зрушення сягали II ступеня. Глибокої Т-клітинної ІН (III ступеня) виявлено не було.

Ознаки В-клітинної ІН мали місце в 16 осіб (40,0 %), з них у 14 (35,0 %) вона проявлялася лише зменшенням вмісту В-клітин.

Гіпо- та дисімуноглобулінемії зустрічалися лише в 2 хворих на МРТБ (5,0 %). Змішану В-клітинну ІН не було зареєстровано в жодному випадку. В основному, недостатність В-клітин була I-II ступеня, а саме I ступеня — в 10 хворих (25,0 %) та II ступеня — у 6 хворих (15,0 %). Глибокої депресії цих клітин не спостерігалось.

Моноцитарна ІН виявлялася в 34 хворих на МРТБ (85,0 %). Всього у 3 випадках (7,5 %) мало місце зменшення вмісту моноцитів, а пригнічення їх активності або дисфункція (зниження поглинальної здатності та підйом кисеньозалежного метаболізму або навпаки) — у 25 хворих (62,5 %); змішані порушення спостерігалися у 6 (15,0 %) випадках. У 4 хворих (15,0 %) моноцитарна ІН сягала I ступеня, у 24 хворих (67,5 %) — II ступеня, а глибокої депресії цих клітин виявлено не було.

Ізольовану мононуклеарну ІН було виявлено в 11 хворих (28,2 %), в тому числі в 6 (54,5 %) — моноцитарну й у 5 хворих (45,5 %) — Т-клітинну. Ізольованої В-клітинної ІН зареєстровано не було. У решти (28 пацієнтів, 71,8%) спостерігалася комбінована мононуклеарна ІН, яка здебільшого була виразною.

Отже, у більшості хворих на деструктивний МРТБ визначалась комбінована мононуклеарна імунологічна недостатність II ступеня з превалюванням змішаних порушень моноцитів та Т-клітин. Глибокої депресії цих клітин не спостерігалось.

В. М. Мельник, І. О. Новожилова, В. М. Матусевич, Л. Ф. Антоненко, І. В. Бушура, Л. В. Ареф'єва, А. М. Приходько

ОЦІНКА СПІВПРАЦІ ФТИЗІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ ІЗ ЗАГАЛЬНОЮ ЛІКУВАЛЬНОЮ МЕРЕЖЕЮ ЩОДО ВИЯВЛЕННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЇЇ ПОДАЛЬШОГО РОЗВИТКУ

Державна установа "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського НАМН України", м. Київ

Аналіз публікацій вітчизняних авторів за останні п'ять років доводить, що організація виявлення хворих на хіміорезистентний туберкульоз (ХРТ) в сучасних умовах потребує удосконалення з урахуванням усіх існуючих недоліків. Оскільки першою й найважливішою ланкою в виявленні хворих на туберкульоз є загальна лікувальна мережа (ЗЛМ), проводилося вивчення її діяльності у цьому напрямку за рейтинговою оцінкою результатів спеціального опитування фахівців-фтизіатрів 26 адміністративних територій України (відсоток обраховували від кількості адміністративних територій, фахівці яких вказали відповідний недолік). У 13 адміністративних територіях (50,0 %) оцінили співпрацю фтизіатричної служби та ЗЛМ щодо виявлення туберкульозу, як достатню, а решта 13 (50,0 %), як недостатню за обсягом. За їх даними, лікарі ЗЛМ недостатньо розуміють свою роль у виявленні туберкульозу (деякі переконані, що функція виявлення туберкульозу належить лише фтизіатричній службі), та не дотримуються протоколу обстеження при підозрі на туберкульоз (57,7 %). Робота з групами ризику щодо туберкульозу є незадовільною (групи ризику сформовані лише частково та охоплені необхідним обстеженням не у повному обсязі) (50,0 %), відмічаються помилки в відборі хворих для мікроскопічного дослідження мокротиння та під час його проведення (42,3 %), лікарі ЗЛМ недостатньо обізнані з питань туберкульозу (38,5 %). Мають місце недостатнє технічне та кадрове забезпечення ЗЛМ для організації виявлення хворих на туберкульоз (34,6 %, у тому числі застаріле рентген-обладнання), недостатнє оснащення лабораторій та недоліки щодо їх функціонування (30,8 %, у тому числі питання створення централізованих міжрайонних пунктів бактеріоскопії не вирішено фінансово), недостатньо активна позиція районних фтизіатрів у контролі за виявленням туберкульозу (23,1 %).

Слід відзначити, що в умовах розповсюдження хіміорезистентних штамів мікобактерій туберкульозу своєчасне виявлення хворих на туберкульоз, в якому важлива роль належить ЗЛМ, є не лише передумовою встановлення ХРТ (первинна резистентність), але й запобігання його розвитку (вторинна резистентність).

Проведене дослідження дозволяє не лише об'єктивно оцінити теперішній стан співпраці фтизіатричної служби із ЗЛМ у виявленні хворих на туберкульоз, але й запропонувати заходи щодо його поліпшення. Оскільки у виявленні хворих на туберкульоз важлива роль належить закладам ЗЛМ, необхідними організаційними заходами є: розробка чітких критеріїв роботи з групами ризику щодо туберкульозу та її оцінки, матеріально-технічне та кадрове забезпечення, навчання лікарів ЗЛМ питань туберкульозу, посилення контролю за виявленням туберкульозу в ЗЛМ з боку фтизіатричної служби. Для покращення роботи ЗЛМ щодо своєчасного виявлення туберкульозу слід розв'язати низку законодавчих, матеріально-технічних, кадрових та правових питань. Причому в умовах сьогодення, коли відбувається перебудова усієї системи надання медичної допомоги населенню України, всі питання щодо співпраці фтизіатричної служби з ЗЛМ необхідно розглядати враховуючи зміни в системі функціонування української медицини. Організація співпраці фтизіатричної служби із ЗЛМ в сучасних умовах потребує не лише її удосконалення та усунення вищезазначених недоліків, але й кардинальних змін відповідно до перебудови самої ЗЛМ, яка вже розпочалася. Причому пропозиції щодо того, які мають бути ці зміни, повинно виходити саме від фахівців-фтизіатрів, після проведення ретельного аналізу побудови нової системи медичної служби та ефективності її функціонування у пілотних проектах, які вже розпочато. Важливість та негайність розробки таких пропозицій не викликає жодних сумнівів.

В. М. Мельник, В. Г. Матусевич, І. О. Новожилова, О. П. Недоспасова ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНOSTI НА ТУБЕРКУЛЬОЗ В УКРАЇНІ

ДУ «Національний інститут фізичної та пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»,
ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України», м. Київ

За останні роки епідеміологічна ситуація з туберкульозу (ТБ) характеризувалась стабілізацією деяких показників. У 2011 році захворюваність на ТБ становила 67,2 випадки на 100 тис. населення (68,1 у 2012 р.), смертність — 15,3 на 100 тис. населення (15,2 у 2012 р.). У 2012 р. зменшилась кількість хворих, які зареєстровані в протитуберкульозних закладах — з 457017 хворих у 2010 р. до 420844 — у 2012 р. Показником стану ситуації з ТБ є захворюваність дітей на ТБ. За останні роки захворюваність на ТБ дітей віком 0–14 практично не змінювалась достовірно й складала 7,8–8,4 на 100 тис. населення (2010–2012 рр. відповідно). Захворюваність на туберкульоз у дітей підліткового віку (15–17 років) зменшилась в 2012 р. до 28,1 на 100 тис. населення (у 2010 р. — 29,9 на 100 тис.). Лікарсько-стійкий ТБ і ВІЛ-інфекція, будучи смертельно небезпечною поєднаною патологією, є серйозним викликом для ефективної протитуберкульозної роботи. На тлі поступової стабілізації епідемічного процесу на сьогодні загрозу становить поширення мультирезистентного туберкульозу. У 2012 році кількість випадків вперше діагностованого зареєстрованого підтвердженого мультирезистентного туберкульозу (МРТБ) становила 6934, що на 42 % більше, ніж в 2010 р. (4056 хворих). Захворюваність на МРТБ складала 15,3 на 100 тис. населення в 2012 р. Показано, що резистентність до етамбутолу (Е) спостерігалась у 89,7 % нелікованих хворих з МРТБ, до піразинамиду (З) — у 48,5 % хворих. Крім того, у 100 % нелікованих хворих з розширеною резистентністю ТБ (РРТБ) відмічалась резистентність до канаміцину (Km) та офлоксацину. Основними причинами низької ефективності є тривале стаціонарне лікування, відсутність або низька якість інфекційного контролю, неадекватні схеми лікування зі значними відхиленнями від вимог Клінічного протоколу. Одним з

важливих проблемних питань у контролі за ТБ в Україні є постійне збільшення захворюваності та смертності від ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ. Так, захворюваність на активний ТБ у поєднанні з хворобою, зумовленою вірусом імунодефіциту людини (СНІД) зросла з 8,7 на 100 тис. населення в 2011 р. до 10,4 у 2012 р. (на 16,4 %). Захворюваність на позалегеновий ТБ зменшилась з 7,3 на 100 тис. населення в 2010 р. до 6,8. За даними когортного аналізу виявлення позалегенового ТБ зменшилось з 11,1 % в 2011 р. до 10,9 % у 2012 р. За даними когортного аналізу ефективності лікування вперше виявлених випадків туберкульозу легень з позитивним мазком в 2010–2011 р. складала 55,7–55,6 % (індикатор ВООЗ-85 %), у 2011 р. близько 8 % вперше захворілих перериває лікування, 14,2 % — помирає, у 19,5 % — невдале лікування (індикатор ВООЗ — не більше 5 %). Клінічне видужання хворих на ТБ збільшилось з 38,4 % до 56,4 % за період 2010–2012 рр. Виявлення вперше діагностованих випадків легеневого ТБ з КСБ+ за мазком залишається на рівні 38,5–39,7 % за період 2011–2012 рр., а за мазком і/або культурою — на рівні 50,2–52,3 % (індикатор ВООЗ-70 %). Всього в 2012 році мікробіологічно не обстежено 2902 хворих, які перебувають в протитуберкульозних закладах, що складає 10,6 % від загальної кількості виявлених хворих. Аналіз динаміки показників епідеміологічної ситуації з ТБ показав поліпшення стану захворюваності та смертності від ТБ, зростання клінічного видужання хворих, попри це зазначені показники зростають щодо резистентного туберкульозу та ко-інфекції ТБ/ВІЛ. На основі реформування системи охорони здоров'я та нової програми боротьби з ТБ необхідно впроваджувати протитуберкульозні заходи з метою попередження інфікування людей, зменшення випадків резистентності до препаратів.

В. П. Мельник, О. В. Панасюк, Л. В. Стаднік, К. П. Половко, Т. Г. Хурса, О. О. Петренко ЧАСТОТА РОЗШИРЕНОЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ МБТ ДО АНТИМІКОБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВИПАДКУ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА НЕОБХІДНІСТЬ В ПАЛІАТИВНОМУ ЇХ ЛІКУВАННІ

ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ»,
Київська міська туберкульозна лікарня №1 з диспансерним відділенням

Мета роботи — вивчити частоту розширеної резистентності МБТ до антимікобактеріальних препаратів (АМБП) у хворих бактеріовиділювачів в залежності від нового чи повторного випадку туберкульозу та визначити серед них контингент хворих, що потребують паліативного лікування.

Матеріали та методи. Обстежено 354 хворих бактеріовиділювачів з новими випадками захворювання та 321 хворий, які повторно лікувались в Київській міській туберкульозній лікарні №1 з диспансерним відділенням. Тест медикаментозної чутливості до АМБП проводили на рідкому й щільному живильному середовищах.

Результати обговорення. Встановили, що загальна резистентність (РТБ) серед хворих бактеріовиділювачів з новими випадками захворювання була від 45,9 % (в 2010 р.) до 52,2 % (в 2012 р.), мультирезистентність (МРТБ) — 22,1 % і 24,3 % та розширена резистентність (РРТБ) — 2,9 % та 5,7 %. Частка РРТБ серед РТБ становила від 6,25 % до 10,8 %, а серед МРТБ — від

13 % (2010 р.), 20 % (2011 р.) до 23,3 % (2012 р.).

Ще гірші показники резистентності виявлені при повторному лікуванні: загальна резистентність — від 79,8 % до 89,1 % (2012 р.); МРТБ — 47,7–59 %; РРТБ — від 2,8 % (2010 р.) до 28,8 % (2012 р.). Частка хворих на туберкульоз із РРТБ серед РТБ зросла з 3,4 % (2010 р.) до 32,4 % (2012 р.), серед МРТБ — з 5,8 % (2010 р.) до 50 % (2012 р.).

Згідно попереднього аналізу паліативного лікування потребують 1 % хворих від загального числа бактеріовиділювачів з новими випадками та 3 % хворих — при повторному лікуванні. Серед хворих на МРТБ — 9 %, а при РРТБ — 20 % — це пацієнти хоспісів.

Таким чином, за останні 3–4 роки значно зріс контингент хворих з РРТБ (в 2 рази з новими випадками та в 8 разів — при повторному лікуванні), зростає його частка й серед МРТБ (від 13 до 23 % серед нових випадків та від 47,7 % до 59 % — серед повторно лікованих).

Висновки. За останні роки інтенсивно зростає первинна медикаментозна резистентність МБТ, особливо це стосується РРТБ, але ще гірший стан з вторинною РТБ, який виявляється майже в 90 % при повторному лікуванні й у структурі якого 59 % — це МРТБ та 28,8 % — РРТБ. В зв'язку з вище наведеним,

зростає кількість невиліковних хворих, які потребують створення умов для паліативного лікування. В такому лікуванні потребують за попередніми даними біля 9 % від всіх хворих з МРТБ та кожний п'ятий — з РРТБ.

О. П. Мельник, М. М. Островський ОЦІНКА ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ В ХВОРИХ НА ІНФІЛЬТРАТИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"

Актуальність. Хронічний бронхіт у хворих на туберкульоз легень зустрічається від 4,1 % до 87,1 % в залежності від віку, форми туберкульозу легень та тривалості його перебігу. Поєднання інфільтративного туберкульозу легень і хронічного бронхіту є прикладом інтерферуючої синтропії захворювань, за якої хвороби не лише взаємопов'язані між собою, а й здатні обтяжувати перебіг одна одної: відтермінується закриття порожнин розпаду, тривало утримується бактеріовиділення, формуються значні залишкові зміни. Зумовлюється, переважно, недостатньою ефективністю діагностики в лікування поєднаного захворювання в зв'язку з комплексом порушень системного та місцевого імунітету, сурфактантної системи, активацією окисидантно-антиоксидантних реакцій, морфологічних змін у слизовій оболонці бронхів, що супроводжують патологічний процес. Хронічні неспецифічні захворювання органів дихання зустрічаються як у хворих на активний туберкульоз, так і в осіб із залишковими посттуберкульозними змінами.

Мета. Покращення діагностики порушень функції зовнішнього дихання в хворих на інфільтративний туберкульоз, уск-

ладнений хронічним бронхітом.

Матеріали й методи. Визначення функції зовнішнього дихання методом комп'ютерної спірографії в 125 хворих на інфільтративний туберкульоз. Всі досліджені були чоловіками, середній вік яких був $35,3 \pm 5,4$ роки.

Результати. Встановлено, що інфільтративний туберкульоз у 40,0% супроводжується хронічним бронхітом, 8,0 % — ХОЗЛ, а в 52,0 % не виявлено порушень функції зовнішнього дихання.

Висновки. Проблема поєднаного перебігу інфільтративного туберкульозу легень і хронічного бронхіту є дуже актуальною, невивченою й становить вагомий науковий інтерес. Невідомими залишаються особливості діагностики поєднаних патологій, порушення функції зовнішнього дихання, що поєднують дані захворювання. Встановлені зміни відкривають можливість ранньої діагностики порушень функції зовнішнього дихання у хворих на інфільтративний туберкульоз, а також можливість обрати випереджувальну тактику лікування такої поєднаної патології.

О. П. Мельник, М. М. Островський КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ІНФІЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ, УСКЛАДНЕНОГО ХРОНІЧНИМ БРОНХІТОМ

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"

Актуальність. Хронічний бронхіт у хворих на туберкульоз легень зустрічається від 4,1 % до 87,1 % в залежності від віку, форми туберкульозу легень та тривалості його перебігу. Туберкульоз легень може передувати хронічному неспецифічному захворюванню органів дихання або виникати на їх фоні. Хронічні неспецифічні захворювання органів дихання зустрічаються як у хворих на активний туберкульоз легень, так і в осіб із залишковими посттуберкульозними змінами. Їх розвитку сприяють фіброзні зміни в легенях, деформація й порушення трофіки бронхів, погіршення їх дренажної функції, що є сприятливим ґрунтом для розмноження патогенної мікрофлори. На сьогоднішній день відомі дані стосовно імунологічних (Т і В-система), біохімічних (малоновий діальдегід, гідроперекис ліпідів, перекисна резистентність еритроцитів), морфологічних (морфометрія слизової бронхів) проявів поєднаного захворювання. Однак до цього часу не розроблені методи діагностики ранньої стадії хронічного бронхіту при туберкульозі легень, що важливо знати для обрання випереджувальної тактики лікуванні такої поєднаної патології. Проблема поєднаного перебігу інфільтративного туберкульозу легень і хронічного бронхіту є вельми актуальною, мало вивченою й становить значний науковий інтерес, оскільки є недостатньо вивченими

та потребують удосконалення методи діагностики поєднаних патологій, порушення функції зовнішнього дихання, що поєднують дані захворювання.

Мета. Оцінити й вивчити особливості клініко-патогенетичного перебігу інфільтративного туберкульозу, ускладненого хронічним бронхітом.

Матеріали й методи дослідження. Досліджено було 125 хворих на інфільтративний туберкульоз легень, з них у 50 діагностовано хронічний бронхіт. Використано наступні методи дослідження: клінічні, лабораторні, біохімічні, інструментальні, радіологічні.

Результати. 50 обстежених хворих на інфільтративний туберкульоз, ускладнений хронічним бронхітом. Кашель відзначали 125 хворих. Однак, кашель із виділенням незначної кількості мокрот спостерігався в 21 (32,3 %) хворих на інфільтративний туберкульоз і в 38 (76 %) хворих на інфільтративний туберкульоз, ускладнений хронічним бронхітом. Наявність задишки також була характерною для досліджуваних хворих. Задишка відмічалася в 46,15 % хворих на інфільтративний туберкульоз та в 56 % хворих на інфільтративний туберкульоз, ускладнений хронічним бронхітом. Результати периферійної крові показали, що в хворих на інфільтративний туберкульоз, усклад-

нений хронічним бронхітом ШОЕ була прискореною в 1,4 рази, ніж у хворих на інфільтративний туберкульоз без супутньої патології. С-реактивний білок в бронхоальвеолярному вмісті, при супутній ідентифікації хронічним бронхітом, був у 1,2 рази вищий, ніж у хворих на інфільтративний туберкульоз. При рентгенологічному дослідженні в 47 (94 %) хворих виявлено вогнищеві інфільтративні тіні, схильні місцями до злиття з утворенням інфільтратів різної величини, а в нижніх долях легень нерівномірне потовщення та деформація легеневого малюнка за рахунок периваскулярно-перибронхіальних змін, корені легень структурні, стінки бронхів ущільнені, що свідчить про інфільтративний туберкульоз, ускладнений хронічним бронхітом. У інших 65 (100 %) хворих на інфільтративний туберкульоз рентгеноло-

гічні ознаки туберкульозу. У 19 (29,23 %) хворих при бронхоскопії змін не виявлено. А в 28 (56 %) хворих на інфільтративний туберкульоз, ускладнений хронічним бронхітом, при бронхоскопії спостерігається запальний процес з наявністю в просвіті бронхів секретів слизового або слизово-гнійного характеру. При дослідженні функції зовнішнього дихання об'єм форсованого видиху за першу секунду (ОФВ1) постійно знижений, відношення ОФВ1/ФЖЕЛ нижче 80 % у 41 (82 %) хворого на інфільтративний туберкульоз, ускладнений хронічним бронхітом.

Висновки. Приєднання хронічного бронхіту в хворих на інфільтративний туберкульоз легень веде до наростання тяжкості клінічної картини перебігу хвороби, що зумовлює ескалацію режимів терапії та збільшує вартість лікування.

Е. А. Меренкова

ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА ИЛОПРОСТ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХОЗЛ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины», г. Киев

Лечение больных с легочной гипертензией (ЛГ) ассоциированной с заболеваниями легких остается малоизученным. Проблема терапии ЛГ у больных ХОЗЛ связана с тем, что препараты снижающие давление в легочной артерии, приводят к увеличению степени гипоксемии в связи с подавлением рефлекса Эйлера–Лильебранда. Вместе с тем, в поздних стадиях ХОЗЛ гипоксическая вазоконстрикция принимает генерализованный характер, обуславливает значительное увеличение давления в легочной артерии и развитие правожелудочковой сердечной недостаточности, что существенно ухудшает прогноз заболевания.

Целью нашей работы было изучение влияния илопроста на степень гипоксемии и гиперкапнии, оценка изменений гемодинамики малого круга у больных с идиопатической ЛГ и ЛГ ассоциированной с ХОЗЛ тяжелого и крайне тяжелого течения.

Методы исследования: эхокардиография, исследование газового состава крови.

Результаты. Обследовано 25 больных с легочной гипертензией: у 15 пациентов диагностировано ХОЗЛ III (9) и IV (6)

стадии. Группу сравнения составили 10 человек с легочной артериальной гипертензией. У больных с ЛАГ наблюдалось существенное (в среднем на 29 %) снижение уровня систолического давления в легочной артерии. Соответственно отмечалось достоверное уменьшение КДР ПЖ. У больных ХОЗЛ наблюдалась аналогичная динамика показателей КДР. При этом показатели газового состава крови достоверно не изменялись: сатурация крови у больных с ЛАГ до ингаляции илопроста составляла $91,2 \pm 0,8 \%$, после — $90,8 \pm 0,9 \%$, аналогичный показатель у больных ХОЗЛ составил — $63,1 \pm 1,5 \%$ до ингаляции препарата, $64,3 \pm 1,3 \%$ — после ингаляции. Парциальное давление кислорода в крови (P_{aO_2}) до ингаляции илопроста у больных с ЛАГ равнялся — $61,0 \pm 2,9 \%$, у больных с ХОЗЛ — $63,1 \pm 1,5 \%$, после ингаляции — $60,2 \pm 2,5 \%$ и $64,3 \pm 1,3 \%$ соответственно.

Заключение. Илопрост не нарушает вентиляционно-перфузионного соотношения у больных ХОЗЛ. Полученные результаты позволяют рекомендовать применение илопроста в лечении больных ХОЗЛ с высокой легочной гипертензией.

Л. Д. Мигайлюк

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ЛЕВОФЛОКСАЦИНУ В ХВОРИХ НА ІНФІЛЬТРАТИВНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Вступ. Позалікарняна пневмонія залишається одним з найпоширеніших захворювань органів дихання. Точний етіологічний діагноз є основою успішного лікування хворого на пневмонію. Біля 30 % випадків пневмоній залишаються етіологічно не ідентифікованими, незважаючи на використання адекватних методів дослідження. В якості препаратів вибору, крім амінопеніцилінів і макролідів, показані респіраторні фторхінолони. Респіраторні фторхінолони, зокрема левофлоксацин, належать до одного з перспективних напрямків сучасної антибіотикотерапії в пульмонологічній практиці. Левофлоксацин має широкий спектр дії, характеризується бактерицидною активністю проти типових й атипичних збудників пневмонії, має високу біодоступність при прийомі всередину.

Об'єкт та методи дослідження На базі пульмонологічного відділення Чернівецької обласної клінічної лікарні проведено лікування 25 хворих на позагоспітальну пневмонію (14 чоловіків та 11 жінок) віком від 22 до 68 років. Для лікування застосовували левофлоксацин 100 мл (500мг) в/в крапельно 1 раз на добу протягом 3–5 днів, з переходом на таблетовану форму 500 мг на добу. Курс лікування 7–10 днів.

На 3-ю добу антибактеріальної терапії проводилась оцінка динаміки клінічних показників (нормалізація температури тіла, зменшення явищ інтоксикації, зменшення задишки, характер харкотиння), а також наявності побічних дій. На 7-й день також проводилась оцінка клінічних показників, лабораторних даних (клінічний та біохімічний аналіз крові). На 10-у добу було проведено рентгенологічне дослідження органів

грудної клітки. На підставі отриманих даних оцінювалася ефективність терапії левофлоксацином, яка виявилася ефективною — 98 % пацієнтів: 85 % з них завершили прийом препарату на 7-у добу, 15 % пацієнтів — на 10-у добу. Нормалізація температури тіла: на 2–3-ю доби в 65 % пацієнтів, на 4–5-у доби в 25 % пацієнтів, у 10 % пацієнтів температура при госпіталізації була нормальна. На тлі терапії на 3-ю добу проявилася позитивна динаміка клінічних симптомів (кашель став продуктивним, харкотиння набуло слизистого характеру,

нормалізувалась температура тіла, зменшилася задишка, покращився апетит).

Висновок. Отримані дані підтверджують ефективність застосування левофлоксацину для лікування хворих на позагоспітальну пневмонію в якості монотерапії та дозволяють скоротити терміни клінічного одужання хворого. Відсутність суттєвих побічних ефектів дає підставу говорити про безпечність та добру переносимість левофлоксацину. Прийом препарату 1р/добу є досить зручним.

Л. В. Микалюк, Т. М. Білоус, В. В. Білоус

ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНІВ ГЛУТАТІОН-S-ТРАНСФЕРАЗИ В ДІТЕЙ З РІЗНИМ ТЕРМІНОМ ДЕБЮТУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Актуальність. Бронхіальна астма є одним з найбільш поширених хронічних захворювань дитячого віку, сполученим з широким колом невирішених медико-соціальних проблем. Одним з пояснень того, що практичні результати лікування часто знаходяться нижче рівня сподівань, може слугувати уявлення про бронхіальну астму, як про варіабельне захворювання з широким спектром фенотипічної та генотипічної гетерогенності, тому проведення молекулярно-генетичних досліджень у дітей, хворих на бронхіальну астму, є перспективним для подальшого вивчення патогенезу захворювання.

Мета роботи. Вивчити поліморфізм генів глутатіон-S-трансферази T1 та M1 у дітей з різним початком бронхіальної астми.

Матеріал та методи. На базі ОДКЛ м. Чернівці обстежено 129 дітей, хворих на бронхіальну астму (БА), з яких сформували 2 групи порівняння за початком захворювання: до I групи увійшли пацієнти, в яких захворювання почалося після 5 років (62 дитини), у II групу — діти з початком БА до 3-х років (67 дітей). Середній вік дітей I групи становив $10,1 \pm 0,39$ років (74,2 % хлопчиків, 54,8 % сільських мешканців), II групи — $11,5 \pm 0,50$ років (63,6 % хлопчиків, 63,6 % сільських мешканців), тобто групи порівняння не відрізняються за основними показниками.

Виявлення делецій у генах *GSTT1* та *GSTM1* здійснювали методом мультиплексної полімеразної ланцюгової реакції. В якості позитивного контролю успішності ПЛР використовували ампліфікацію фрагментів гену *BRCA1*. Аналіз результатів ПЛР проводили методом електрофорезу в 2 % агарозному гелі (Маніатис и др., 1984). Для візуалізації фрагментів ДНК гель забарвлювали етидієм бромідом та фотографували в ультрафіолетовому світлі на установці GelDoc 2000 (BioRad, США). Для визначення довжини отриманих фрагментів їх електрофоретичну рухливість порівнювали з рухливістю ДНК-маркера Gene Ruler DNA Leader Mix (Fermentas, Литва). Очікувані довжини фрагментів ДНК (431 нп для *GSTT1* та

120 нп для *GSTM1*) розраховували за допомогою пакету програм комп'ютерної обробки даних DNASTAR із використанням послідовностей генів *GSTT1* та *GSTM1*, які наявні в базі даних Genbank. Гомозиготні форми із делецією обох копій генів *GSTT1* та *GSTM1* ідентифікували за відсутністю відповідного фрагменту на електрофореграмі. Такі генотипи позначали як *T1del* та *M1del*. Відповідно, наявність даних фрагментів на електрофореграмах свідчила про гомо- або гетерозиготність по нормальній копії гену. Генотип таких пацієнтів позначали як T1+ та M1+.

Результати. Отримані нами дані дають підставу стверджувати, що генотип *T1delM1+* та *T1+M1del* частіше реєструється при БА раннього початку, оскільки частка дітей II клінічної групи, в якій має місце поліморфізм генів глутатіон-S-трансферази T1 або M1 становить 49,9 %, а в I клінічній групі цей показник склав 35,9 %. Водночас, частка дітей з відсутністю делецій у генах глутатіон-S-трансферази T1 або M1 серед дітей з фенотипом БА пізнього початку склала 52,8 % проти 41,9 % у групі порівняння. Генотип *T1delM1del*, який призводить до одночасної втрати активності двох ізоформ GST, частіше реєструвався в осіб із пізнім початком БА й зазвичай супроводжувався тяжким перебігом захворювання. Так, тяжка форма БА виявлена в 42,8 % носіїв такого генотипу серед пацієнтів із БА пізнього початку та в усіх носіїв при БА раннього початку. У носіїв генотипу *T1+M1+* тяжка бронхіальна астма визначалась у 33,3 % пацієнтів I групи та у 53,8 % дітей II групи.

Висновок. Таким чином, у хворих з бронхіальною астмою раннього початку частіше мала місце делеція генів глутатіон-S-трансферази T1 та M1, а в хворих цієї групи з генотипом *T1delM1del* у 100 % випадків захворювання перебігало в тяжкій формі. При бронхіальній астмі пізнього початку переважала частка хворих з відсутністю делецій у генах глутатіон-S-трансферази T1 та M1, а за наявності генотипу T1-M1- лише у половини пацієнтів захворювання перебігало в тяжкій формі.

Л. І. Миколишин, З. І. Піскур

ТУБЕРКУЛЬОЗ ПЕРИФЕРИЧНИХ ЛІМФАТИЧНИХ ВУЗЛІВ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Метою нашого дослідження було вивчення найбільш важливих чинників ризику виникнення туберкульозу периферичних лімфатичних вузлів.

Проаналізовано 120 історій хвороб дітей, які лікувалися з приводу позалегенового туберкульозу в дитячому спеціалізованому стаціонарі впродовж 1988–2012 рр. Туберкульоз пери-

феричних лімфатичних вузлів встановлено в 33 (27,5 %) дітей. Хлопчиків і міських дітей було по 23 (69,7 %), дівчаток і сільських дітей — по 10 (30,3 %). До 3 років було 6 (18,2 %) дітей, від 4 до 7–11 (33,3 %), від 8 до 15–16 (48,5 %).

Локалізація специфічного процесу була різна. Найчастіше (15–45,5 %) уражалися шийні лімфатичні вузли, у 7 (21,2 %) —

випадках процес локалізувався в пахових лімфатичних вузлах, у такої ж кількості — в мезентеріальних, у 3 (9,1 %) — у підщелепних, в 1 — в пахвинних. У 32 (97,0 %) дітей хвороба була виявлена в активній фазі, в 1 дитини — у фазі затихання.

В 7 (21,2 %) дітей хвороба була поєднана з туберкульозом внутрішньогрудних лімфатичних вузлів, який у 6 випадках був в активній фазі, в 1 — у фазі ущільнення. В однієї дитини, в якій виявлено туберкульоз мезентеріальних лімфатичних вузлів, був міліарний туберкульоз легень, що ускладнився туберкульозним менінгоенцефалітом, правобічним пневмомедіастинумом, пневмотораксом, внутрішньою кровотечею, набряком і набряканням головного мозку, судомним синдромом, мозковою комою I — II ступеня й мав летальне завершення.

Діагностична туберкулінодіagnostика проводилася в 29 (87,9 %) дітей. При цьому у 8 (27,6 %) дітей відмічалася гіперергічна реакція на туберкулін (в однієї з них були везикули), в однієї дитини туберкулінова реакція була інтенсивна, у 9 (31,0 %) — незначної інтенсивності, в 4 (13,8 %) — сумнівна, у 7 (24,1 %) — від'ємна. В 11 (33,3 %) випадках діагноз був встановлений лише після оперативного втручання та гістологічного дослідження патоморфологічного матеріалу.

Встановлено, що 25 (75,6 %) дітей були з групи ризику, при цьому одна дитина мала 4 чинники ризику, 4 дитини — 3, 12 дітей — 2, а у 8 дітей був 1 чинник ризику. У 7 (21,2 %) із 33 дітей виявлено супутню патологію, причому в 5 із них діагностовано не одну патологію.

Виявлено, що 18 (54,5 %) дітей були із соціально несприятливих сімей, зокрема 9 — з багатодітних (троє й більше дітей), 3 — з неповних сімей, 1 дитина була сиротою, а в 5 — були незадовільні умови.

Констатовано, що в 5 дітей не було даних про вакцинацію БЦЖ. Одна дитина не була вакцинована, 14 (51,9 %) були неефективно щеплені, зокрема в 8 дітей не було післявакцинного знака, а в 6 — його розмір був менший, ніж 4 мм.

Переважає більшість (26 — 78,8 %) дітей були з невідомого контакту, одна дитина була з бацилярного контакту, 6 (18,2 %) — з небацилярного. Протитуберкульозні диспансери спостерігали лише за 3 дітьми, превентивну терапію з приводу контакту отримали 2 дітей.

Встановлено, що переважна більшість (32 — 97,0 %) дітей були виявлені при зверненні за медичною допомогою, одна дитина — при обстеженні диспансерних груп. В 11 (33,3 %) дітей давність захворювання становила до одного місяця, в 16 (48,5 %) — до 6 місяців, в 2 — до 1 року, в 3 — до 3 років, в 1 — до 7 років.

Отже, вище наведене свідчить, що захворювання розвивається головним чином у дітей із груп ризику, причому в половині випадків відмічалася по декілька чинників. Найважливішими з них є невиявлені джерела інфекції та несвоєчасне проведення протитуберкульозних заходів в осередках інфекції, неефективність та відсутність щеплення БЦЖ, соціально несприятливі сім'ї та пізнє виявлення хвороби. Це зобов'язує удосконалювати існуючу систему профілактики й раннього виявлення туберкульозу в першу чергу серед дітей груп ризику.

Л. І. Миколишин

УСКЛАДНЕНІ ТА ПРОГРЕСУЮЧІ ФОРМИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ В ДІТЕЙ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Метою дослідження було вивчити структуру ускладнених і прогресуючих форм туберкульозу в дітей раннього й дошкільного віку.

Нами проаналізовано 267 історій хвороб дітей віком до 7-ми років, які лікувалися в дитячому спеціалізованому стаціонарі з приводу туберкульозу. Із 267 дітей, в яких туберкульоз органів дихання був виявлений у фазі інфільтрації, у 97 (36,3 %) він був ускладнений і прогресуючий. У дітей грудного віку ускладнення й прогресування виникали істотно частіше, ніж у дітей переддошкільного (63,2 % проти 36,0 %, $p < 0,05$) та дошкільного (63,2 % проти 33,3 %, $p < 0,01$). Істотно більше було сільських дітей (47,7 % проти 25,9 %, $p < 0,01$). Найчастіше ускладнення й прогресування виникали при туберкульозі внутрішньогрудних лімфатичних вузлів (77,3 %), рідше при первинному туберкульозному комплексі (20,6 %).

У структурі ускладнень і прогресувань дисемінація в позалегенові органи становила 40,2 %, ателектаз — 28,8 %, засівання в легені — 17,5 %, ексудативний плеврит — 16,5 %, розпад легеневої тканини — 4,1 %, туберкульоз бронха — 2,1 %. У 13,4 % дітей було бактеріовиділення. При цьому в 8,2 % випадків МБТ виявлено в промивних водах бронхів, у 3,1 % — у спинномозковій рідині, по одному випадку — в новоутворенні шкіри й у виділенні кістки.

Встановлено, що в дітей грудного віку вірогідно частіше, ніж у дітей переддошкільного (41,7 % проти 16,1 %, $p < 0,05$) та дошкільного (41,7 % проти 13,0 %, $p < 0,05$) було засівання інфекції в легені, та вірогідно частіше, ніж у дітей дошкільного віку (16,7 % проти 1,9 %, $p < 0,05$) виявляли розпад легеневої тканини. У дітей дошкільного віку істотно частіше, ніж у дітей грудного (38,9 % проти 16,7 %, $p < 0,05$) та переддошкільного

віку (38,9 % проти 16,1 %, $p < 0,05$), виникав ателектаз. Водночас частота ексудативного плевриту в вікових групах дітей істотно не відрізнялася (8,3 % проти 19,4 % та 16,7 %, $p > 0,05$). Бактеріовиділення було лише у дітей переддошкільного й дошкільного віку, причому суттєвої різниці в його частоті не виявлено (22,6 % проти 11,1 %, $p > 0,05$).

Прогресування туберкульозу внутрішньогрудних лімфатичних вузлів у вигляді генералізації інфекції в позалегенові органи було істотно частіше, ніж прогресування первинного туберкульозного комплексу (44,6 % проти 23,8 %, $p < 0,01$). Крім того, при туберкульозі внутрішньогрудних лімфатичних вузлів більшою була частота бронхолегеневих уражень (33,3 % проти 15,0 %, $p < 0,01$). Водночас при первинному туберкульозному комплексі істотно частіше, ніж при туберкульозі внутрішньогрудних лімфатичних вузлів, спостерігали засівання інфекції в легені (28,6 % проти 14,9 %, $p < 0,01$).

У структурі уражень поза легеневих органів найчастіше відзначали туберкульоз мозкових оболонок і ЦНС (17,5 %) та туберкульоз очей (11,3 %).

Констатовано, що у дітей грудного віку істотно частіше, ніж у дітей переддошкільного й дошкільного (91,7 проти 41,9 % та 46,3 %, $p < 0,01$) був гострий перебіг хвороби. До того ж, діти грудного віку частіше потрапляли до стаціонару в тяжкому стані. У дітей переддошкільного віку частіше, ніж у дітей дошкільного, хвороба перебігала малосимптомно (54,9 % проти 33,3 %, $p < 0,01$). Водночас в 11,1 % дітей дошкільного віку перебіг хвороби був безсимптомний. Встановлено, що при позалегенових ураженнях частота малосимптомного перебігу була вірогідно більша, ніж при бронхолегеневих (51,2 % проти 25,9 %, $p < 0,01$), що було однією з причин несвоєчасного їх виявлення.

Отже, більше ніж у третини хворих на туберкульоз дітей до 7-річного віку відмічено ускладнення й прогресування хвороби, майже в половині із них спостерігали дисемінацію в поза-

легеневі органи. Це свідчить про потребу удосконалення існуючої системи профілактики й раннього виявлення туберкульозу серед дітей вказаного віку відповідно до сучасних умов.

М. А. Миндрул, М. Н. Гришин

СИСТЕМНАЯ ТЕРАПИЯ ОЖИРЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ СПОСОБСТВУЕТ КОРРЕКЦИИ РЕГИОНАРНОГО (ЭНДОБРОНХИАЛЬНОГО) ЦИТОКИНОВОГО ДИСБАЛАНСА

ГУ "Донецкий государственный медицинский университет", г. Донецк

Особые надежды на решение проблемы гнойно-деструктивных форм хронических неспецифических заболеваний легких (ХНЗЛ) связывают с тщательной предоперационной подготовкой и анализом всех факторов, которые могли бы повлиять на проведение операции и течение послеоперационного периода, включая наличие сахарного диабета, инсулинорезистентности и др. (Тимченко О.Б., 2008).

Целью исследования явилось научное обоснование целесообразности использования и оценка клинической эффективности применения системной терапии ожирения в комплексном лечении гнойно-деструктивных форм хронических неспецифических заболеваний легких, включая предоперационную подготовку.

Под наблюдением состояло 68 больных гнойно-деструктивными формами ХНЗЛ (хронический абсцесс легкого, бронхоэктатическая болезнь, кистозная болезнь легких) мужского пола (разделенных на группы в зависимости от индекса массы тела (BMI) 18,5–24,9 и $\geq 30,0$), лечившихся в лечебных учреждениях г.Донецк. У всех обследованных лиц при поступлении в стационар зарегистрировано обострение заболевания, включая клинко-эндоскопические признаки вторичного гнойного бронхита.

Содержание в плазме крови и индуцированной мокроте адипонектина определяли методом иммуноферментного анализа с использованием тест-систем "Adiponectin (human) EIA

Kit" (Cayman Chemical Company, США), уровня IL-6 – с использованием тест-систем ProCon (ООО "ПРОТЕИНОВЫЙ КОНТУР-ТЕСТ", Санкт-Петербург).

При сравнении системного и регионарного (в индуцированной мокроте) уровня адипонектина нами установлено, что при ожирении у больных гнойно-деструктивными формами ХНЗЛ имеет место системно-регионарная дискретность изменения уровня адипонектина: снижение (в сравнении с подобными больными с нормальным BMI) — в системном кровотоке и повышение — эндобронхиально.

Использование системной терапии ожирения (курс акарбозы (глюкобай)) в комплексном лечении гнойно-деструктивных форм ХНЗЛ у лиц мужского пола позволяет повысить в индуцированной мокроте уровень противовоспалительного цитокина адипонектина и снизить уровень провоспалительного цитокина IL-6. Выявленная нами отрицательная корреляция (коэффициент ранговой корреляции Спирмена) между величиной в индуцированной мокроте адипонектина и показателем IL-6 позволяет предположить саногенетическую направленность повышения регионарного уровня адипонектина — анти-IL-6-влияние.

Таким образом, использование системной терапии ожирения (курс акарбозы (глюкобай)) в комплексной терапии гнойно-деструктивных форм ХНЗЛ у лиц мужского пола патологически обосновано.

Р. А. Митрофанов, Т. И. Петренко, В. А. Краснов

ХИМИОТЕРАПИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА: ПЕРСПЕКТИВЫ ВНУТРИВЕННОГО НАЗНАЧЕНИЯ

ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт туберкулёза» Минздрава России, г. Новосибирск, РФ

В настоящее время программное лечение туберкулеза, рекомендованное Всемирной Организацией Здравоохранения, предусматривает исключительно пероральный прием противотуберкулезных препаратов. При таком подходе значительная часть финансовых средств тратится не только на сами лекарственные средства, но также на то, чтобы сформировать у больного приверженность к лечению и «удерживать» его в режиме ежедневного приема большого количества таблеток, назначаемых в том числе для лечения возникающих побочных эффектов химиотерапии.

Препараты для внутривенной химиотерапии туберкулеза изначально более дорогостоящие, чем таблетированные. В то же время, по утверждению автора исследования, внутривенная терапия имеет ряд важных преимуществ: при таком подходе статистически достоверно быстрее достигается закрытие полостей распада, что позволяет сократить сроки пребывания пациентов в стационаре в фазу интенсивного лечения.

Сама терапия, проводимая внутривенно, значительно менее токсична для организма, и этот факт является определяющим, учитывая высокий процент «отрывов» больных от лече-

ния. Учитывая данное преимущество, значительную часть средств, которые сегодня направляют на формирование у пациентов приверженности к терапии и на коррекцию нежелательных реакций, можно было бы инвестировать в применение внутривенных схем терапии. По нашему мнению, очевидна необходимость дальнейшего изучения положительного клинического и экономического опыта использования схем внутривенного лечения больных туберкулезом.

Новосибирский НИИТ работает по данной теме в течение двадцати лет. Именно здесь впервые был разработан метод внутривенной терапии туберкулеза в интермиттирующем режиме. Кроме того, проведено исследование возможности применения внутривенной химиотерапии в отношении больных с сочетанной патологией туберкулез-вирусный гепатит, то есть той категории пациентов, кто наиболее остро реагирует на токсичность противотуберкулезных препаратов и особенно нуждается в щадящих схемах лечения.

В ряде стран предпринимались попытки внедрить методику внутривенной химиотерапии туберкулеза в практику, но они

не получили продолжения. В настоящее время данный подход широко не применяется ни в России, ни за рубежом. Доказательства эффективности перорального применения противотуберкулезных препаратов широко представлены в иностранной литературе, однако назрела потребность в организации серьезных сравнительных исследований двух методик лечения.

Выполнено когортное исследование у 224 больных туберкулезом, из которых у 129 выявлены гепатиты В и С. Пациенты были рандомизированы на три группы: внутривенного лечения, стандартного ежедневного и нерегулярного. Получены

статистически значимые различия в частоте закрытия полостей распада и наличии побочных эффектов терапии сравниваемых групп, доказавшие высокую эффективность и лучшую переносимость внутривенной химиотерапии.

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости расширения исследований, проведения статистического, клинического и фармакоэкономического анализа применения внутривенной схемы лечения при туберкулезе, организации научного обоснования эффективности данного метода в соответствии с принципами доказательной медицины.

С. М. Москаленко, Л. О. Яшина, О. В. Поточняк

ХАРАКТЕРИСТИКА АРХІТЕКТОНІКИ СНУ У ПАЦІЄНТІВ З ХОЗЛ ТА СУПУТНІМ ДЕПРЕСИВНИМ ЕПІЗОДОМ

ДУ «Національний інститут фізіотерапії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ

ХОЗЛ займає одну з провідних позицій причин інвалідності й смертності в усьому світі, а тому ідентифікація додаткових факторів ризику, які сприяють функціональним і фізичним порушенням, зокрема, таких як порушення сну, мають першорядне значення. У хворих на ХОЗЛ відзначена гірша якість сну та більше проблем з ним пов'язаних, ніж при інших хронічних захворюваннях, особливо в хворих ХОЗЛ із супутньою депресією. В зв'язку з цим дослідження сну при ХОЗЛ з супутньою депресією, а саме порушення архітекtonіки сну, яке на сьогоднішній день є недостатньо вивченим, має важливе практичне значення для подальшої розробки більш ефективних методів діагностики та лікування цієї поєднаної патології.

Мета. Вивчити особливості архітекtonіки сну в пацієнтів з ХОЗЛ та супутнім депресивним епізодом. Робота виконувалась за рахунок коштів державного бюджету.

Методи дослідження. Обстежено 114 пацієнтів з ХОЗЛ (ОФВ1/ФЖЕЛ < 0,7 після прийому бронхолітика). Усім пацієнтам було запропоновано опитувальник самопочуття хворого (PHQ-9) та проведено обстеження психіатра на предмет виявлення депресивного епізоду (ДЕ). У 30 (26 %) хворих, а саме чоловіків — 20, жінок — 10, середній вік ($61,7 \pm 1,9$) роки, стаж захворювання склав ($14,8 \pm 1,1$) років, був виявлений депресивний епізод (PHQ-9 > 15). Згідно комплексної оцінки (GOLD 2011–2013) більшість хворих із ХОЗЛ + ДЕ були з групи D (17

пац.) та В (11 пац.), 2 пац. із групи А. При обстеженні хворих використано методи суб'єктивного та об'єктивного дослідження, проведено полісомнографічне обстеження хворих за допомогою («Somnostar Pro», «Cardinal Health» (Germany)) з метою вивчення особливостей архітекtonіки сну.

Результати. Полісомнографічне дослідження не виявило СОАГС (що часто зустрічається при ХОЗЛ, так званий «перехресний синдром») у досліджуваних пацієнтів (ІАГ < 5), але були встановлені відхилення від норми в архітекtonіці сну: III та IV стадії NREM фази сну були скороченої тривалості — ($8,2 \pm 2,5$) % від загальної тривалості сну (нормальна тривалість «глибокого повільного» сну в здоровій популяції складає 20 % від загальної тривалості сну). Відзначено подовження тривалості REM фази сну — ($37,6 \pm 3,6$) % від загальної тривалості сну (нормальна тривалість в здоровій популяції складає 20 % від загальної тривалості сну). Латентний період до початку REM фази сну був зменшений до ($52,9 \pm 6,9$) хвилин (в здоровій популяції 90 хвилин).

Висновки. Патологічні зміни архітекtonіки сну були виявлені в усіх пацієнтів з ХОЗЛ з наявним депресивним епізодом і проявлялись: скороченням III і IV стадії NREM фази сну та патологічними змінами REM фази — подовження тривалості фази та скорочення латентного періоду до її початку, що негативно впливало на якість сну.

Ю. М. Мостовой, Л. В. Распутіна

ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА СУПУТНІ ЗАХВОРЮВАННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ: АКТУАЛЬНА ПРОБЛЕМА СУЧАСНОСТІ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Згідно сучасного уявлення хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) — це захворювання, що можна попередити та лікувати. Суттєвий негативний вплив на перебіг ХОЗЛ відіграють супутні стани, серед яких ключову роль мають серцево-судинні захворювання, які здатні значно погіршити прогноз.

Проаналізували 15134 статистичних карт хворих, що знаходились на стаціонарному лікуванні в терапевтичних відділеннях МКЛ №1 за період 2007–2009 рр. Встановлено: у терапевтичних відділеннях лікарні перебувало 15134 хворих, 8775 чоловіків (57,9 %) та 6359 жінок (42,1 %). У 1538 відзначали поєднання ХОЗЛ та артеріальної гіпертензії (АГ), що становить 10,2 %. Серед чоловіків поширеність ХОЗЛ та АГ діагностували у 880 осіб (10,02 %), серед жінок — у 658 (10,4 %). Найбільша

частина хворих із поєднаною патологією лікувалась в пульмонологічному відділенні — 1051 (28,7 %), в кардіологічному відділенні — було 326 хворих (6,1 %), в терапевтичному відділенні — 161 хворий (5,2 %). Протягом трьох років дослідження має місце прогресивне збільшення кількості осіб із поєднаною патологією: в 2007 році — 8,2 %, в 2008 році — 10,9 %, в 2009 році — 12,4 %, однаково часто серед чоловіків та жінок. У хворих із поєднаним перебігом ХОЗЛ та АГ має місце збільшення частоти повторних госпіталізацій протягом року, а саме: 595 (38,7 %), найбільше таких пацієнтів було в терапевтичному відділенні.

У хворих на ХОЗЛ ішемічна хвороба серця (ІХС) діагностується частіше, ніж в загальній популяції, що частково може

бути зумовлено єдністю етіологічних та патогенетичних чинників. Нами встановлено, що у хворих на ХОЗЛ супутня ІХС діагностована в 136 хворих (53,1 %), перенесений інфаркт міокарда в анамнезі виявили в 54 (21,1 %). Найбільш часто хворі з поєднаним перебігом, що були госпіталізовані в стаціонар, мали такі форми ІХС: 40 хворих (15,7 %) мали стабільну стенокардію, 6 (1,6 %) — нестабільну стенокардію, 18 (7,1 %) — гострий інфаркт міокарда, 140 (54,6 %) — кардіосклероз.

Нами проведено опитування 48 пацієнтів кардіологічного відділення за анкетною рекомендованою GOLD, у яких не було хронічних захворювань органів дихання, серед опитаних 35 (72,9 %) чоловіки, середнього віку $61,3 \pm 1,4$ роки, 13 жінок (27,1 %), середній вік $69,2 \pm 2,4$ роки. Встановили, що 26 хворих (54,2 %) позитивно відповіли щонайменше на 3 з 5 питань анкети. В послідовному цим пацієнтам виконана комп'ютерна спірографія та проба з бронхолітиком, у 11 хворих (22,9 %) — діагностовано ХОЗЛ. Отже, існує значна частка хворих на ІХС з недіагно-

тованим ХОЗЛ, інформативність опитування становить 64,7 %.

Одним з найбільш поширених порушень ритму серед хворих на ХОЗЛ є фібриляція передсердь (ФП), поєднання цих захворювань зумовлює швидке прогресування захворювання та інвалідизацію цих пацієнтів. Встановлено, що в хворих на ХОЗЛ без супутніх захворювань серцево-судинної системи, пароксизми ФП діагностовані в 35 пацієнтів (32,4 %) за даними добового моніторування електрокардіографії. У хворих на ХОЗЛ та супутньою АГ, пароксизми ФП діагностовані в 65 (34,6 %) пацієнтів. Постійна форма ФП виявлена в 6 (5,6 %) хворих на ХОЗЛ без супутніх серцево-судинних захворювань та у 12 (8,3 %) пацієнтів на ХОЗЛ та супутню АГ, відмічається тісний кореляційний зв'язок між ФП та розмірами правого шлуночка ($r = 0,56$, $p = 0,002$).

Таким чином, поєднання ХОЗЛ та захворювань серцево-судинної системи створюють нову проблему сучасної медицини. Поширеність ІХС, АГ та ФП у хворих на ХОЗЛ є досить значущими, часто залишаються поза увагою лікарів.

**С. В. Моховик, Т. А. Беломеря, Г. М. Дараган, Р. А. Родина, О. О. Демкович,
Т. В. Кирилова, Л. В. Скрипка**

ЩОДО МОНІТОРИНГУ ПІСЛЯВАКЦИНАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ВАКЦИНАЦІЇ БЦЖ В ДОНЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

*Головне управління Держсанепідслужби в Донецькій області
ГУ «Донецькій обласний лабораторний центр Державної санепідслужби України»
КЛПУ «Обласна клінічна туберкульозна лікарня», м. Донецьк*

Епідемічна ситуація з туберкульозу в Донецькій області, незважаючи на наявну в останні роки тенденцію до зниження, залишається напруженою. Одним з найбільш ефективних та економічно доцільних заходів медичного втручання в епідемічний процес сьогодення вважається вакцинація^[1]. Вакцинопрофілактика в Україні є інструментом державної політики, яка направлена на укріплення здоров'я нації. Проти туберкульозу в області щорічно щеплюється понад 40 тис. дітей. Однак, за останні 5 років було відмічено зростання несприятливих подій після імунізації (НППІ) БЦЖ^[2]. Протягом 2008–2012рр. було зареєстровано 862 ускладнення після вакцинації БЦЖ. Місцеві та загальні реакції не реєструвалися. Ускладнення розвинулись у дітей в віці від 3 тижнів до 2,5 років. Питома вага ускладнень по роках склала: в 2008 р. — 0,06%, 2009 р. — 0,14 %, 2010 р. — 0,2 %, 2011 р. — 0,34 %, 2012 р. — 0,3 %.

Вакцинація та ревакцинація проти туберкульозу у цей час проводилася вакцинами різного штамового складу та різних виробників: Statens Serum Institut (SSI), Данія, «Медгамал» НДІЕМ ім. М. Ф. Гамалей РАМН (Російська Федерація), ФДУП «НВО «Мікроген» Мінздравсоцразвитку Росії (Російська Федерація). Найбільша кількість НППІ зареєстрована у вигляді регіональних лімфаденітів:

- 789 випадків (0,4 %) після застосування вакцини БЦЖ виробництва SSI, Данія;
- 31 випадок (0,07 %) на вакцину БЦЖ виробництва ФДУП «НВО «Мікроген», (Російська Федерація);
- 4 (0,01 %) на вакцину БЦЖ виробництва «Медгамал» НДІЕМ ім. М. Ф. Гамалей РАМН (Російська Федерація).

Крім того, зареєстровані ускладнення, причинами розвитку яких є порушення техніки введення вакцини:

- 2 випадки (0,0004 %) у вигляді поверхневої виразки після застосування вакцини БЦЖ виробництва ФДУП «НВО «Мікроген» (Російська Федерація) та SSI, Данія;
- 54 підшкірні холодні абсцеси (0,04 %), в т. ч. 25 — на вак-

цину БЦЖ виробництва SSI, Данія, 28 — виробництва ФДУП «НВО «Мікроген», 1 — «Медгамал» НДІЕМ ім. М. Ф. Гамалей РАМН (Російська Федерація).

Зареєстровано 26 випадків БЦЖ-асоційованих тубоститів, в т. ч. 2 на вакцину БЦЖ виробництва SSI, Данія.

Наказом МОЗ України від 22.06.2011 р. №371 «Про затвердження використання вакцини БЦЖ для щеплення новонароджених» визнано таким, що втратив чинність наказ МОЗ від 07.07.2008 р. №366 «Про затвердження програми переходу до протитуберкульозного щеплення вакциною БЦЖ SSI (Данський штаб) в Україні».

У 2013 р. на тлі використання протитуберкульозної вакцини російського виробництва кількість НППІ зменшилась. Кількість НППІ за 1 півріччя 2013 р. склала 25 випадків, що в 2 рази менше, ніж за аналогічний період 2012 р. (49 випадків).

Перелік літератури

1. Епідеміологічні основи боротьби з туберкульозом / О.О. Тарасюк, А.В. Вербінець, В.М. Зав'ялкін // Профілактична медицина — 2008.- №1.- с.28-31.

2. Матеріали науково-практичної конференції «Актуальні проблеми особливо небезпечних інфекцій та біологічної безпеки», м.Євпаторія, 2012р.

Резюме: Епідемічна ситуація з туберкульозу в Донецькій області, залишається напруженою. Вакцинація та ревакцинація проти туберкульозу на території Донецької області протягом останніх 5 років проводилася вакцинами різного штамового складу та різних виробників. При цьому, відмічено зростання несприятливих подій після імунізації (НППІ) БЦЖ. Найбільша кількість НППІ зареєстрована у вигляді регіональних лімфаденітів на вакцину БЦЖ SSI, Данія. З 2012р. в області використовується тільки протитуберкульозна вакцина російського виробництва. Кількість НППІ за 1 півріччя 2013р. склала 25 випадків, що в 2 рази менше ніж за аналогічний період 2012р. (49 випадків).

К. В. Назаренко

ПОКАЗАТЕЛИ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ-ГИПОПНОЭ СНА

ГУ ННЦ «Институт кардиологии имени академика Н. Д. Стражеско» НАМН Украины
 ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины»

Цель — выявить нарушения кардиогемодинамики у пациентов с синдромом обструктивного апноэ-гипопноэ сна (СОАГС) и сравнить их с эхокардиографическими показателями здоровых лиц.

Материалы и методы. Обследовано 50 пациентов с СОАГС в возрасте $47,1 \pm 2,1$ лет, 28 мужчин и 22 женщин, а также 10 относительно здоровых лиц. Все пациенты были опрошены на предмет наличия дневной сонливости в соответствии с опросником Epworthsleepinessscale, им проводилось ночное полисомнографическое исследование («SleepLab», ErichJaeger). Эхокардиографическое исследование пациентов проводилось на аппарате «MedisonSonoAce 9900».

Результаты. У пациентов с СОАГС были выявлены достоверно более высокие показатели массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) (на 32 %, $p < 0,0001$), индекса ММЛЖ (ИММЛЖ) (на 10 %, $p < 0,05$), толщины стенки правого желудочка (ПЖ) (на 16 %, $p < 0,005$), толщины межжелудочковой перегородки (МЖП) (на 25 %, $p < 0,0001$), толщины задней стенки ЛЖ (на 23 %, $p < 0,0001$), времени изоволюмической релаксации (IVRT) (на 16 %, $p < 0,01$) и систолического давления в легочной артерии (Р в ЛА) (на 29 %, $p < 0,0001$), по сравнению с аналогичными показателями контрольной группы.

Гипертрофия ЛЖ выявлялась у 44 % пациентов с СОАГС и не наблюдалась в контрольной группе здоровых лиц ($p < 0,05$). Повышение давления в легочной артерии также выявлялось более часто у пациентов с СОАГС (18 % пациентов с СОАГС и не регистрировалось у здоровых лиц, $p < 0,05$). У пациентов с СОАГС диастолическая дисфункция ЛЖ определялась у 36 % и не выявлялась в группе контроля.

Показатели	Здоровые лица из группы контроля (n = 10)	Пациенты с СОАГС (n = 45)	P
ММЛЖ, г	$122,6 \pm 5,91$	$180,19 \pm 8,15^*$	0,0001
ИММЛЖ, г/м ²	$82 \pm 1,2$	$91,1 \pm 3,6^*$	0,05
ТС ПЖ, см	$0,38 \pm 0,01$	$0,45 \pm 0,02^*$	0,005
МЖП, см	$0,85 \pm 0,03$	$1,13 \pm 0,04^*$	0,0001
Ст. ЛЖ, см	$0,82 \pm 0,02$	$1,07 \pm 0,03^*$	0,0001
IVRT	$78,0 \pm 4,39$	$93,2 \pm 2,85^*$	0,01
Р в ЛА, мм рт. ст.	$15,5 \pm 0,53$	$21,7 \pm 1,32^*$	0,0001

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о негативном влиянии нарушения дыхания во время сна на показатели кардиогемодинамики у пациентов с СОАГС.

С. Л. Нарышкина

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ КО-ИНФЕКЦИЕЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И РЕЦИДИВАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулеза» Минздрава России

Значимость проблемы туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией для России связана с неблагоприятным прогнозом дальнейшего его распространения, что обусловлено высокой инфицированностью населения микобактериями туберкулеза (МБТ) и широким распространением ВИЧ-инфекции на отдельных территориях. ВИЧ-инфекция повышает риск развития туберкулеза, а по данным ряда авторов — значительно повышает риск развития рецидива туберкулеза у таких больных.

Нами проведен анализ больных рецидивом туберкулеза (41 чел.), зарегистрированным в 2012 г. в Новосибирской области (НСО), в сочетании с ВИЧ-инфекцией.

Значительную часть (90,2 %) составили мужчины, 75,6 % — жители города. Медиана возраста — 35 лет. Большинство больных заразились ВИЧ-инфекцией при инъекционном введении наркотиков (82,9 %) и являлись активными наркоманами. В 75,6 % пациенты ранее или на момент выявления отбывали наказание в местах лишения свободы различные сроки, в т.ч. более 3 лет — 53,7 %. Контакт с больными туберкулезом выявлен в 36,6 % случаев, в т.ч. у 3 пациентов туберкулезом легких болели члены семьи.

У 30 пациентов (73,2 %) заражение ВИЧ-инфекцией произошло после излечения впервые выявленного туберкулеза, и только в 26,8 % случаев повторная регистрация туберкулеза была на фоне ВИЧ-инфекции. Доля рецидивов от всех выявленных случаев активного туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией в отчетном году составила 14,96 %. Для сравнения:

доля рецидивов среди всех больных активным туберкулезом в НСО в 2012 г. составила 16,3 %.

Туберкулез в 56,1 % случаев выявлен у больных на стадиях иммунодефицита — CD4+ менее 350 кл., в т.ч. в 14,6 % — менее 100 кл. На момент выявления туберкулеза 16 пациентов (39 %) получали АРВТ от нескольких месяцев до 2-х лет.

Выявленные формы туберкулеза зависели от тяжести иммунодефицита. В 41,5 % выявлен диссеминированный туберкулез легких, в 7,3 % — внелегочный туберкулез (ЦНС, периферические лимфоузлы), в 14,6 % — туберкулез множественных локализаций. Умерло в первый год наблюдения 8 чел. (19,5 %).

Бактериовыделение методом посева зарегистрировано в 65,9 % случаев, тест на лекарственную чувствительность (ТЛЧ) поставлен в 88,9 %. На момент проведения анализа результат получен у 19 пациентов: чувствительность МБТ сохранена в 21,1 % случаев, выявлена множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) в 78,9 % среди всех пациентов, кому поставлен ТЛЧ.

Заключение. Рецидивы туберкулеза развиваются в основном у социально-дезадаптированных групп населения (потребители инъекционных наркотиков, отбывавшие наказание в местах лишения свободы). Тяжесть и распространенность туберкулезного процесса во многом зависит от степени иммунодефицита.

На территории с высокой инфицированностью МБТ населения, заболеваемостью туберкулезом и распространенностью

тью ВІС-інфекції доля рецидивів туберкульозу у больних ВІС-інфекцією сопоставима з такою середньої загальної популяції пацієнтів з активним туберкульозом (15 % і 16,3 % соот-

ветственно). В то же время доля больных с выявленной МЛУ возбудителя (79 %) намного превышает данный показатель в общей популяции пациентов с рецидивами туберкульоза.

О. П. Незгода, Л. О. Килимнюк, Є. В. Назаренко, О. Ц. Павельчук КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО СПОНДИЛІТУ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова
Вінницький обласний клінічний протитуберкульозний диспансер

Матеріали та методи. Обстежено 45 пацієнтів (26 жінок і 19 чоловіків віком 19–78 років, середній вік — 55,5 року $\pm$ 4,5 року), яких лікували в Вінницькому обласному клінічному протитуберкульозному диспансері (ВОКПТД) з приводу туберкульозного спондиліту в 2010–2012 рр.

Результати. У 40 хворих (88,9 %) туберкульозний спондиліт був самостійною клінічною формою туберкульозу. У 5 хворих (11,1 %) спостерігалася поєднання туберкульозного спондиліту й легеневого туберкульозу (переважала дисемінована форма — 4 хворих). Найчастіше туберкульозний спондиліт локалізувався в поперековому (42,2 %) та грудному (35,6 %) відділах. У 91,1 % виявлено ураження двох сусідніх тіл хребців.

У 44 пацієнтів спостерігалися ускладнення туберкульозного спондиліту з боку нервової системи — радикулопатії з больовим синдромом (100 %), вияви парезу (54,5 %). Обтяжене преморбідне тло було в 41 (91,1 %) хворого. У 31,1 % захворюванню передувала травма хребта, у 24,4 % — фізичні перевантаження, у 22,2 % — часті переохолодження.

Діагноз туберкульозного спондиліту в умовах тубдиспансеру встановлено у 80,0 % хворих, а в 20,0 % — в інших лікувальних закладах. У всіх хворих виявлено симптоми інтоксикації та в 97,8 % — вияви основної хвороби (біль у хребті, парестезії).

Вирішальними в діагностиці були результати інструментальних методів дослідження. Аналіз рентгенограм дав змогу встановити в 35,6% контактнo-епіфізарну форму з руйнуванням кісткової тканини до 1/3 висоти тіл, у 53,3 % — контактнo-тілову з руйнуванням тіл у межах від 1/3 до 2/3 висоти, у 6,7 % — масивні суб- та тотальні руйнування тіл, у 4,4 % деструкцію за типом карієсу.

У 27 (60,0 %) хворих провели магнітно-резонансну томографію. У 88,9 % виявлено епідуральні абсцеси (порушення циркуляції ліквору на рівні компресії, відсутність резервного простору в хребтовому каналі), у 63,0 % — паравертебральні натічники.

Комп'ютерну томографію виконано у 12 пацієнтів. У 33,3% виявлено осередкову деструкцію, у 50,0 % — суб- чи тотальну, а в 1,6 % — деструкцію за типом карієсу.

Морфологічно діагноз підтверджено в 5 хворих за допомогою трепанобіопсії осередків деструкції.

Висновки. В умовах зростання кількості випадків захворювання на туберкульозний спондиліт вкрай важливо, щоб лікарі загальної мережі, фтизіатри й травматологи ретельніше вивчали клініко-анамнестичні дані й використовували сучасні методи діагностики.

Б. В. Норе́йко, В. В. Мозговой, Д. С. Мирошніченко, Е. Л. Берест, Д. О. Литвин, Н. И. Мирошніченко, Н. С. Дядык МЕСТО КЛАПАННОЙ БРОНХОБЛОКАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЕГКИХ

Национальный медицинский университет им. М. Горького
Клиническое лечебно-профилактическое учреждение «Областная клиническая туберкулёзная больница», г. Донецк

Целью работы является изучение клапанной бронхоблокации в комплексном лечении деструктивных форм туберкулёза лёгких.

Материалы и методы. Приведен клинический принцип быстрого заживления каверны в 6 сегменте левого легкого после проведения клапанной бронхоблокации у больной с мультирезистентным туберкулёзом легких. Поскольку спадение каверны на фоне бронхоблокации обусловлено развитием ателектаза в изолированном сегменте легкого, авторы относят клапанную бронхоблокацию к методам селективной коллапсотерапии. Изучен патогенез действия гипоксии, созданной обтурацией бронха, на туберкулёзный процесс в легочной паренхиме.

Результаты исследования. Приведен пример истории болезни больной с мультирезистентным туберкулёзом, которая

безуспешно лечилась консервативно, а после установки бронхобтуратора - большая абацилирована и каверна закрылась на 4 месяце лечения. На контрольной СКТ ОГК от 23.01.13 — слева на месте полости распада определяется линейный рубец, деструкции нет. В связи с ранним заживлением полости бронхообтуратор был удалён через 132 дня.

Выводы. Таким образом, видно, что метод лечения туберкулёза лёгких путем эндобронхиальной окклюзии бронха, дренирующего полость распада, способствует повышению эффективности комплексной терапии туберкулёза лёгких. По механизму действия клапанная бронхоблокация является селективной коллапсотерапией, действие которой распространяется в основном на пораженные участки лёгких.

О. О. Ободніков

ІНДИВІДУАЛІЗАЦІЯ ВИБОРУ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЗАГОСТРЕННІ ХРОНІЧНОГО БРОНХІТУ

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ України, м. Київ.

Мета: порівняння ефективності антибактеріальної терапії (АБТ) хворих із загостренням хронічного бронхіту (ХБ) при традиційному (на основі клінічних та мікробіологічних даних) та індивідуалізованому (за допомогою тіол-дисульфідного тесту крові хворого *in vitro*) виборі антибактеріальних препаратів (АБП).

Методи: дослідження проведено серед 58 хворих віком від 37 до 62 років (середній вік — 47 років) з діагнозом ХБ у стадії загострення, підтвердженим рентгенологічним й ендоскопічним дослідженнями, із визначенням функції зовнішнього дихання, ЕКГ, загально клінічними та лабораторними дослідженнями крові, цитологічним та бактеріологічним дослідженнями харкотиння та/чи бронхіального лаважу, взятого при фібробронхоскопії, а також (у частини хворих) визначенням антибіотикограми харкотиння. Перед проведенням індивідуалізованої АБТ визначали реакцію різних конкуруючих АБП (амоксцилін/клавуланат, доксициклін, азитроміцин, кларитроміцин, цефтриаксон, левофлоксацин, моксифлоксацин) на тіол-дисульфідне співвідношення (ТДС) в крові *in vitro* відповідно до розробленого способу (Патент на винахід України № 41048 А від 15.08.2001 р.), згідно з яким проводять інкубацію цільної крові хворого з АБП в аликвотах, що відповідають різним лікувальним дозам (одноразовим та/або добовим від мінімальної до максимальної), 5-кратне визначення тіол-дисульфідного співвідношення (ТДС) в лізаті цільної крові (перед і в процесі 24-годинної інкубації), а потім вибір оптимального препарату (або декількох) із ряду тестованих. Пацієнтам основної групи призначався курс АБТ відповідно до результатів тестування крові за ТДС ($n = 28$), контрольної групи — за

результатами емпіричного вибору або антибіотикограми харкотиння ($n = 30$). Курс лікування тривав 10–14 днів. Оцінювалась переносимість, клінічна й бактеріологічна ефективність.

Результати: середня тривалість прийому АБП для хворих обох груп становила приблизно 12,7 днів — у контрольній та 11,2 днів — в основній групі. Задовільну клінічну відповідь (ремісія чи поліпшення) було отримано в 25 (89 %) з 28 хворих в основній групі та в 20 (67 %) з 30 — у контрольній ($p < 0,05$). У 2 (7 %) пацієнтів основної та в 7 (23 %) контрольної групи клінічний результат був розцінений як негативний. Крім того, в 1 (4 %) пацієнта основної групи та в 3 (10 %) — контрольної групи спостерігалися клінічні рецидиви. Отже, клінічний результат показав, що незадовільний ефект АБТ у контрольній групі був у 3 рази частіше, ніж в основній групі хворих (33 % проти 11 %, відповідно). Задовільна бактеріологічна відповідь (одужання чи передбачуване одужання) була отримана у 14 (93%) з 15 хворих у основній та в 13 (72 %) з 18 — у контрольній групі ($p > 0,05$). Незадовільний бактеріологічний результат у контрольній групі спостерігався в 4 рази частіше, ніж в основній (у 28 % і 7 % хворих, відповідно, $p < 0,05$). Побічні ефекти, що були пов'язані з застосуванням АБП, відзначалися в 3 (10,7 %) пацієнтів основної групи та в 7 (23,3 %) — контрольної ($p > 0,05$).

Висновок: при лікуванні хворих із загостренням ХБ індивідуальний вибір АБП на основі ТДС — тесту з кров'ю хворого *in vitro* сприяє підвищенню клінічного й бактеріологічного ефекту лікування й зменшенню побічних явищ у порівнянні з АБТ, що застосовується за емпіричними чи клініко-бактеріологічними показаннями.

О. К. Обремська

МОЖЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ВІЛ/СНІДОМ В УМОВАХ ФТИЗІОХІРУРГІЧНОГО СТАЦІОНАРУ

ДУ «Національний Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ

Більшість практикуючих лікарів вважають, що хірургічні втручання у хворих з ВІЛ/СНІДОМ повинні носити малоінвазивний характер, зокрема перевага надається ендовідеохірургічним методам, застосування яких дозволяє досягти незначних рівнів післяопераційних ускладнень (0,3–15,0 %) і мінімізувати ризики зараження ВІЛ медичного персоналу. З 2007 р. в клініці торакальної хірургії й інвазивних методів діагностики ДУ "Національний Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України" було прооперовано 158 ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Основну групу спостереження склали пацієнти з туберкульозом різної локалізації — 103 (65,2 %) випадки. Приведені результати 70 (44,3 %) відеоторакоскопій з біопсією плеври й 50 (31,6 %) біопсій лімфатичних вузлів при лімфаденопатіях неясного генезу у хворих з ВІЛ/СНІДОМ. Рівень післяопераційних ускладнень у досліджуваних пацієнтів склав 4,4 %. Обґрунтовано пріоритетність відеоскопічних втручань у пацієнтів з ВІЛ/СНІДОМ.

Щодо оперативних втручань ВІЛ-інфікованим пацієнтам, які виконуються в умовах фтизіохірургічного стаціонару, то умовно їх можна розділити на декілька категорій:

Діагностичні операції (біопсія лімфатичних вузлів різної локалізації, біопсія плеври при плевральному випоті (ПВ) неві-

домої етіології, біопсія легені при дисемінованих захворюваннях тощо).

Радикальні операції (резекція частини легені, пульмонекомія, плевректомія з декортикацією легені, дренажування плевральної порожнини тощо).

Паліативні операції (первинна екстраплевральна торакопластика, розкриття нагноєних лімфатичних вузлів, дренажування плевральної порожнини в термінальній стадії СНІДу при хронічних рецидивуючих піопневмотораксах).

В структурі патології даного контингенту хворих переважала туберкульозна інфекція — 103 (65,2 %) випадки. Найчастіше діагностувалися туберкульозні ПВ з легенеvim компонентом і без — 33 (20,9 %) і 28 (17,7 %) випадків відповідно, а також туберкульоз лімфатичних вузлів (37 (23,4 %) випадків). Серед проведених оперативних втручань переважали ВТС з біопсією плеври й біопсія периферичних лімфатичних вузлів — 70 (44,3 %) і 50 (31,6 %) випадків відповідно. Відкритих торакальних операцій було виконано лише 6, що склало 3,8 % від загальної кількості оперативних втручань.

При виборі методу оперативного втручання у ВІЛ-інфікованих пацієнтів перевагу слід надавати таким втручан-

ням, що передбачають мінімальні репаративні витрати з боку пацієнта, навіть якщо вони (операції) носять умовно-радикальний характер.

ВТС втручання є малотравматичними й високоефективними методами діагностики та лікування захворювань органів грудної порожнини, а тому в ВІЛ-інфікованих пацієнтів вони повинні бути пріоритетними.

Питання надання хірургічної допомоги хворим з ВІЛ/СНІДом в нашій державі потребують подальшого вивчення та обговорення з удосконаленням нормативно-правової складової.

Рівень післяопераційних ускладнень у досліджуваних пацієнтів склав 4,4 %. Великі оперативні втручання можливі у вибіркового контингенту хворих на ВІЛ/СНІД.

Н. В. Обухова, М. Н. Гришин

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАННОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНГАЛЯЦИЙ ИПРАТРОПИЯ И ФЕНОТЕРОЛА, А ТАКЖЕ УРОКИНАЗЫ, СУСПЕНЗИИ ФОСФАТИДИЛХОЛИНОВЫХ ЛИПОСОМ И КВЕРЦЕТИНА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ УРОВНЯ ОСТЕОПРОТЕГЕРИНА В ИНДУЦИРОВАННОЙ МОКРОТЕ У БОЛЬНЫХ ХОЗЛ, ПЕРЕНЕСШИХ ТУБЕРКУЛЕЗ (ТВС) ЛЕГКИХ

ГУ "Донецкий государственный медицинский университет", г. Донецк

У больных ХОЗЛ выявлена системно-регионарная дискретность содержания остеопротегерина: снижение в системном кровотоке, "регламентируемое" степенью тяжести заболевания (играет роль в развитии остеопенического синдрома), а также существенное повышение регионарного (эндобронхиального) содержания цитокина (То М. и соавт., 2011). Последнее расценивается в качестве лабораторного маркера тяжести течения бронхообструктивного заболевания, а пато- и саногенетическая оценка разнонаправленной динамики содержания остеопротегерина (OPG) в общем кровотоке и *in loco morbi* (на уровне тканей бронхов) остается предметом научной дискуссии.

Целью исследования явилось изучение влияния различных методов лечения на уровень OPG в индуцированной мокроте у больных ХОЗЛ, перенесших туберкулез (ТВС) легких.

Концентрацию остеопротегерина в индуцированной мокроте (собирали после многократной ингаляции гипертонического раствора хлорида натрия через небулайзер) определяли иммуноферментным методом с использованием коммерческих наборов Human Osteoprotegerin (OPG) ELISA Kit компании Biomedica Medizinprodukte GmbH & Co KG (Австрия). Оценка результатов осуществлялась фотометрически.

Установлено, что применение 20-дневного курса комбинированного препарата ипратропия и фенотерола (беродуал, по 2 ингаляции 3 раза в день курсом 21 день) при обострении ХОЗЛ не приводит к достоверному снижению уровня OPG в индуцированной мокроте. Под влиянием курса ингаляций урокиназы (Пуроцин, "Италко"; фибринолитической активности 30 ФЕ в 15 мл физиологического раствора и суспензии фосфатидилхолиновых липосом и кверцетина (липофлавон, ЗАО "БИОЛЕК", по 10 ингаляций чередуясь через день общим курсом 20 дней) выявлено достоверно снижение уровня OPG в индуцированной мокроте относительно исходного (до лечения) уровня. Выявлено также, что для снижения уровня OPG в индуцированной мокроте ниже уровня цитокина у больных со стабильным течением ХОЗЛ (в фазе ремиссии) целесообразно сочетанное использование комбинированного препарата беродуал и курса ингаляций урокиназы и липофлавона. Для расшифровки особенностей синергического действия комбинированного препарата ипратропия и фенотерола и курса ингаляций урокиназы и липофлавона требуется продолжения научных поисков.

М. В. Овчарук, Ю. М. Мостовой

ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ В ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ: КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) та цукровий діабет (ЦД) є одними з найбільш поширених захворювань людини. Розповсюдженість ХОЗЛ в середньому 3–11 % в різних країнах світу, а ЦД — 1–8,6 %. Отож, вірогідність поєднання цих захворювань досить висока. Відомості щодо розповсюдженості ЦД у хворих ХОЗЛ поодинокі. Сучасні дані щодо цього питання в Україні відсутні. Особливості перебігу ХОЗЛ в поєднанні з ЦД вивчені фрагментарно. У редакції GOLD-2013 звертається увага на важливість вивчення особливостей перебігу ХОЗЛ на тлі ЦД і рекомендується в подальшому досліджувати цю проблему.

В зв'язку з цим заплановане комплексне наукове дослідження, метою якого буде вивчення низки епідеміологічних та клінічних параметрів, що здатні більш ґрунтовно висвітлити проблему поєднання ХОЗЛ з ЦД. За 2010 р. в пульмонологічно-

му відділенні проліковано всього 1369 хворих. З них з діагнозом ХОЗЛ — 218 (15,9 %). У даного контингенту пацієнтів ЦД діагностований був у 20 осіб (9,1 %). Жінок, що мали поєднання ХОЗЛ і ЦД було 11 (45 %), чоловіків — 9 (55 %). Середній вік становив 64 роки. У 12 хворих (60 %) ХОЗЛ передувало виникненню ЦД, у 8 (40 %) ЦД виник раніше, ніж ХОЗЛ. У 19 пацієнтів ЦД був 2 типу і один випадок ЦД — 1 типу. У 12 хворих (60 %) ЦД мав середньоважкий перебіг, у 4 (20 %) — перебіг був тяжкий, у 2 (10 %) — легкий. У 2 пацієнтів (10 %) ЦД був вперше виявлений під час госпіталізації.

ХОЗЛ у даної групи пацієнтів мав тяжкий перебіг — 16 з них (80 %) мали ІІІ стадію захворювання. Із всіх пацієнтів з поєднаною патологією 14 (70 %) були госпіталізовані з негоспітальною пневмонією (НП) та загостренням ХОЗЛ. Даний факт може свідчити про те, що поєднання ХОЗЛ і ЦД є фактором ризику

розвитку НП, загострень ХОЗЛ. Ретроспективний аналіз медичної документації показав, що кількість загострень ХОЗЛ на тлі ЦД протягом попереднього року спостереження була значно більша ніж в групі порівняння (39 чол.) без ЦД. Більшості пацієнтів, що мали ХОЗЛ і ЦД, було призначено в стаціонарі небулайзерну терапію, що включала інгаляційні кортикостероїди та швидкодійні β_2 -агоністи, дані щодо базисної терапії в медичній документації відсутні. Короткочасна небулайзерна терапія суттєво не впливала на рівень цукру в крові.

Аналіз 183 амбулаторних карток пацієнтів з ЦД виявив, що ХОЗЛ у них діагностовано лише в 2 % випадків (4 чол.), що свідчить вірогідніше про гіподіагностику цього захворювання у даного контингенту хворих. В амбулаторних картках були від-

сутні рекомендації щодо базисної терапії хворих на ХОЗЛ.

Таким чином, розповсюдженість ЦД у хворих ХОЗЛ за нашими даними складає 9,1 %. Будь яких переваг в статевому аспекті не встановлено. Відсутній зв'язок між виникненням ЦД у хворих ХОЗЛ та виникнення ХОЗЛ у хворих ЦД. Основною причиною госпіталізації в стаціонар хворих ХОЗЛ, що мали ЦД, були НП та загострення ХОЗЛ. Є підстави вважати, що на поліклінічному рівні має місце гіподіагностика ХОЗЛ у хворих ЦД. Для встановлення реальної розповсюдженості ХОЗЛ серед хворих з ЦД та ЦД серед пацієнтів з ХОЗЛ слід проводити комплексне обстеження, що включає в себе опитування по стандартним опитувальникам, а також необхідне функціональне і лабораторне дообстеження.

М. С. Опанасенко

ЗАКЛЮЧНА ПЛЕВРОПУЛЬМОНЕКТОМІЯ У ХВОРИХ З МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИМ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ЛЕГЕНЬ

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ

Вступ. Повторні оперативні втручання у фтизіохірургічних хворих є дуже складними в технічному плані через виражений злуковий процес в плевральній порожнині й порушення топографії структурних елементів кореня легені. Повідомлень щодо результатів хірургічного лікування даного контингенту хворих існує мало, а ті, що є, істотно різняться за показниками ефективності.

Мета роботи. Вивчити ефективність виконання заключної плевропульмонектомії (ЗППЕ) у хворих з мультирезистентним туберкульозом (МРТБ) легень.

Матеріали й методи. На базі відділення торакальної хірургії й інвазивних методів діагностики з 2004 по 2012 рр. було виконано 16 ЗППЕ з приводу МРТБ. Чоловіків було 9 (56,3 %), жінок — 7 (43,8 %). ЗППЕ однаково часто виконувалась справа і зліва — по 8 (50,0 %) випадків. Вік пацієнтів коливався від 17 до 42 років (в середньому — 28,8 років). Від початку захворювання до проведення ЗППЕ пацієнти лікувались в середньому 58,2 місяці (від 27 до 108 місяців), а середній інтервал між першою операцією та ЗППЕ склав 29,9 місяців. Перед ЗППЕ хворим були виконані такі види оперативних втручань: верхня лобектомія справа — 4 (25,0 %) випадки, верхня лобектомія зліва — 2 (12,5 %), нижня лобектомія зліва — 1 (6,3 %), атипова резекція S1S2S3 сегментів зліва — 4 (25,0 %), атипова резекція S1S2S6 сегментів зліва — 1 (6,3 %), атипова резекція S1S2S6 сегментів справа — 1 (6,3 %), атипова резекція S2S6 сегментів справа — 1 (6,3 %), верхня білобектомія справа з 6 реберною торакопластиком — 1 (6,3 %), нижня білобектомія справа — 1 (6,3 %). У 5 (31,3 %) хворих був діагностований туберкульоз трахеобронхіального дерева до операції. У всіх хворих перед ЗППЕ був діагностований МРТБ легень наступних форм: фіброзно-кавернозний туберкульоз — 11 (68,8 %) хворих, циротичний — 4 (25,0 %), казеозна пневмонія — 1 (6,3 %). В двох (12,5 %) хворих діагностовано залишкову плевральну порожнину з бронхіальною норицею. В 9 (56,3 %) випадках хворі були бактеріовиділювачами. Двобічний туберкульозний процес спостерігався у 9 (56,3 %) хворих.

Результати. ЗППЕ проводили за правилами торакальної хірургії, проте були певні особливості: обов'язково проводи-

лось екстраплевральне видалення V або VI ребра з торакотомією по ложу даного ребра; куку бронху укріплювали по Суїту з наступним накладанням пластини «Тахокомб», встановлювали дренаж в нижньому відділі гемотораксу й мікроіригатор в верхніх відділах. У одного (6,3 %) пацієнта ЗППЕ була доповнена коригуючою 6 реберною екстраінтраплевальною торакопластиком. Інтраопераційна крововтрата склала в середньому 403 мл і варіювалась від 200 мл до 1500 мл. Середня тривалість операції склала 274 хвилини. Інтраопераційні ускладнення діагностовано у 2 (12,5 %) пацієнтів: пошкодження внутрішньої грудної артерії (артерія кліпована) у одного (6,3 %), і пошкодження трьох гілок міжреберних артерій в місці їх відходження від аорти в іншого (6,3 %) (судини ліговано). Післяопераційні ускладнення виявлені в 5 (31,3 %) пацієнтів. Кровотеча в ранньому післяопераційному періоді спостерігалась у 3 (18,8 %) хворих: в одному випадку вдалося зупинити консервативно, в другому — виконано реторакотомію (джерело кровотечі не виявлено), і в одного хворого кровотеча виникла як ускладнення ДВС-синдрому. В усіх випадках результат операції позитивний. В одному (6,3 %) випадку діагностовано тромбемболію дрібних та середніх гілок легеневої артерії (лікована консервативно). Хілоторакс виявлено у 1 (6,3 %) хворого на 5 добу післяопераційного періоду. Пізні післяопераційні ускладнення діагностовано в 4 (25,0 %) хворих: 1) бронхіальна нориця з подальшим розвитком емпієми у двох (12,5 %) пацієнтів через 6 і 4 місяців відповідно (загальний результат операцій — негативний); 2) емпієма залишкової плевальної порожнини без бронхіальної нориці через 1,5 року (загальний результат операції — негативний); 3) загострення туберкульозного процесу в єдиній легені (через ранню відміну протитуберкульозних препаратів).

Таким чином загальна ефективність виконання ЗППЕ у пацієнтів з МРТБ легень склала 81,3 %.

Висновок. Отримані результати дають можливість стверджувати, що ЗППЕ є досить складним, небезпечним, травматичним, проте ефективним втручанням при лікуванні хворих з МРТБ легень.

Є. П. Ортеменка, С. В. Войціховська

КЛІНІЧНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОЛОНГОВАНИХ ТЕОФІЛІНІВ В КОМПЛЕКСНІЙ БАЗИСНІЙ ТЕРАПІЇ ПРИ НЕЙТРОФІЛЬНОМУ ФЕНОТИПІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Незважаючи на впровадження в практику міжнародних стандартів та національних протоколів лікування бронхіальної астми (БА), у 10–30 % пацієнтів не вдається досягнути достатнього рівня контролю над симптомами захворювання. Наразі недостатню ефективність стандартної протизапальної терапії, яка в більшості випадків визначається інгаляційними глюкокортикостероїдами (ІГКС), пов'язують із фенотиповим поліморфізмом захворювання, зокрема, з існуванням неозинофільного/нейтрофільного характеру запалення дихальних шляхів (ДШ). Дослідженнями останніх років показано, що метилксантини сповільненого вивільнення в малих дозах здатні пригнічувати синтез певних цитокінів, що медіують нейтрофіл-асоційоване запалення ДШ та їх ремоделювання, потенціюють апоптоз бронхіальних нейтрофільних гранулоцитів та відновлюють ефективність глюкокортикостероїдів. Водночас, оприлюднені дані щодо клінічної ефективності теофілінів досить обмежені, особливо в дитячій популяції.

Мета дослідження. Дослідити ефективність теофілінів пролонгованої дії в комплексі базисної терапії інгаляційними глюкокортикостероїдами при БА в дітей шкільного віку при нейтрофільному характері запалення ДШ.

Матеріал і методи. На базі пульмонологічного відділення ОДКЛ №1 м. Чернівці обстежено 13 дітей шкільного віку, хворих на частково контрольовану та неконтрольовану бронхіальну астму, в котрих, за наявності в індукованому інгаляціями серійними гіпертонічних (3–7 %) розчинів натрію хлориду (за методом Pavord I. D., Pizzichini M. M., 1996 p.) харкотиння менше за 3% нейтрофільних гранулоцитів, визначався неозинофільний фенотип захворювання. Даній когорті дітей призначалася комбінована із пролонгованими теофілінами (ПТ) протизапальна терапія. Оцінка контролю БА (в

балах) здійснювалася за допомоги анкетування хворих до та після призначеного курсу протизапальної терапії. При цьому вважали, що сумарна кількість балів свідчила як про рівень контролю БА (чим вищий рівень балів, тим він гірший), так і про ефективність протирецидивної базисної терапії (чим нижча кількість балів після проведеного лікування, тим воно ефективніше). Отримані дані аналізувалися методами біостатистики та клінічної епідеміології з визначенням абсолютного (АЗР) та відносного (ВЗР) зниження ризику неконтрольованості БА, з урахуванням мінімальної кількості хворих (МКХ), котрих слід пролікувати для отримання хоча б одного позитивного результату.

Результати дослідження. Показано, що рівень контролюваності БА становив у середньому $13,7 \pm 1,5$ балів до комбінованого із ПТ лікування та $7,0 \pm 1,4$ ($p < 0,01$) — після отриманої терапії. Отримані дані непрямо підтверджували потенціювання протизапального ефекту базисної терапії шляхом комбінації ІГКС із метилксантинами сповільненого вивільнення у лікуванні нейтрофільного фенотипу БА. Частка хворих із низьким рівнем клінічного контролю БА (сума балів > 12) значно зменшилася під впливом отриманого лікування (з 53,8 % до 15,4 % випадків; $p < 0,02$). При цьому зареєстровано наступні показники ефективності зазначеної терапії (відносно монотерапії ІГКС) щодо зменшення кількості хворих із недостатнім рівнем контролю захворювання: ЗнВР = 71,4 %, ЗнАР = 38,4 %, МКХ = 3 пацієнта.

Висновки. Застосування комбінованої з теофілінами сповільненого вивільнення базисної протирецидивної терапії нейтрофільної бронхіальної астми виявилось ефективнішим відносно монотерапії інгаляційними кортикостероїдами, що відобразилося в значному зниженні неконтрольованості захворювання.

**І. Ю. Осійський, А. Ю. Циганков, Л. В. Колосюк, О. М. Краснов
ІНВАЗИВНІ МЕТОДИ В ДІАГНОСТИЦІ ЕКСУДАТИВНИХ ПЛЕВРИТІВ**Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,
Вінницький обласний клінічний протитуберкульозний диспансер

Екссудативні плеврити (ЕП) складають 5–7 % усіх захворювань органів дихання. Діагностика ЕП дуже складна. Для етіологічної діагностики ЕП використовуються як неінвазивні, так й інвазивні методи. Протягом 20 років, для діагностики ЕП у 543 пацієнтів, віком від 17 до 70 років, проводилась закрита біопсія парієтальної плеври. Операція виконувалась під місцевою анестезією 0,25 % розчину новокаїну пристроєм власної оригінальної конструкції (Патент України на винахід № 47107 А, від 17.06.2002 р.). В результаті дослідження біоптату виявлено: у 350 чол. (64,5 %) ураження плеври туберкульозного характеру. У 134 (25,4 %) — неспецифічні запальні процеси плеври, у 55 (10,1 %) — пухлинні ураження плеври, у тому числі, у 7 — мезотеліома плеври. Ускладнень після закритої біопсії парієтальної плеври не було. Закрита біопсія парієтальної плеври — операція проста, виконується під місцевою анестезією, одним хірургом, може бути виконана в будь-якому торакальному відділенні.

З 2007 року для діагностики ЕП, в клініці, застосовується відео-торакаоскопія за допомогою апаратно-інструментального

набору. Операція виконується під інкубаційним наркозом, двома хірургами. За 5-річний період виконано 123 відеоторакаоскопії з біопсією вісцерального та парієтального листків плеври. Вік хворих від 20 до 75 років. В результаті дослідження біоптату виявлено: туберкульозне ураження плеври в 84 чол. (68,3 %), неспецифічні запальні плеврити — в 25 чол. (20,3 %), пухлини плеври — в 11 (8,9 %), в тому числі в 7 чол. — мезотеліома плеври, у 3 чол. (2,4 %) — саркоїдоз плеври. При відеоторакаоскопії видаляються згустки фібрину, що попереджає утворення фібринотораксів. Після відеоторакаоскопії плевральну порожнину дренируємо на 10–15 діб, що звільняє пацієнтів від повторних плевральних пункцій, а в плевральну порожнину вводимо антимікобактеріальні препарати, антибіотики, антисептики, фібринолітичні препарати. Ускладнень після відео-торакаоскопії не було.

Таким чином, як закрита біопсія парієтального листка плеври, так і відеоторакаоскопія, дозволяють діагностувати етіологію ЕП протягом 5–7 діб і призначити адекватне етіотропне лікування.

Т. С. Оспанова, Г. В. Еременко, С. Л. Польщикова К ПРОБЛЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БА

Национальный медицинский университет, г. Харьков
КУОЗ «ОКБ-ЦЭМП и МК», г. Харьков

В настоящее время не вызывает сомнений ведущая роль хронического воспаления в патогенезе бронхиальной астмы (БА). Это воспаление имеет в своей основе сложные нарушения не только со стороны иммунной системы, но и гипоталамико-надпочечниковой системы, которая играет важную роль в общей адаптивной реакции организма, в том числе в обеспечении устойчивости к стрессам, поддержании ионного гомеостаза и регуляции иммунной системы.

При тяжелой неконтролируемой БА обычно наряду с ИГКС для базисной терапии используют во врачебной практике системные ГКС, которые воздействуют на гипоталамико-надпочечниковую систему, вызывая снижение выработки кортикотропина и уменьшая, следовательно, возбуждение коры надпочечников (НП), что при длительном применении ГКС приводит к угнетению и атрофии коры НП.

Целью нашего исследования стало изучение влияния различных способов введения ГКС (ингаляционного, и перорального) на содержание паратгормона и кортизола в сыворотке крови.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 62 больных БА, у которых изучены содержание ПТГ и кортизола. Верификация диагноза проводилась с помощью общепринятых методов обследования больных. Были изучены данные анамнеза, клинические анализы крови и мочи, суточный диурез, функциональное состояние легких — ФВД, пикфлоуметрия, данные иммунологических исследований, которые включали исследование общего иммунного статуса I–II уровня, цитокины IL-4, TNF α .

Больные были распределены на две группы, рандомизированы по возрасту и полу. В первую группу вошли 35 боль-

ных БА тяжелым течением — неконтролируемая БА, в возрасте от 42 до 56 лет, что в среднем составило $47 \pm 4,4$ лет. Базисная терапия у больных этой группы включала ингаляционные кортикостероиды (ИГКС) — флутиказона пропионат в дозе 500–1000 мкг в сутки. Длительность приема ИГКС составила $9,6 \pm 3,19$ лет. Во вторую группу вошли 27 больных с БА тяжелым течением — неконтролируемая БА, в возрасте от 33–59 лет. Средний возраст составил $47 \pm 7,2$ лет. Пациенты этой группы непрерывно (более года) принимали системные ГКС. Длительность приема таблетированных стероидов составила $7,17 \pm 1,48$ года. Суточная доза (в пересчете на преднизолон) составила $20,2 \pm 2,6$ мг.

Результаты и обсуждение. В результате обследования у больных 1 группы не было найдено зависимости ПТГ и КТ от длительности лечения ИГКС. У больных 2 группы выявлено резкое повышение ПТГ в сравнении с контрольной группой до $58,4 \pm 2,0$ нм/мл; $p < 0,05$ и снижение КТ до $195,4 \pm 30,3$ пг/мл; $p < 0,05$.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что длительный прием ИГКС не оказывает негативного влияния на уровень ПТГ и КТ, а длительный прием больными БА системных кортикостероидов приводит к снижению стероид-продуцирующей функции надпочечников, что в дальнейшем приводит к развитию сопутствующей патологии.

На наш взгляд, длительный прием системных глюкокортикоидов может приводить к вторичному гиперпаратиреозу с повышенным сывороточным уровнем ПТГ. По мере утяжеления БА уровень ПТГ возрастает. Длительный прием больными БА системных ГКС приводит к снижению стероид-продуцирующей функции НП.

Т. С. Оспанова, Т. М. Пасиешвили

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ АПФ И ЕНО-СИНТАЗЫ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ И ОЖИРЕНИИ

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков

Несмотря на успехи, достигнутые в диагностике и лечении, бронхиальная астма (БА) остается важной медицинской, социальной и экономической проблемой современности. Эндотелиальная дисфункция, развивающаяся уже на ранних этапах болезни, в дальнейшем приводит к гипоксемии и гипоксии тканей, усугубляет дыхательную недостаточность. Сочетание БА с различными заболеваниями внутренних органов, в том числе с ожирением приводит к более тяжелому течению заболевания. Поскольку это может быть связано с некоторыми генетическими изменениями, повысился интерес исследователей к их выявлению и установлению генотипов, наиболее негативных для прогноза.

В связи с этим, целью нашего исследования явилось изучение полиморфизма гена ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) и гена эндотелиальной NO-синтазы (eNOS) у больных БА для определения их роли в формировании клинических проявлений БА.

Было обследовано 103 пациента с верифицированным диагнозом БА в возрасте от 29 до 64 лет ($42,8 \pm 6,7$). Тяжесть ожирения оценивалась на основе расчета индекса массы тела

(ИМТ). Были выделены две группы пациентов: основная — 61 больной БА с ожирением и группа сравнения из 42 больных с изолированной БА. В основной группе 25 пациентов (41 %) имели повышенную массу тела, 14 (22,9 %) — ожирение I ст. и 22 пациента (36,1 %) — ожирение II ст. ДНК-диагностика проводилась в отделе молекулярно-генетических исследований ЦНИЛ ДонНМУ им. М. Горького.

Установлено, что при ожирении наблюдается неблагоприятное течение БА: значительно чаще отмечалось обострение заболевания; приступы удушья в большинстве случаев имели затяжное течение и купировались применением глюкокортикоидов.

При проведении генетических исследований были выявлены изменения соотношения генотипов по сравнению со здоровыми лицами. Так, больных с гомозиготным генотипом D/D было выявлено в 2,1 раза больше, чем DD носителей в контрольной группе. Отмечена тенденция снижения частоты аллеля I и преобладание частоты аллеля D у больных БА. При сочетании БА с ожирением количество пациентов с мутантным генотипом D/D достоверно увеличилось в 2 раза по срав-

нению с контрольной группой и в 1,2 раза — по сравнению с пациентами с изолированной БА. Наибольшее количество больных с патологическим генотипом наблюдалось при дебюте заболевания после 30 лет и при более тяжелом течении БА.

При изучении полиморфизма гена eNOS у больных с изолированной БА отмечено преобладание генотипов C/T в 52,4 % случаев и патологического мутантного генотипа C/C у 28,6 % больных в отличие от группы контроля, где нормальные гомозиготы (ТТ генотип) были выявлены у 48 % человек. При присоединении ожирения число мутаций гена eNOS достоверно увеличивалось в 7,8 раза по сравнению с и в 1,7 раза — по сравнению с пациентами с изолированной БА. Было также установлено, что БА чаще возникала у пациентов старше 30 лет, а при

сочетании с ожирением — с одинаковой частотой при C/T и C/C генотипах. У 32,8 % пациентов БА с ожирением и у 26,2 % больных изолированной БА наблюдалось сочетание патологических генотипов гена АПФ и гена eNOS. Чаще всего подобное сочетание встречалось у пациентов III и IV ступеней БА.

Таким образом, можно констатировать, что развитие и тяжесть течения БА связаны с определенным вариантом полиморфизма генов АПФ и eNOS. Присутствие генотипа D/D можно рассматривать как маркер развития и прогрессирования БА. При присоединении ожирения к основному патологическому процессу у пациентов БА в короткие сроки формируются преимущественно тяжелые формы заболевания, резистентные к терапии.

М. Островський, Л. Баблюк, І. Макойда, О. Мельник, О. Варунків, М. Стівбан **МІКРОСКОПІЧНІ ЗМІНИ В МІХУРОВІЙ ЖОВЧІ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ** **У ХВОРИХ З МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТИМ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ**

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"

Актуальність. Загальна кількість випадків мультирезистентного туберкульозу становить 4,3 % серед нових хворих та хворих, які раніше лікувались, серед них у 27000 хворих визначали розширену медикаментозну резистентність мікобактерій. У 87 % хворих із мультирезистентним туберкульозом спостерігається патологія гепатобіліарної системи, що обумовлено гепатотоксичністю протитуберкульозних препаратів та коморбідним перебігом захворювань.

Мета: вивчити мікроскопічні зміни міхурової жовчі при патології гепатобіліарної системи у хворих із мультирезистентним туберкульозом легень.

Матеріали та методи. Мікроскопічно вивчали порцію «В» жовчі, одразу ж після її отримання під час дуоденального зондування, в якій визначали наявність лейкоцитів, епітелію, клітинного детриту, кристалів холестерину, солей кальцію білірубінату та їх кількість у полі зору. Жовч мікроскопічно досліджували в 32 хворих із мультирезистентним туберкульозом, в

яких була виявлена вторинна медикаментозна стійкість зумовлена перервою в лікуванні Серед обстежених хворих було 21 жінка та 11 чоловіків у віці від 25 до 42 років.

Результати. При мікроскопічному дослідженні порції «В» жовчі в 96,8 % хворих спостерігалася наявність різних кристалічних структур (кристали холестерину в 28,6 % випадків, гранули білірубінату кальцію — у 65,9 % хворих, кристали карбонату кальцію — у 35,7 % обстежених). Клітинний детрит візуалізувався в 76,2 % пацієнтів, лейкоцити простежувались у 81 %, слиз виявлявся практично у всіх обстежених. Виявлено зниження рН жовчі порції В у більшості обстежених хворих

Висновок. Закислення жовчі та підвищений рівень кристалічних структур у ній є одним із факторів підвищеної літогенності жовчі у хворих із мультирезистентним туберкульозом — зсув рН в кислоту порушує колоїдну стабільність міцел жовчі та прискорює кристалізацію білірубину та холестерину.



М. М. Островський, М. О. Кулинич-Міськів, І. О. Савеліхіна, Л. С. Малофій **ВПЛИВ БАЗОВОЇ БРОНХОДИЛЯТАЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ НА ОКРЕМІ ПАТОГЕНЕТИЧНІ ЛАНКИ** **НЕОКОЛАГЕНЕЗУ БРОНХІАЛЬНОГО ДЕРЕВА ПРИ ХРОНІЧНОМУ ОБСТРУКТИВНОМУ** **ЗАХВОРЮВАННІ ЛЕГЕНЬ (ХОЗЛ)**

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"

Метою даного дослідження є оцінка динаміки колагену-IV в бронхоальвеолярному вмісті при лікуванні ХОЗЛ II стадії із використанням препарату тіотропію броміду.

Матеріал та методи. Вміст колагену-IV досліджували в бронхоальвеолярній рідині 43 хворих на ХОЗЛ II ст. у терміні до та в процесі 1-го, 2-го та 6-ти місяців прийому препарату тіотропіум бромід методом імуноферментного аналізу на аналізаторі "StatFax 303 Plus" за допомогою реагентів «Biotrin Collagen IV EIA».

Результати. Вміст колагену IV у бронхо-альвеолярному вмісті на час госпіталізації в хворих на ХОЗЛ II ст, які отримували традиційне лікування (I-а група дослідження), становив $(61,14 \pm 1,28)$ нг/мл, що у 6,19 рази ($p < 0,05$) вище, ніж у групі ПЗО. У динаміці лікування через 1 місяць прийому комплексного лікування фази загострення ХОЗЛ II стадії з включенням

тіотропію броміду в якості базової терапії (II-а група дослідження) нами ідентифіковано зменшення в 1,41 рази порівняно з даними до лікування ($p < 0,05$) рівнів колагену IV в бронхо-альвеолярному вмісті. Нами встановлено подальші позитивні тенденції — зменшення на 79,4 % колагену IV при використанні препарату тіотропіуму броміду впродовж 2 місяців (III-я група дослідження). Рівень колагену IV в бронхо-альвеолярному вмісті зменшився у 2,23 рази ($p < 0,05$) порівняно з I-ю групою дослідження.

Практично повну нормалізацію рівнів колагену IV в бронхо-альвеолярному вмісті нами ідентифіковано лише впродовж 6-ти місячного прийому тіотропію броміду пацієнтами з ХОЗЛ II стадії (IV-а група дослідження), що слугує чіткою й якісною характеристикою дієвості й необхідності базової терапії ХОЗЛ.

М. М. Островський, Г. З. Корж, Л. С. Малофій, М. О. Кулинич-Міський, В. І. Єфремов, О. І. Варунків, М. П. Стовбан, І. О. Савеліхіна

ІНТЕРЛЕЙКІНИ ЯК КРИТЕРІЙ ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Івано-Франківський національний медичний університет

Одне з чільних місць серед проблем практичної пульмонології посідають хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ). Згідно сучасних даних провідних вчених в Україні середня кількість хворих цією патологією складає 10–14 % від дорослого населення країни. Вивчення процесів, котрі відбуваються в організмі при даній патології, особливо факторів захисту організму є актуальним в пульмонологічній практиці.

Мета даного дослідження: вивчення рівня інтерлейкінів 1 і 2 (ІЛ-1, ІЛ-2) при хронічному обструктивному захворюванні легень у фазі загострення.

Методи дослідження. Визначення ІЛ-1 та ІЛ-2 проведено в 41 особи з хронічним обструктивним захворюванням легень у

фазі загострення. Контрольна група складалась із 21 практично здорових осіб (ПЗО). Рівень показників вивчали в супернатанті лімфоцитів периферичної крові, який отримували шляхом імуноферментного аналізу на апараті „” з використанням реагентів „ПроКон” („Протеїновий контур”, Росія).

Результати: дослідження показали, що в ПЗО рівень ІЛ-1 склав $34,18 \pm 5,23$ пг/10⁶, ІЛ-2 — $178,0 \pm 12,32$ пг/10⁶, тоді, як у хворих на ХОЗЛ у фазі загострення рівні даних показників становили — ІЛ-1 — $42,11 \pm 3,09$ пг/10⁶, а ІЛ-2 — $143,23 \pm 10,37$ пг/10⁶.

Висновки: визначення рівнів ІЛ-1 та ІЛ-2 при хронічному обструктивному захворюванні легень можна використовувати для діагностики загрози розвитку та пролонгації фази загострення даної патології.

М. М. Островський, М. П. Стовбан, Л. С. Малофій, І. В. Стовбан, В. М. Заячук, А. Б. Зубань, М. О. Кулинич-Міський, І. О. Савеліхіна, О. І. Варунків, Т. Я. Бондаренко

РІВЕНЬ КОЛАГЕНУ ІV ТИПУ У БРОНХО-АЛЬВЕОЛЯРНОМУ ВМІСТІ ПРИ РОЗВИТКУ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ПОЄДНАННІ З АНЕМІЧНИМ СИНДРОМОМ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Вступ. Підвищення вмісту колагену ІV у бронхо-альвеолярному вмісті при розвитку негоспітальної пневмонії в поєднанні з анемічним синдромом є свідченням збільшення активності фібробластів (на тлі порушень мікроциркуляції, активації перекисного окиснення ліпідів та явищ гіпоксії), а значить і більшою вираженістю явищ пневмосклерозу: потовщення базальних мембран і пластинок. Відтак виникають порушення процесів обміну у власних біологічних системах та дисоціації ряду лікарських форм, що буде, в свою чергу, сприяти як наростанню клініко-функціональних проявів запалення легень та анемічного синдрому, зокрема залізодефіцитної анемії, так і генеруватиме потребу до збільшення інтенсивності медикаментозної корекції даних патологій на фоні поєднання гемічної та дихальної гіпоксії.

Матеріали та методи. Визначення колагену ІV типу проводилося методом ІФА на аналізаторі “StatFax 303 Plus” (США) за допомогою реагентів «Biotrin Collagen IV EIA» в БАР.

Результати та їх обговорення. Розвиток негоспітальної пневмонії, як в поєднанні з анемічним синдромом, так і без

нього, супроводжувався чітким зростанням колагену ІV у бронхо-альвеолярному вмісті в $8,57$ ($p < 0,05$) та у $6,05$ ($p < 0,05$) рази відповідно, проти його показника в групі контролю ($9,87 \pm 0,52$) нг/мл. Збільшення рівня колагену ІV типу на $41,65$ % ($p < 0,05$) в пацієнтів, де запалення легень поєднане з анемічним синдромом, відносно групи осіб, де негоспітальна пневмонія була єдиною патологією, є свідченням більш вираженим збільшення процесів неоколагенезу при активації фібробластів в умовах поєднання гемічної та дихальної гіпоксії. На момент завершення стаціонарного лікування концентрація колагену ІV типу в бронхо-альвеолярному вмісті мала тенденцію до нормалізації. Однак, на фоні позитивних тенденцій усе ж не спостерігається повного відновлення даного показника до його вихідного рівня.

Висновок. Поєднання гемічної та дихальної гіпоксії при розвитку негоспітальної пневмонії в поєднанні з анемічним синдромом викликає збільшення процесів неоколагенезу, що в свою чергу, вимагає ескалації інтенсивності режимів медикаментозної корекції запалення легень та анемії.

О. В. Панасюк, В. О. Панасюк, О. Л. Панасюк, Г. В. Радиш**АЛГОРИТМ ВИЯВЛЕННЯ, ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ РЕЧОВИНИ ТА ОБОЛОНОК ГОЛОВНОГО МОЗКУ, У ТОМУ ЧИСЛІ ПОЄДНАНОГО З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ***ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ»**ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л. В. Громашевського НАМН України»**Національний медичний університет імені О. О. Богомольця*

Обстежено та проліковано 128 хворих на туберкульоз речовини й оболонок головного мозку (ТРОГМ), у тому числі поєднаного з ВІЛ-інфекцією (64 осіб), в період інтенсивної фази антимікобактеріальної терапії (АМБТ) протягом останніх 10-ти років на клінічних базах названих закладів. Для встановлення діагнозу використовувалися всі доступні сучасні інформативні методи: клінічні, променеві, лабораторні, імунологічні, етіологічні та статистичні. Методом співставлення випадково підібраних пар хворих за 5 ознаками (стать, вік, тип, локалізація і критерії підтвердження туберкульозного процесу) було сформовано 2 ідентичні групи (по 64 хворих в кожній) в залежності від наявності (I група) або відсутності (II група) ВІЛ-інфекції.

За результатами обстеження встановлено, що на відміну від хворих II групи, у яких плеоцитоз у лікворі спостерігався в 100,0 % випадків, у хворих I групи плеоцитоз у лікворі виявлявся в 86,0 % випадків ($p < 0,01$). Частота інших показників ліквору, зокрема низької частоти виявлення мікобактерій туберкульозу (МБТ) та частоти синдромів (інтоксикаційного, менінгального, енцефалітного) між I та II групою вірогідно не відрізняється ($p > 0,05$).

Абсолютна більшість хворих I групи лікувалася за 4-ю категорією антимікобактеріальними препаратами (АМБП), переважно парентеральними методами їх введення на стартовому етапі, з використанням етамбутолу та обов'язково одного із фторхінолонів, амікацину (канаміцину), лінезоліду чи меропенему на тлі антиретровірусної терапії (АРТ) (35 хворих) і без застосування АРТ (29 хворих). II група (64 хворих), у яких ТРОГМ не був поєднаний із ВІЛ-інфекцією, лікувалися переважно за 1-ю категорією.

З матеріалів роботи випливає, що у хворих I та II груп зустрічається різна частота зворотного розвитку та різна частота прогресування ТРОГМ. Так, в I та II групі регресування хвороби (ТРОГМ) зустрічається відповідно в 80,0 % і 60,0 % випадків, померло відповідно 20,0 % та 40,0 % хворих ($p < 0,05$).

Таким чином, виявлення в діагностиці ТРОГМ, у тому числі поєднаного з ВІЛ-інфекцією, складається як мінімум із 2-х взаємопов'язаних, взаємодоповнюючих алгоритмів:

Алгоритм виявлення ознак мінімум 3-х синдромів (інтоксикаційного, менінгального, патологічних змін ліквору — не завжди у ВІЛ-інфікованих) для менінгіту та щонайменше 4-х синдромів, тобто крім уже 3-х наведених, ще й енцефалітного синдрому для менінгоенцефаліту.

Алгоритм верифікації туберкульозної етіології менінгіту, менінгоенцефаліту шляхом виявлення МБТ в лікворі і/або іншому біологічному матеріалі чи виявлення гістологічно туберкульозної гранульоми та отримання позитивної реакції організму на туберкулін у вигляді віражу туберкулінової проби в ВІЛ-інфікованих осіб, а також отримання позитивної динаміки на застосування АМБТ.

Лікування хворих на ТРОГМ, у тому числі поєднаного з ВІЛ-інфекцією, складається також як мінімум з двох ключових послідовних алгоритмів:

Алгоритм стартової (яку розпочинають не пізніше 7 дня від початку менінгального синдрому) й адекватної АМБТ (з урахуванням чутливості МБТ до АМБП).

Алгоритм як мінімум 2-ступеневої під час інтенсивної фази АМБТ: на її стартовому етапі АМБП вводяться парентерально, а на фінішному — перорально.

**Л. О. Панченко, Н. Г. Попова, С. І. Васіна, І. М. Звягольська, І. В. Короваєва, Л. О. Попова**
ПОЄДНАНА МІКОПЛАЗМЕНА ТА ГЕРПЕС-ВІРУСНА ІНФЕКЦІЯ ПРИ НЕГОСПІТАЛЬНІЙ ПНЕВМОНІЇ У ДОРОСЛИХ*Державна установа «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова Національної академії медичних наук України», м. Харків*

В останні десятиліття різко зросла актуальність проблеми асоційованих інфекційних процесів, які є, за даними матеріалів Конгресу по поєднаним та паразитарним хворобам (Чернівці, 2009), домінуючими в патології людини.

Однак, до цього часу повідомлення щодо ролі поєднаних бактеріальних, вірусних та бактеріально-вірусних збудників у хворих на негоспітальну пневмонію (НП) поодинокі (О. Я. Дзюблик з співавт., 2010). В значній мірі, це можна пояснити деякими факторами: труднощами етіологічної діагностики внаслідок часто атипового перебігу хвороби; необхідністю використання різних взаємодоповнюючих методів для виявлення мікробних асоціантів; складністю інтерпретації результатів лабораторного аналізу внаслідок здебільшого латентної персистенції етіопатогенів, та ін.

Метою роботи було одночасне визначення імуноферментним методом *Mycoplasma pneumoniae* (M.pn.) і *Herpes simplex virus* (HSV) у хворих на НП третьої клінічної групи.

Матеріалом для детекції вказаних етіопатогенів поряд із загальновідомими методами мікробіологічного аналізу (бак-

теріоскопічним і бактеріологічним) харкотиння, була сироватка крові хворих. Використовували комерційні тест-системи ЗАТ «Вектор-Бест» (Росія) для виявлення специфічних маркерів інфекції (IgM і IgG) до M. pn. і HSV.

Результати досліджень. При обстеженні 177 хворих на НП віком від 18 до 45 років, які знаходились на стаціонарному лікуванні, у 53 (29,9 ± 3,4) % встановлено гостру мікоплазменну інфекцію. Інфікованість хворих цим патогеном склала 59,3 ± 3,7 %.

У 21 із 53 (39,6 ± 6,7) % хворих з гострою мікоплазменою інфекцією одночасно був виявлений імунологічний показник (IgM) гострої HSV-інфекції.

Таким чином, у значної частини обстежених хворих на НП на підставі лабораторних даних встановлена поєднана бактеріально-вірусна інфекція. У ролі бактеріального копатогену визначено M. pn., а у ролі вірусного копатогену — HSV.

Для удосконалення лабораторної діагностики мікоплазменої НП у поєднанні з HSV-інфекцією розроблено спосіб, який дозволяє в залежності від кількісних показників імунофермен-

тного аналізу встановлювати фази ремісії, загрози активації й безпосередньо активацію вірусу простого герпесу з явними клінічними або субклінічними проявами інфекції. Показано, що

в випадках діагностованих фаз загрози активації й активізації HSV у комплекс лікувально-профілактичних заходів необхідно включати противірусні й імунорегуючі препарати.

В. І. Петренко, В. І. Потайчук, Г. В. Радиш

ЗАСТОСУВАННЯ ГЕМІФЛОКСАЦИНУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

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

Геміфлоксацин — фторхінолоновий препарат IV покоління, активний щодо мікобактерій туберкульозу. Будучи зареєстрованим в Україні з 2009 року, зокрема для використання при лікуванні негоспітальної пневмонії, цей препарат задовольняє більшість критеріїв пошуку нових антимікобактеріальних препаратів для лікування туберкульозу, адже має аналогічний до фторхінолонів профіль безпеки, відносно низьку вартість, пероральну форму.

Метою роботи було вивчити та порівняти клінічну ефективність геміфлоксацину (Геміксу) з іншими відомими фторхінолонами (офлоксацин, левофлоксацин і гатіфлоксацин) в індивідуальних режимах антимікобактеріальної терапії (АМБТ) деструктивного туберкульозу легень з моно-, полі- й мультирезистентністю.

У рандомізованому контрольованому порівняльному дослідженні взяли участь 156 хворих з вперше діагностованим або раніше лікованим деструктивним туберкульозом легень, яким проводилася за індивідуальними схемами під час інтенсивної фази (2–6 місяців) АМБТ з урахуванням результатів тесту медикаментозної чутливості (ТМЧ) до протитуберкульозних препаратів (ПТП) I ряду. Хворі були розподілені на дві групи, ідентичні за віком, статтю, клінічними формами туберкульозу та видом медикаментозної резистентності мікобактерій. 78

хворих (I група) отримувала стандартний режим АМБТ з включенням геміфлоксацину, інші 78 хворих (II група) — із виключенням гатіфлоксацину (26 осіб) або левофлоксацин (26) чи офлоксацину (26).

Серед 78 хворих I групи й 78 хворих II групи монорезистентність мікобактерій встановлена відповідно в 12,0 % і 14,0 %, полірезистентність мікобактерій — відповідно в 22,0 % і 17,0 %, мультирезистентність мікобактерій — відповідно в 66,0 % і 69,0 % випадків.

Результати. На кінець інтенсивної фази АМБТ частота зникнення інтоксикаційного синдрому та інших проявів спостерігалася в 83,0 % випадків I групи й у 82,0 % — II групи; частота припинення бактеріовиділення — відповідно в 79,0 % і 74,0 %; частота регресії тінеутворення в легенях — відповідно в 74,0 % і 68,0 % випадків ($p > 0,05$).

Висновки. Результати дослідження свідчать про те, що АМБТ із включенням геміфлоксацину у шпиталізованих хворих на хіміорезистентний деструктивний туберкульоз легень за ефективністю не поступається режимам із включенням інших відомих фторхінолонів (гатіфлоксацин, левофлоксацин, офлоксацин). Таким чином, геміфлоксацин — препарат із доброю переносимістю, який можна рекомендувати для впровадження у фтизіатричну практику.

О. В. Підвербецька, Л. Д. Тодоріко, О. Я. Підвербецький СИНДРОМ ВІДНОВЛЕННЯ ІМУННОЇ СИСТЕМИ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Актуальність. ВІЛ-інфекція та туберкульоз (ТБ) — одні з провідних причин захворюваності та смертності в усьому світі. Туберкульоз є виліковним захворюванням, натомість ВІЛ-інфекція залишається в списку хвороб, лікування яких лише подовжує тривалість життя пацієнтів. На сьогодні в Україні для людей, що живуть з ВІЛ, дедалі доступнішою стає антиретровірусна терапія (АРТ). Це є значним досягненням, так як саме АРТ є шляхом до життя ВІЛ-позитивних людей. Проте нерідко АРТ починають застосовувати на стадії вираженого імунodefіциту, що стає причиною розвитку синдрому відновлення імунної системи (СВІС) внаслідок надмірної активації імунної системи по відношенню до персистуючих та життєздатних збудників.

Опис клінічного випадку. Хворий О., 32 років, інфікований вірусом імунodefіциту статевим шляхом. ВІЛ-позитивний статус з 2009 року. У січні 2012 року почав отримувати АРТ-терапію (ефавіренз, ламівудин, зидовудин) внаслідок значного зниження Т-клітинного імунітету — кількість CD4⁺-клітин становила 41 кл/мм³ (5 %). Клінічно у хворого були прояви кандидозу ротової порожнини. При флюорографічному обстеженні змін з боку легень не було. Призначену терапію переносив задовільно. Через 2 місяці стан пацієнта різко погіршився — з'явилась стійка фебрильна температура, виражена пітливість

(особливо вночі), загальна слабкість, погіршився апетит, згодом почав турбувати незначний кашель. При об'єктивному обстеженні було виявлено збільшення та болючість при пальпації задньощийних лімфатичних вузлів та незначну гіперемію шкіри над ними. В загальному аналізі крові спостерігався виражений зсув лейкоцитарної формули вліво з появою юних форм (паличкоядерні нейтрофіли — 16 %, метамієлоцити — 3 %), зростання швидкості осідання еритроцитів (40 мм/год). Було запідозрено «демаскування» латентної туберкульозної інфекції внаслідок швидкої реактивації імунної відповіді. Рентгенологічне дослідження та повторне визначення кількості Т-хелперів стало підтвердженням даної думки — на рентгенограмі органів грудної клітки виявлено інфільтрацію легеневої тканини верхньої частки правої легені з розпадом та збільшення внутрішньогрудних лімфатичних вузлів. Кількість CD4⁺-лімфоцитів стрімко зросла протягом 2 місяців АРТ-терапії й становила 91 кл/мм³ (12%). Мікроскопічно та культурально в харкотинні хворого виявлено мікобактерії туберкульозу. Було розпочато лікування з приводу інфільтративного туберкульозу верхньої частки правої легені та туберкульозу внутрішньогрудних і периферичних лімфатичних вузлів за 1 категорією у Чернівецькому обласному клінічному протитуберкульозному

диспансері. АРТ-терапія була тимчасово відмінена на період значного підвищення температури, та згодом відновлена. Пацієнт успішно завершив лікування туберкульозу та продовжив прийом антиретровірусних препаратів.

Обговорення. Даний випадок є яскравим прикладом СВІС у вигляді «демаскування» інфекції, яка на тлі значно зниженого

імунного опору перебувала в латентному стані. Важливим діагностичним моментом було рентгенологічне обстеження, так як саме туберкульоз найчастіше є причиною розвитку СВІС.

Даний синдром рідко вимагає відміни АРТ, проте у важких випадках може потребувати навіть призначення гормональної терапії.

О. В. Підвербецька

ЗНАЧЕННЯ ОЦІНКИ ІНТОКСИКАЦІЙНОГО СИНДРОМУ В ДІАГНОСТИЦІ ВІЛ-АСОЦІЙОВАНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Актуальність. Туберкульоз є основною опортуністичною інфекцією та найбільш частою причиною смерті ВІЛ-інфікованих хворих. Відсоток летальності хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз корелює з терміном початку лікування. Тому важливим є найбільш раннє розпізнавання проявів активного туберкульозного процесу у ВІЛ-позитивних хворих, що нерідко є нелегкою задачею в осіб з вираженим імунodefіцитом.

Мета. Встановити значення інтоксикаційного синдрому (ІС) в діагностиці ВІЛ-асоційованого туберкульозу.

Матеріали та методи. Обстежено 15 ВІЛ-інфікованих хворих на туберкульоз легень (група 1) та 40 ВІЛ-негативних хворих на вперше діагностований ТБ легень. В обох групах переважали особи чоловічої статі та зрілого віку.

Для оцінки інтоксикаційного синдрому (ІС) ми враховували такі симптоми, як фебрильна або субфебрильна температура тіла, схуднення, підвищена пітливість та загальна слабкість. Визначення вираженості інтоксикації проводили за розробленими нами шкалами, за якими кожна скарга оцінювалась від 1 до 3 балів.

Усім хворим визначалась кількість CD4+—лімфоцитів на момент поступлення.

Отримані результати. Частота виявлення скарг на підвищення температури тіла, загальну слабкість, підвищену пітливість та втрату ваги серед ВІЛ-інфікованих хворих була достовірно вищою порівняно з групою ВІЛ-негативних пацієн-

тів ($p < 0,05$). Було встановлено, що у 80 % хворих з позитивним ВІЛ-статусом першими проявами туберкульозу були симптоми інтоксикації, лише згодом приєднувались бронхолегеневі скарги, натомість у ВІЛ-негативних хворих — навпаки.

У групі 1 достовірно частіше, ніж у групі 2, визначався виражений ІС ($p < 0,05$) — 53,3 % у першій групі проти 2,5 % у другій. За бальною шкалою у хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз інтоксикаційний синдром був у 2,3 рази більш вираженим ($p < 0,05$), ніж у хворих 2 групи. Так, середній бал вираженості ІС у хворих на поєднане захворювання становив $8,1 \pm 2,4$ (95 % ДІ 6,8–9,5 бали), а у ВІЛ-негативних хворих — $3,2 \pm 2,3$ (95 % ДІ 2,5–4,0 бали). Середня температура тіла у пацієнтів групи 1 ($38,4 \pm 0,98$ °C) була значно вищою ($p < 0,05$), ніж у хворих групи 2 ($37,1 \pm 0,5$ °C).

Було встановлено, що вираженість ІС у хворих на ВІЛ-асоційований ТБ легень зворотньо корелювала з кількістю CD4+—клітин ($r = -0,64$, $p = 0,01$).

Висновки. Прояви інтоксикаційного синдрому найчастіше є першими, а нерідко й єдиними, симптомами туберкульозу у ВІЛ-інфікованих осіб. Тому поява лихоманки, слабкості, пітливості в людей, що живуть з ВІЛ, завжди потребує виключення туберкульозу. У той же час, виявлення стійкого вираженого інтоксикаційного синдрому у хворого на туберкульоз дає змогу запідозрити наявність ВІЛ-інфікованості.

Д. Н. Пилькевич

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛОБЭКТОМИЙ (БИЛОБЭКТОМИЙ) ЧЕРЕЗ МИНИДОСТУП С ВИДЕОПОДДЕРЖКОЙ

ГБУЗ Областной клинический противотуберкулезный диспансер, Челябинск, Россия

ГБУЗ Областной противотуберкулезный диспансер, Екатеринбург, Россия

Введение. Сочетание миниторакотомии и видеоэндоскопической техники расширяет возможности хирурга и одновременно минимизирует травматичность операции.

Материал и методы. Это ретроспективное клиническое исследование, проведенное на материале 2006–2012 гг., включало в себя 66 пациентов (17 женщин и 49 мужчин) от 15 до 69 лет (средний возраст составил 38 лет).

Было выполнено 3 билобэктомии, 14 комбинированных лобэктомий, 1 заключительная лобэктомия и 49 лобэктомий через миниторакотомию с видеоподдержкой. Две операции проведены одному пациенту, последовательно верхняя и средняя лобэктомии. Кроме того, с контрлатеральной стороны было выполнено 2 VATS сегментэктомии, 1 VATS сублобарная атипичная резекция легкого. Справа оперировано 40 пациентов, слева — 26. Верхняя доля резецировалась у 40 пациента, средняя — 1, нижняя — 23. Операции выполнялись под комби-

нированным интубационным наркозом с раздельной интубацией бронхов с использованием севофлюрана.

Операцию всегда начинали с видеоторакоскопии (ВТС), эндоскопической ревизии плевральной полости и зоны паренхимы легкого с патологией и только после оценки объема поражения переходили на миниторакотомию 6–10 см. Для наложения механического шва на легкое использовались эндоскопические шователи.

Показанием к оперативному вмешательству послужили туберкулез (39), периферические образования в легких (27).

Результаты. Средняя продолжительность операции составила 156,7 мин (от 100 до 275 мин). Средняя кровопотеря составила 215,9 мл (от 50 до 2500 мл).

После операции были установлены следующие диагнозы: туберкулез — 47, рак легкого — 13, аномалия развития легких — 3, неспецифические заболевания легких — 2, доброкачест-

венные опухоли — 1.

Послеоперационные осложнения наблюдались у 10 (15 %) пациентов: интраплевральное кровотечение, rethoracotomy — 1, инфаркт доли, реторакотомия, заключительная билобэктомия — 1, продолжительное воздыхотечение — 3, нагноение послеоперационной раны, остеомиелит ребра, резекция ребра — 2, эмпиема — 1, остаточная полость, торакопластика — 2.

Интраоперационное осложнение имелось у 1 (1,5 %) пациента: интраплевральное кровотечение, что потребовало конверсии в торакотомии.

Летальности не наблюдалось.

Выводы. Видеоторакоскопическая предварительная ревизия плевральной полости и патологии в легком помогает определить оптимальную локализацию для миниторакотомии.

Видеоассистирование позволяет произвести безопасное контролируемое рассечение плевральных спаек и четко визуализировать элементы корня.

Применение миниторакотомии допускает использовать бинокулярное зрение и ручную пальпацию патологии в легком, а также применять стандартные хирургические инструменты и привычную оперативную технику.

І. Л. Платонова, М. І. Сахелашвілі, Т. М. Балита

ПОПУЛЯЦІЙНИЙ І СУБПОПУЛЯЦІЙНИЙ СКЛАД ЛІМФОЦИТАРНИХ КЛІТИН КРОВІ У ДІТЕЙ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП, ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

*ДУ "Львівський науково-дослідний інститут епідеміології і гігієни МОЗ України"
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

Імунна система в 90 % усіх інфікованих осіб на протязі всього життя здатна пригнічувати і навіть елімінувати мікобактерії туберкульозу. Ця її здатність втрачається під дією факторів, які приводять до розвитку вторинних імунodefіцитів, а значить збільшують ризик виникнення активного туберкульозу. Діти (особливо у віці до 5 років) через фізіологічні особливості імунної системи входять у групу ризику.

Мета. Дослідити популяційний і субпопуляційний склад лімфоцитарних клітин крові дітей різних вікових груп хворих на вперше діагностований туберкульоз органів дихання (ВДТБ).

Визначення популяційного й субпопуляційного складу лімфоцитів крові (CD3+, CD3+CD56+, CD3+HLA-DR+, CD3+CD4+, CD4+45RA+, CD3+CD8+, CD4/CD8+, CD19+, CD16/56+, CD16/56+CD8+) проведено в 35 дітей, хворих на туберкульоз органів дихання, в медичній лабораторії «ДІЛА» шляхом прямого методу імунофлюоресценції з використанням анти-CD-моноклональних антитіл з подальшою ідентифікацією поверхневих структур лімфоцитів на проточному цитофлуориметрі FACScan BD Bioscience, США. Вікові групи сформовані відносно фазних змін імунної реактивності. У першу групу увійшло 9 дітей віком від 1 до 4 років хворих на первинний туберкульозний комплекс. У другу — 14 осіб, віком від 5 до 16 років, із яких 7 (50 %) з дисемінованим, 2 (14,3 %) з інфільтративним, 2 (14,3 %) з вогнищевим, 3 (21,4 %) з первинним туберкульозним комплексом. У третю — 12, віком 17 років, 7 (58,3 %) хворіли на дисемінований, 4 (33,3 %) інфільтративний туберкульоз легень, 1 (8,3 %) на казеозну пневмонію. Діти всіх вікових груп були вакциновані, ревакцинація проведена у 84,7 % дітей відповідного віку. Величини норми лімфоцитарного складу клітин крові здорових дітей з врахуванням віку були представлені в лабораторних листах обстежень. Статистичний аналіз отриманих результатів здійс-

нений за допомогою пакету програм у системі Excel.

Проведений аналіз результатів досліджень виявив у дітей першої групи (1 — 4 років) достовірне зростання в крові відносного числа Т-хелперних лімфоцитів (CD3+CD4+ — $41,8 \pm 1,4$ % відносно $36,5 \pm 1,7$ % у здорових, $p < 0,05$), зменшення кількості Т-супресорно/цитотоксичних клітин (CD3+CD8+ — $19,1 \pm 3,5$ % і $27,9 \pm 2,5$ %, відповідно, $p < 0,05$) і зростання показника імунорегуляторного індексу (ІРІ — CD4/CD8+ — $2,43 \pm 0,38$) і $1,46 \pm 0,07$ у здорових, $p < 0,05$), а також зменшення абсолютного й відносного числа природних кілерів CD16/56+, $p < 0,05$, із зростанням в 3,6 разів, відносно здорових, кількості активованих CD16/56+CD8+.

У дітей другої та третьої груп, відносно здорових, відзначали зменшення кількості CD3+ до $1,62 \pm 0,17$ Г/л у дітей 2 групи відносно $2,15 \pm 0,11$ Г/л у здорових, $p < 0,05$ та $1,03 \pm 0,09$ Г/л проти $1,35 \pm 0,08$ Г/л відповідно, $p < 0,05$. Крім того, достовірне зменшення Т-хелперних CD3+CD4+ лімфоцитів із вираженою тенденцією до зростання субпопуляції CD3+CD8+ ($p > 0,05$) відмічали лише в дітей 17 річного віку. Для цієї групи обстежених також було характерним збільшення абсолютного числа CD19+ та CD16/56+ у порівнянні з величинами норми, $p < 0,05$.

Достовірне збільшення субпопуляції активованих природних кілерів (CD16/56+CD8+) відзначали у дітей всіх вікових груп.

Отже, популяційний і субпопуляційний склад лімфоцитарних клітин крові в дітей хворих на ВДТБ різних вікових груп мав певні особливості. Зокрема, у дітей старшої вікової групи мало місце зменшення кількості CD3+, CD3+CD4+, збільшення — CD3+CD8+, CD19+, CD16/56+ та CD16/56+CD8+ лімфоцитів. Для дітей віком від 1 до 5 років характерним було зменшення CD3+CD8+, CD16/56+, збільшення CD4/CD8+, ІРІ, активованих природних кілерів CD16/56+CD8+.

І. Л. Платонова, Н. Є. Лаповець, Г. В. Щурко, О. І. Топорович, М. Б. Пурська **ХАРАКТЕР ПОРУШЕНЬ В СИСТЕМІ ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ, ПОЄДНАНИЙ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ**

ДУ "Львівський науково-дослідний інститут епідеміології і гігієни МОЗ України", м. Львів

У розвитку різноманітних хронічних захворювань людини значну роль відіграє запалення, характер якого при хронічних обструктивних захворюваннях легень (ХОЗЛ) і туберкульозі легень відрізняється. Тривала активація імунної системи при-

зводить до пригнічення адаптаційних реакцій організму та розвитку імунodefіцитних станів, які мають місце при туберкульозі. Відкритим залишається питання щодо ролі імунного запалення в патогенезі ХОЗЛ. Тому вивчення імунозапальних реакцій у

хворих з поєднаною патологією — туберкульоз, ускладнений ХОЗЛ, яка зустрічається у четвертій частині випадків при вперше діагностованому туберкульозі легень (ВДТБ) є актуальним.

Завданням роботи було дослідити особливості порушень в системі імунітету у хворих на ВДТБ та туберкульоз, поєднаний з ХОЗЛ. З цієї метою в 21 хворого на ВДТБ легень поєднаний з ХОЗЛ (основна група) та в 19 хворих на ВДТБ без супутньої патології (контрольна), віком $42 \pm 10,2$ роки, проведено вивчення особливостей фагоцитарної ланки, Т-клітинного, гуморального та специфічного протитуберкульозного імунітету.

Стан фагоцитарної ланки імунітету оцінювали за показниками лейкоцитарного складу крові, фагоцитарної активності нейтрофілів (фагоцитарного числа (ФЧ) та фагоцитарного індексу (ФІ)), загальної окисно-відновної активності нейтрофілів (НСТ-тест), катіонних лізосомальних білків гранулоцитів (КЛБ); Т-клітинний імунітет — за показниками загальної кількості Т-лімфоцитів (Е-РУК) та їх проліферативної здатності (РБТЛ з ФГА); гуморальну ланку — за вмістом IgA, IgM, IgG, IgE та циркулюючих імунних комплексів (ЦІК); специфічний протитуберкульозний імунітет — за числом сенсibilізованих до туберкуліну Т-лімфоцитів (І-РУК) та проліферованих під дією ППД-Л лімфоцитів (РБТЛ з ППД-Л). Визначення величин норми проведені в 30 практично здорових осіб, донорів. Імунологічні дослідження проводилися згідно загальноприйнятих методик. Статистичний аналіз отриманих результатів здійснювали за допомогою комп'ютерного пакету програм в системі Excel.

Дослідження показали, що у хворих основної групи, відносно контрольної, наявний більш виражений тип запальної відповіді, який супроводжувався вираженням лейкоцитозом ($p <$

$0,001$), лейкомоїдною реакцією нейтрофільного типу зі збільшенням кількості гранулоцитарних лейкоцитів (паличкоядерних, сегментоядерних), лімфоцитопенією ($p > 0,05$). Рівень моноцитопенії був достовірно нижчим у хворих контрольної групи.

У хворих на ВДТБ поєднаний з ХОЗЛ, відносно групи контролю, мало місце значне пригнічення фагоцитозу, зокрема, зменшення в 3,3 і в 4,3 рази кількості фагоцитуючих клітин (ФІ) та їх поглинальної здатності (ФЧ), пригнічення в 1,3 рази кисеньозалежного метаболізму нейтрофільних гранулоцитів (НСТ-тест) та інтенсивності звільнення лізосомальних ферментів (КЛБ), $p < 0,05$. У хворих обох груп, відносно донорів, констатували наявність Т-клітинного імунодефіциту, вираженого зменшенням у 1,6 разів загальної кількості Т-лімфоцитів і в 1,4 рази числа проліферованих під дією ФГА лімфоцитів. Статистично достовірну різницю у хворих основної групи, у порівнянні до контролю, констатували з боку показників специфічного та гуморальної ланки імунітету, зокрема, збільшення кількості сенсibilізованих до туберкуліну Т-лімфоцитів (І-РУК), пригнічення їх проліферативної здатності, РБТЛ з ППД-Л ($p < 0,05$), зростання величин IgE, IgM, IgG ($p < 0,05$).

Таким чином, поєднання ХОЗЛ з туберкульозним запаленням значно розширює діапазон порушень у системі імунітету. Т-клітинний імунодепресивний стан, характерний для ВДТБ легень доповнюється функціональною неповноцінністю фагоцитарної ланки захисту, зокрема: зменшенням кількості клітин, які приймають участь у фагоцитозі, зниженням їх поглинальної здатності, недостатністю продукції кисеньозалежного метаболізму нейтрофілів, зменшенням катіонних лізосомальних ферментів гранулоцитарних лейкоцитів.

О. В. Пликанчук, Л. Г. Кулик, М. А. Тхоровський, С. М. Єрофєєв РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИМ ДЕСТРУКТИВНИМ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ЛЕГЕНЬ ПРИ ВИКОРИСТАННІ ІМУНОМОДУЛЯТОРУ МУРАМІЛПЕПТИДНОГО РЯДУ

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

Метою роботи було вивчення результатів лікування хворих із вперше діагностованим деструктивним туберкульозом легень (ВДДТЛ) при використанні вітчизняного імуномодулятора мурамیلпептидного ряду.

Під спостереженням знаходилось 100 хворих віком від 25 до 55 років, які лікувались з приводу ВДДТЛ і були розподілені на 2 репрезентативні групи по 50 хворих в кожній. Пацієнти основної групи отримували хіміотерапію туберкульозу та імуномодулятор мурамیلпептидного ряду по 2 мг внутрішньом'язово 1 раз в 5–7 днів 3–5 ін'єкцій на курс. Хворим з контрольної групи призначалася лише антимиобактеріальна терапія.

Аналіз результатів лікування хворих показав, що вираженість скарг інтоксикаційного синдрому зменшувалась швидше в пацієнтів основної групи порівняно із контрольною, а їх зникнення після початку лікування спостерігались у середньому через $(19,7 \pm 3,2)$ днів в основній та $(30,5 \pm 4,1)$ днів в контрольній групах ($p < 0,05$), тобто вищезазначені скарги зникали швидше на $(10,8 \pm 0,9)$ днів у хворих основної групи. Зникнення бронхопальмональних скарг через 1 місяць лікування спостерігалось у $(74,0 \pm 6,2)$ % пацієнтів в основній групі та в $(40,0 \pm 6,9)$ % хворих в контрольній групі ($p < 0,01$), а через 3 місяці лікування — у $(10,0 \pm 4,2)$ % та $(14,0 \pm 4,9)$ % випадків відповідно в кожній групі ($p > 0,01$). Зникнення кашлю, значне зменшення задишки після початку лікування у хворих основної групи спостерігалось в середньому через $(37,2 \pm 2,1)$ дні, у пацієнтів контрольної — через $(46,1 \pm$

$3,2)$ днів ($p < 0,05$), тобто бронхо-пульмональні скарги у хворих основної групи зникали швидше на $(8,9 \pm 1,1)$ дні.

Після закінчення курсу імуномодуючої терапії нами було виявлено значне покращення порушених параметрів імунного статусу у хворих основної групи, тоді як у пацієнтів контрольної групи суттєвих змін імунологічних показників не відбулося. Так, в основній групі пацієнтів відмічалась тенденція до підвищення абсолютного вмісту CD3CD19-клітин, абсолютного та відносного вмісту CD3CD4-клітин ($p > 0,05$). Але суттєво в порівнянні з попереднім дослідженням ($p < 0,05$) збільшилися показники, що характеризують фагоцитарну активність нейтрофілів (фагоцитарний показник) та кілерну активність лімфоцитів (NK-клітини CD3-CD16, NKT-клітини CD3CD16). Причому підвищення останніх двох показників ($p < 0,05$) відбулося саме в основній групі по відношенню до осіб контрольної групи. У хворих з ВДДТЛ імуномодуюча дія препарату мурамیلпептидного ряду полягала в його позитивному впливі на стан моноцитарно-макрофагальної ланки та кілерну активність лімфоцитів, що сприяло більш швидкому відновленню стану імунної системи хворих.

Але головними критеріями ефективності лікування хворих на туберкульоз легень є все ж таки частота й терміни припинення бактеріовиділення та рубцювання деструкції в легенях. Так, загальна кількість хворих, у яких відбулося знебацелення мокротиння, в основній групі склала $(88,0 \pm 4,6)$ % випадків (44 пацієнта), в контрольній $(74,0 \pm 6,2)$ % (37 пацієнтів). Припинення

бактеріовиділення у пацієнтів основної групи наступало швидше на $(20,3 \pm 1,4)$ діб, ніж у хворих контрольної групи ($p < 0,01$). Середній термін закриття порожнин розпаду становив $(127,9 \pm 3,5)$ діб в основній і $(146,7 \pm 5,3)$ діб у контрольній групах ($p < 0,05$), тобто рубцювання деструкцій відбувалося швидше на

$(18,8 \pm 1,8)$ діб у хворих основної групи.

Отже, застосування імуномодуючого засобу мурамілпептидного ряду позитивно вплинуло на результати лікування хворих на ВДДТЛ, що дає можливість рекомендувати його до більш широкого використання у фізотерапії.

Г. П. Победьонна, О. Г. Чуменко, Н. А. Белозьорова

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНАЦІЇ ТІОТРИАЗОЛІНУ ТА АТОКСІЛУ В ЛІКУВАННІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ, ПОЄДНАНОЇ З ХРОНІЧНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Луганськ

Часта зустрічальність сполученого перебігу бронхіальної астми (БА) із хронічним некалькульозним холециститом (ХНХ) ускладнює клінічний перебіг обох захворювань й ускладнює їх лікування. Препаратами, що можуть застосовуватися в комплексній терапії поєднання БА і ХНХ, є тіотриазолін (Тн) та атоксіл (Ат).

Мета роботи: вивчити особливості клінічного перебігу бронхіальної астми в поєднанні з хронічним некалькульозним холециститом на тлі терапії з додаванням тіотриазоліну та атоксілу.

Матеріали та методи. Обстежено 81 хворого на БА середньотяжкого перебігу в фазі загострення в поєднанні з ХНХ. За проведенням лікуванням хворі були розподілені на дві групи: зіставлення — 40 осіб, що отримували лише базисні засоби лікування БА та основну групу — 41 хворих, які додатково до базисних засобів терапії отримували Тн в дозі 2,0 мл 2,5 % розчину внутрішньом'язово двічі на добу впродовж 10 днів та в той же період Ат усередину по 1 чайній ложці 3 рази на добу між прийомами їжі та інших лікарських препаратів. Контрольну групу склали 32 здорові особи.

Результати та їх обговорення. До проведення лікування всі клінічні, інструментальні та лабораторні показники досліджених хворих були порівняні між собою. Після терапії із додаванням до базисних засобів Тн та Ат у пацієнтів групи зіставлення були отримані кращі клінічні результати, ніж в осіб основної групи.

Респіраторний синдром у пацієнтів основної групи усувався, в середньому, на 2 дні раніше, ніж у групі зіставлення.

Астма-рахунок у хворих основної групи був у 1,2 рази менше, ніж у групі зіставлення.

Найбільш виразною була позитивна динаміка клінічних показників у хворих основної групи із зменшенням проявів астено-невротичного та диспепсичного синдромів. У пацієнтів основної групи, в середньому, в 1,5–1,6 рази рідше, ніж у групі зіставлення, відзначалися дратівливості, загальна слабкість та відчуття важкості в правому підбер'ї, гіркоти в роті, наявність закрепів або, навпаки, нестійкості випорожнень.

Показники спірограми в пацієнтів основної групи (FEV_1 , FVC, добові коливання PEF) після завершення курсу лікування із додаванням Тн та Ат наближались до рівня здорових осіб. У хворих із групи зіставлення динаміка показників спірограми була односпрямованою, проте, більш повільною.

За даними ультразвукового дослідження жовчного міхура у 78,0 % основної групи поліпшилась його скоротливість, що було в 1,5 рази більше, ніж у хворих групи зіставлення. Середня тривалість перебування в стаціонарі хворих основної групи була на 8,8 % нижче, ніж у хворих групи зіставлення.

Таким чином, лікування БА, поєднаної з ХНХ, в період загострення БА, із додаванням тіотриазоліну та атоксілу до базисних засобів терапії БА позитивно впливало на клінічний перебіг такої коморбідності за рахунок позитивної динаміки проявів респіраторного, астено-невротичного та диспепсичного синдромів, скоротливості жовчного міхура та більш суттєвого поліпшення функції зовнішнього дихання.

Г. П. Победьонна, Н. В. Ревунова, Л. М. Кострюкова, З. Б. Андреєва, О. В. Осацька **ІНТЕРЛЕЙКІН-8 — ДОДАТКОВИЙ МАРКЕР ТЯЖКОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ**

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Запальний процес у ТБД є результатом дії медіаторів і цитокінів, що секретируються різними клітинами. Джерела синтезу цитокінів досить різноманітні. Так, джерелом IL-6, IL-8, IL-18, TNF- α є епітелій. Ендотелій виробляє IL-8, IL-5, а фібробласти — фактори росту опасистих клітин, фактор стовбурових клітин і IL-8. Нейтрофіли здатні виробляти IL-1 β , IL-8, TNF- α , IL-4. Секреція IL-4, IL-5, IL-9, IL-13 здійснюється підтипом Th2. Вплив IL-4 і IL-13 на В-лімфоцити, IL-4 і IL-10 на опасисті клітини і IL-5 на еозинофіли викликає характерний для БА запальний процес. Велика увага приділяється визначенню рівня прозапального IL-8 як маркера тяжкого перебігу БА. IL-8 має хемотаксичну активність, притягає до місця uszkodження нейтрофіли та Т-лімфоцити. В ендотеліальних клітин виявлена здатність до аутокринної стимуляції секреції IL-8 при активації їх нітроксидними радикалами. Поряд із IL-1, IL-6, TNF- α його відносять до прозапальних цитокінів. Індукторами синтезу і секреції IL-8 можуть бути IL-1 β , TNF- α . Різні цитокіни здатні по-різному впли-

вати на секрецію IL-8. Доведено, що стимулюючий ефект суміші IL-1 β та TNF- α на секрецію IL-8 був вірогідно вищим їх ізольованих ефектів.

Мета дослідження: визначення вмісту та ролі IL-8 у хворих на БА різних ступенів тяжкості в сироватці крові та конденсаті вологи видихнутого повітря (КВВП).

Досліджено 94 хворих на БА: 52 — із легким перебігом БА, 23 хворих — із середньотяжким та 19 хворих — із тяжким перебігом захворювання. У сироватці крові та в КВВП IL-8 досліджувався методом імуноферментного аналізу із використанням реактивів, розроблених у Росії (м. Санкт-Петербург). Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб. У хворих на середньотяжку та тяжку БА відзначалися значно підвищені показники IL-8 у КВВП при порівнянні із здоровими особами та його значеннями у сироватці крові цих хворих. Цей факт характеризує виразність місцевого запалення та створює підстави для акценту на терапію місцевої запальної реакції.

Показник IL-8 у сироватці крові хворих із легким перебігом БА дещо підвищувався у період загострення хвороби й відновлювався після лікування. У сироватці крові хворих I-а підгрупи рівень IL-8 перевищував такий у здорових осіб у 1,9 рази, а після лікування мав тенденцію до зниження. У пацієнтів II-а підгрупи рівень IL-8 у сироватці крові також був підвищеним за такий у здорових осіб, а після лікування базисними засобами відбулось зниження IL-8, але його рівень залишився вищим за аналогічний у здорових осіб, що, очевидно, сприяло персистуванню запалення. Показник IL-8 у КВВП хворих із легким перебігом БА дещо підвищувався в період загострення хвороби й відновлювався після лікування. У КВВП хворих I-а підгрупи при надходженні до стаціонару рівень IL-8 підвищувався майже вдвічі, а після лікування мав тенденцію до зниження. У КВВП пацієнтів II-а підгрупи також відзначався підвищений рівень IL-8, причому значніший, ніж у сироватці крові. Вищі концентрації IL-8 у КВВП порівняно концентрацією в сироватці крові хворих, очевидно, відображають паракринне значення цього цитокіну й характеризують більшу виразність місцевої запаль-

ної реакції над системною. Це може свідчити про високу місцеву та системну концентрацію медіаторів запалення, зокрема, лейкотрієнів, які є стимуляторами секреції IL-8 клітинами. Після лікування рівень IL-8 знизився, але залишився вищим за показник здорових осіб, що, очевидно, сприяло збереженню інфільтрації бронхіальної стінки нейтрофілами та запалення у ТБД. Цей факт може бути підставою для доповнення базисного лікування препаратами, здатними модифікувати спектр лейкотрієнів 4-ї серії з вираженими прозапальними та бронхоконстрикторними властивостями на лейкотрієни з меншою прозапальною дією (5-ї серії) — наприклад, модифікаторами лейкотрієнів.

Таким чином, у хворих на середньотяжку та, особливо, тяжку БА відзначаються значно підвищені показники IL-8 у КВВП при порівнянні зі здоровими особами та його значення в сироватці крові цих хворих. Цей факт характеризує значну виразність місцевого запалення та створює підстави для розгляду значного підвищення IL-8 в якості маркера формування важкого перебігу БА.

Г. П. Победьонна, С. В. Ярцева, Н. В. Ревунова, З. Б. Андрєєва

СПЕЛЕОТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Спелеотерапія з використанням природного середовища карстових печер та соляних шахт є ефективним методом медичної реабілітації та соціальної адаптації хворих на бронхіальну астму (БА). Завдяки значній питомій вазі дрібної фракції, високодисперсний аерозоль хлориду натрію легко проникає у термінальні відділи трахеобронхіального дерева, чинить позитивну дію на стан його слизової оболонки, покращує місцевий імунітет, сприяє тривалій клінічній ремісії хвороби.

Мета роботи: оцінити ефективність спелеотерапії в хворих на БА із використанням даних клінічного, інструментального обстеження та опитувальника AQ20.

Під спостереженням знаходились 27 хворих на БА легкого персистуючого перебігу. Всім хворим проводилася базисна терапія згідно ступеню тяжкості БА. Оцінку результатів лікування проводили протягом року спостереження після курсу ліку-

вання в Українській алергологічній лікарні сел. Солотвино.

До проведення медичної реабілітації кількість загострень захворювання у пацієнтів із БА була $(1,2 \pm 0,5)$ рази на рік, рівень FEV_1 становив $(87,1 \pm 3,2)$ %, показник якості життя дорівнював $(7,8 \pm 2,6)$ балам. Через 1 рік після лікування кількість загострень захворювання із періодами непрацездатності протягом року зменшилася до $(0,8 \pm 0,3)$ разів, при цьому 4 (14,8 %) пацієнтів зовсім не мали пропусків роботи або навчання впродовж року. Показник якості життя дещо поліпшився й став $(7,2 \pm 1,8)$ балів за рахунок покращення емоційної сфери пацієнтів. FEV_1 досяг $(91,3 \pm 2,6)$ %.

Таким чином, спелеотерапія сприяє покращенню медичних результатів лікування, має суттєву економічну ефективність і відновлює психологічний статус хворих, поліпшує якість їх життя.

В. Л. Побережець, С. В. Струц, Г. В. Демчук

ОЦІНКА ДОСЯГНЕННЯ КОНТРОЛЮ НАД БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ В ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАГОСТРЕННЯМ ЗАХВОРЮВАННЯ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Актуальність: перебіг бронхіальної астми (БА) характеризується станами контролю та загострень. Загострення характеризується погіршенням симптомів БА та потребує корекції базисної терапії. Сучасне лікування дозволяє досягти повного, достатнього контролю в більшості пацієнтів незалежно від важкості захворювання.

Мета дослідження: оцінити досягнення контролю БА в пацієнтів із загостренням.

Матеріали та методи: обстежено 50 пацієнтів з БА (24 чоловіки (48 %), 26 жінок (52 %), середній вік пацієнтів — $50,22 \pm 2,5$ років), які знаходились на стаціонарному лікуванні в пульмонологічному відділенні МКЛ № 1 м. Вінниця з приводу загострення БА. Захворювання мало важкий перебіг у 10 хворих (20 %), 37 хворих (74 %) була наявна БА середньої тяжкості та в 3

хворих (6 %) — легка персистуюча. Середній стаж захворювання склав $18,5 \pm 1,63$ років. Тяжке загострення БА спостерігалось у 3 хворих (6 %), середньої тяжкості — 44 хворих (88 %), легке — 3 хворих (6 %). Для лікування загострення, в залежності від важкості, використовувалось: небулізація β_2 -агоністами та інгаляційними кортикостероїдами, системні кортикостероїди в/в, а також антибіотики в разі інфекційного генезису загострення. Досягнення контролю над захворюванням оцінювалось шляхом порівняння показників (на момент поступлення й під час виписки) тесту контролю над астмою (АКТ), аускультативної картини, показників пікової швидкості видиху (ПШВ), частоти дихання (ЧД), сатурації кисню в крові ($Sat O_2$). Статистична обробка показників проводилась за допомогою програми «SPSS 20.0».

Результати: На момент госпіталізації середні показники АКТ склали $12,72 \pm 0,5$ балів ($p < 0,001$) (втрата контролю над БА). Оцінка аускультативної картини показала наявність у 41 хворого (82 %) ознак обструкції дихальних шляхів. ЧД складала $24,3 \pm 0,26$ ($p < 0,001$) за 1 хвилину. Середній показник ПШВ у хворих із легкою БА склав $80,5 \pm 2$ % ($p < 0,001$) від норми, у хворих із середньо-важкою астмою $46,3 \pm 2$ % ($p < 0,001$), із важкою — $41,3 \pm 2$ % ($p < 0,001$), що свідчить про наявність важкої обструкції в хворих із середньо-важкою та важкою БА. SatO_2 — $94,2 \pm 0,22$ % ($p < 0,001$). Середня тривалість лікування склала $9 \pm 1,7$ діб. Після лікування результати АКТ збільшилися на $8,9 \pm 0,37$ балів і склали $21,66 \pm 0,2$ бала ($p < 0,001$) (у більшості — добрий контроль над БА). Аускультативно лише в 8 хворих (16 %) визначались ознаки бронхіальної обструкції. Частота дихання нормалізувалась — зменшилась на $4,36 \pm 0,1$ і склала $19,96 \pm 0,2$ за 1 хв ($p < 0,001$). Sat O_2 нормалізувалась — збільшилась на 3,2 % і склала $97,4 \pm 0,17$ % ($p < 0,001$).

Показники функції зовнішнього дихання нормалізувались у хворих із легкою астмою (середні показники ПШВ — 88,1 % від належного ($p < 0,001$)). У хворих із середньо-важкою астмою ПШВ збільшилась на 12,5 % ($p < 0,001$), але залишились на рівні важкої обструкції що відповідає тяжкому перебігу астми.

У хворих із важкою БА приріст ПШВ склав 6,9 % ($p < 0,001$), однак залишився на рівні тяжкої обструкції.

Висновки: Після проведеного лікування загострення, за даними суб'єктивного обстеження (АКТ), у жодного пацієнта досягти повного контролю над БА не вдалося. У всіх пацієнтів констатували добрий контроль над БА. Показники функції зовнішнього дихання (ПШВ) нормалізувались лише в пацієнтів з легким перебігом БА. У пацієнтів із середньо-важким перебігом БА показники функції зовнішнього дихання відповідають тяжкому перебігу захворювання, як до так і після лікування, що можливо свідчить про неадекватну оцінку важкості бронхіальної астми.

М. В. Погребна

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ НОВИХ ВИПАДКІВ ТА РЕЦИДИВІВ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»

Мета: вивчити ефективність лікування нових випадків та рецидивів туберкульозу у ВІЛ-інфікованих хворих.

Матеріали та методи: результати лікування хворих вивчали в рандомізованому контрольованому ретроспективному дослідженні, яке включало 255 ВІЛ-інфікованих хворих з вперше діагностованим туберкульозом (ВДТБ) та 81 ВІЛ-інфікованих хворих з рецидивом захворювання (РТБ). Хворі лікувались в Луганському обласному протитуберкульозному диспансері та в ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України» в 2007–2011 роках. В обох групах переважали особи чоловічої статі, віком від 20 до 40 років. При ВДТБ пацієнтів лікували за 1 клінічною категорією протягом 6–8 місяців. Серед них антиретровірусну терапію (АРТ) отримувала 66 (25,9 %) пацієнтів. Хворих з РТБ лікували за 2 клінічною категорією, АРТ отримували 47 осіб (58,0 %). Робота виконана за кошти державного бюджету.

Результати та обговорення: результати лікування хворих обох груп є низькими — у значної частини пацієнтів визначають невдачу лікування, велика кількість перериває лікування й помирає. У хворих з рецидивами захворювання результати лікування вірогідно нижчі, не зважаючи на те, що в цій групі було вдвічі більше пацієнтів, які отримували АРТ. Виліковування досягли в 41,9 % хворих, що на 20,1 % менше, ніж у вперше діагностованих хворих. Зниження ефективності лікування відбулось за рахунок більшої кількості летальних випадків — 8,2 % при ВДТБ проти 27,2 % при РТБ ($p < 0,05$) та невдач лікування — 15,4 % при ВДТБ проти 19,6 % при РТБ ($p > 0,05$). В групі хво-

рих з рецидивами туберкульозу менше пацієнтів, які перервали лікування, ніж у вперше діагностованих хворих 22,7 % та 11,1 % відповідно ($p < 0,05$). Проте, така різниця обумовлена з найбільшою вірогідністю тим, що неприхильні до лікування хворі померли від рецидиву захворювання.

Були проаналізовані летальні випадки відносно частоти обтяжливих факторів, таких як генералізована форма захворювання (міліарний туберкульоз), мультирезистентність та виражений імунodefіцит (CD4^+ лімфоцити < 100 клітин/мл), відсутність АРТ, наявність інших опортуністичних інфекцій (вірусний гепатит, орофарингіальний кандидоз).

У переважної частини померлих хворих з ВДТБ була генералізована форма туберкульозу, тоді як у хворих з РТБ серед обтяжливих факторів переважала мультирезистентність — у 54,4 %. В обох групах хворі отримували АРТ в поодиноких випадках. У померлих хворих з ВДТБ в 52,4 % випадках визначали виражений імунodefіцит, тоді як у пацієнтів з РТБ такі випадки були вірогідно рідше — у 18,2 %.

Висновки. У хворих з рецидивами захворювання результати лікування вірогідно нижчі — виліковування досягли в 41,9 % хворих, що на 20,1 % менше, ніж у вперше діагностованих хворих. Зниження ефективності лікування відбулось переважно за рахунок більшої кількості летальних випадків 27,2 % проти 8,2 % ($p < 0,05$). Основною причиною смерті у хворих з новими випадками туберкульозу були генералізовані форми захворювання переважно на фоні вираженого імунodefіциту, а у хворих із рецидивами — мультирезистентна форма захворювання.

М. А. Полянская, Л. А. Яшина, И. В. Зволь, Л. А. Савельева

ВЛИЯНИЕ БУДЕСНИДА НА ГИПЕРРЕАКТИВНОСТЬ БРОНХОВ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины», г. Киев

Цель исследования: изучить влияние будесонида Novolizer в монотерапии на бронхиальную гиперреактивность у боль-

ных с персистирующей бронхиальной астмой.

Материал и методы: 40 больных БА с ОФВ₁ ($83,1 \pm 3,1$) % т

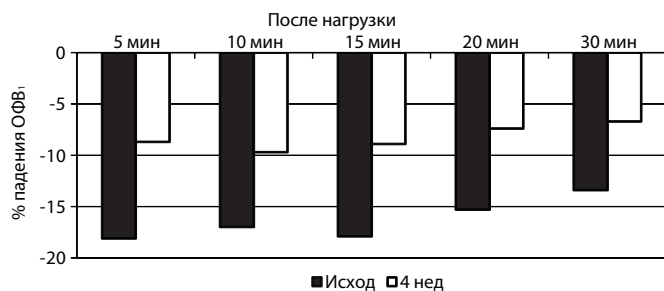


Рис. Влияние будесонида на гиперреактивность бронхов

должного: 20 — «стероид-наивные», 20 — получали ИКС (в дозах эквивалентных будесониду 400 мкг и 800 мкг) в момент включения («стероидные»); 28 женщин и 12 мужчин в возрасте в среднем $(50,7 \pm 2,4)$ года, длительность заболевания БА $(9,5 \pm 0,9)$ года. Будесонид (Тафен Новолайзер) назначали в суточной дозе 400 мкг и 800 мкг исходя из степени тяжести и текущего контроля астмы — у стероид-наивных больных в дозе 200 мкг

1 вдох 2 раза в сутки, у ранее принимавших ИКС — 8 пациентов — по 2 ингаляции (400 мкг) 2 раза в сутки; 12 пациентов — по 1 ингаляции (200 мкг) 2 раза в сутки в течение 3 месяцев.

Для выявления и мониторинга гиперреактивности бронхов (ГРБ) всем больным проведен тест с физической нагрузкой (тредмил-тест по протоколу Брюса) в течение 8 минут. Тест проводили в начале и на 4-й неделе исследования.

Результаты: гиперреактивность бронхов (проявлялась в падении ОФВ₁ на $\geq 10\%$ относительно исходных величин) была выявлена у 12 пациентов, среди них у 8 стероид-наивных и 4 принимавших ранее стероиды. Максимальное падение ОФВ₁ составило 18%, что указывает на выраженную бронхиальную гиперреактивность. После 4 недель терапии в группе стероид-наивных пациентов гиперреактивность бронхов не определялась, а в группе пациентов, принимавших стероиды, отмечалась только у 1 пациента (рис.).

Вывод: Будесонид Novolizer в монотерапии снижает ГРБ у больных с персистирующей бронхиальной астмой.

В. І. Потайчук, Ю. А. Варченко, О. І. Галан, Г. Ф. Негря

ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ПРИ ЕНДОЛІМФАТИЧНОМУ ВВЕДЕННІ ЛІКІВ

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

Проблема лікування хворих із деструктивними формами туберкульозу, особливо з прогресивним перебігом, актуальна до цього часу. Антибактеріальна терапія загальноприйнятими методами в такого контингенту хворих недостатньо ефективна навіть при введенні високих доз препаратів у систему легеневої артерії. Досягти високих і тривалих концентрацій препаратів у кровоносній і лімфатичній системах можливо тільки при безумовному їх ендолімфатичному введенні.

Ендолімфатичне введення ліків ми застосовували в комплексному лікуванні 24 хворих з деструктивними формами й прогресуванням туберкульозного процесу. Із них у 12 пацієнтів був фіброзно-кавернозний туберкульоз легень, у 7 — дисемінований і у 5 — виявлена казеозна пневмонія. Для цього використовували розчинну форму рифампіцину 0,6 г та ізоніазиду 10% — 6 мл. Препарати вводили 1 раз на добу зі швидкістю інфузії 1—2 мл за хвилину. Кількість введення була від 4 до 9.

Нами використовувався антеградний метод введення. З цією метою під шкіру в перший та другий міжпальцеві проміжки стопи вводили 1 мл 1% водного розчину метиленової синьки, попередньо ввівши по 2 мл 2% розчину лідокаїну. Через 3—5 хвилин на тильному боці над першою і другою плюсневидами кістками розтирали шкіру до 1,5 см. Препарували й брали на лігатуру зафарбовану в синій колір лімфатичну судину, пунктували її голкою й вводили через неї ліки або ставили катетер.

Дослідження гемокоагуляції проводилось за допомогою біохімічної коагулограми до початку ендолімфоінфузії, через 1—2 години, 24 години після введення препаратів та після завершення курсу ендолімфоінфузії. Визначались наступні показники: АЧР (активовані час рекальцифікації), ПІ (протромбіновий індекс), ТЧ з ПС (тромбіновий час з протамін-сульфатом), фібриноген, ФА (фібринолітична активність), фібрину-

за, кількість тромбоцитів, час агрегації та агрегаційну активність тромбоцитів, ЕТ (етаноловий тест), ПСТ (протамін-сульфатний тест), фібриноген В, кріофібриноген.

Аналіз результатів дослідження показав, що в більшості хворих (76,0%), порівняно зі здоровими, до введення протитуберкульозних препаратів відмічалась схильність до гіперкоагуляції. Про це свідчило скорочення АЧР $(49,78 \pm 5,5)$ с, ($p < 0,05$), збільшення концентрації фібриногену $(5,42 \pm 0,28)$ г/л, ($p < 0,01$), кількості тромбоцитів $(347,8 \pm 11,9)$ г/л, ($p < 0,01$) та їх агрегаційної активності 10" $(80,33 \pm 3,16)$ с, ($p < 0,05$), скорочувався час агрегації тромбоцитів 10" $(11,36 \pm 0,49)$ с, ($p < 0,05$).

Через 1—2 та 24 години після ендолімфоінфузії відзначалась незначна зміна показників коагулограми в сторону нормалізації, однак статистично достовірних змін по відношенню у ЕЛВПП не відзначалось.

Після закінчення курсу ендолімфотерапії в більшості пацієнтів, поряд із значним покращенням загального стану, зазначалась нормалізація показників коагулограми. Так, ФА зменшувалась порівняно з початком лікування на 38 хв. і становила $(183 \pm 9,7)$ г/л, ($p < 0,01$), активність фібринази підвищувалась до $(67,5 \pm 1,64)$ с ($p < 0,05$). Значно знижувались концентрація фібриногену $(3,5 \pm 0,4)$ г/л, ($p < 0,01$), кількість тромбоцитів $(257,3 \pm 9,8)$ г/л, ($p < 0,01$). Відзначалось також зниження інтенсивності етанолового, протамін-сульфатного тесту, фібриногену В, кріофібриногену, що свідчило про значне зменшення рівня фібрин-мономерних комплексів і продуктів деградації фібрину.

Таким чином, ендолімфатичне введення протитуберкульозних препаратів (рифампіцину та ізоніазиду) призводить до позитивних змін в системі гемостазу, що зменшує ризик виникнення геморагічних ускладнень (кровохаркань та кровотеч).

П. И. Потейко, В. С. Крутько, О. С. Шевченко, А. А. Ляшенко, Л. В. Лебедь, Т. В. Сокол
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ САРКОИДОЗА В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

*Харьковская медицинская академия последипломного образования
Харьковский национальный медицинский университет*

Цель работы — обобщить данные собственного многолетнего опыта, накопленного при консультировании, наблюдении и лечении больных саркоидозом с учетом литературных данных.

Глобальных эпидемиологических исследований по саркоидозу в бывшем СССР и в Украине не проводилось. В г. Харькове более 40 лет назад проблемой саркоидоза систематически стали заниматься сотрудники кафедры фтизиатрии и пульмонологии ХМАПО.

Анализ случаев саркоидоза, зарегистрированных противотуберкулезной службой Харькова, показал неуклонный рост распространенности данного заболевания. До 60-х годов прошлого века саркоидоз был редким заболеванием, а на протяжении последующих лет он участвовал многократно и продолжает учащаться. С 1996 по 2012 г. мы наблюдали 1077 пациентов с диагнозом саркоидоз органов дыхания. За этот срок число выявляемых в течение года больных выросло в 4,3 раза: 1996 г. — 28 больных, 2012 г. — 120 больных.

По нашим данным заболеваемость саркоидозом органов дыхания в г. Харькове в 1996 году составляла 2,5 на 100000 взрослого населения, а распространенность — 6,2 на 100000 взрослого населения, через 16 лет в 2012 году эти показатели значительно увеличились и составили среди взрослого населения — 10,2 и 28,1 соответственно.

Среди болеющих саркоидозом органов дыхания преобладают женщины — 63 %. Возраст пациентов колеблется от 19 до 72 лет, большинство (88 %) попадает в возрастную категорию от 21 до 60 лет, средний возраст составляет 43,6 года. Среди мужчин 75 % приходится на возрастную группу с 21 до 59 лет. Среди женщин удельный вес этой возрастной группы оказался достоверно меньшим — 47 % ($p < 0,001$) — за счет того, что 53 % женщин заболело в возрасте старше 50 лет. Этот факт не соответствует данным зарубежных авторов, которые свиде-

тельствуют о том, что саркоидоз чаще встречается у молодых женщин. Также мы не отметили достоверной разницы в частоте заболевания в возрастных группах 21–30 лет и 31–40 лет, как у мужчин, так и у женщин.

По социальному составу больных преобладали служащие — 48 % (из них медицинские работники составили 2,7 %), учащиеся — 6,9 %, не работали 26 %. Профессиональная вредность была отмечена у 6,2 % работавших пациентов. Заслуживает внимания факт отсутствия в контингентах больных саркоидозом лиц из маргинальной части населения, в т.ч. без определенного места жительства. Всего 4 % пациентов злоупотребляли алкоголем, а больных состоящих на учете у нарколога по поводу хронического алкоголизма не было вовсе.

Парадоксальным можно признать тот факт, что 86 % больных саркоидозом не курили и 8 % бросили курить за 3–6 лет до начала заболевания. Это наблюдение соответствует данным американских авторов, опубликованным в 2000 году.

Согласно международной классификации саркоидоза органов грудной клетки 0 стадия была выявлена у 0,2 % пациентов, I стадия — у 18,1 %, II стадия — у 59,6 %, III стадия — у 2,7 %, IV стадия — у 19,4 %.

Наибольшее количество больных с I, II и III рентгенологическими стадиями было выявлено при обращении к врачу — 66,4 %.

У 32 % больных саркоидоз органов дыхания сочетался с внеторакальными поражениями. При этом наиболее часто выявлялись поражения кожи — 25 % и периферических ЛУ — 12 %, значительно реже печень — 4 %, селезенка — 4 %, слюнные и слезные железы — 5 %, костная ткань — 3 %, сердце — 4 %, глаза — 3 %, почки — 2 % и ЦНС — 2 %.

Наш опыт подтверждает положение о том, что сосредоточение больных с единой нозологией в одном лечебном учреждении способствует повышению качества диагностики и лечения.

П. И. Потейко, В. С. Крутько, О. С. Шевченко, А. А. Ляшенко, М. Л. Филипенко, М. А. Дымова, Л. В. Лебедь, А. В. Рогожин, О. С. Константиновская
РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПРОФИЛЕЙ ШТАММОВ M. TUBERCULOSIS В г. ХАРЬКОВЕ

*Харьковская медицинская академия последипломного образования
Харьковский национальный медицинский университет
Институт Химической биологии и Фундаментальной Медицины СО РАН*

Цель работы: исследование генетического профиля изолятов, циркулирующих в городе Харькове с помощью VNTR-типирования с использованием точных тандемных повторов ETR A, B, C, D, E.

Материалы и методы: изучено 216 изолятов *M. tuberculosis*, выделенных от больных, проживающих в г. Харькове. Преобладали мужчины (84 %) в возрасте 20–60 лет (средний возраст — 44 года) и больные с деструктивным инфильтративным туберкулезом легких (68 %).

Результаты и их обсуждение. При VNTR-типировании образцов ДНК *M. tuberculosis* идентифицировано 25 генетических типов. Штаммы семейства Beijing с аллельным профилем 42432, 42435, составили в данной выборке 32 % (34 штаммов). Большой кластер 28 % (30 изолятов) составили предста-

вители семейства American and Mediterranean (LAM) с генетическим профилем 22232 и 22433. За ним по численности идет семейство Haarlem, составившее в данной выборке — 10 % (11 изолятов). 12 изолятов с VNTR-профилем — 12232, 22432, 22433, 22434, 22435, 32332, 32432, 32523, 42236, 42431, 42522, 52433 имели уникальный для этой выборки профиль (30 %).

С помощью методов UPGMA (unweighted pair-group average) и NJ (метод объединения ближайших соседей), на основе результатов VNTR-типирования было построено древо филогенетического родства штаммов *M. tuberculosis*.

Данное исследование позволило охарактеризовать выборку изолятов *M. tuberculosis*, циркулирующих среди больных туберкулезом на территории г. Харькова. Было выявлено преобладание в исследуемой выборке изолятов семейства

Beijing — 32 %. Из литературных данных, известно, что данный генотип ассоциируется с множественной лекарственной устойчивостью, обладает значительными патогенетическими свойствами. Показано, что штаммы семейства Beijing размножаются в макрофагах быстрее, чем другие клинические изоляты. Полученные результаты сравнимы с данными по Эстонии (29 %), ниже, чем по России (около 50 %) и в среднем значительно чаще, чем в Европе (11 %).

Обращает на себя внимание большая распространенность штаммов семейства LAM — 23 %. В разных регионах России штаммы этого семейства встречаются реже в 10–19 %, в Европе в среднем — 11 %.

Штаммы семейства Haarlem в г. Харькове встречались с частотой (10 %), сравнимой с выборкой по России и в два раза реже, чем в Европе (20 %).

Исходя из всего вышесказанного, можно предположить следующую картину миграции штаммов *M. tuberculosis* на тер-

ритории Харькова: штаммы семейства Beijing распространились со стороны России и Ближнего Востока, семейство Haarlem было занесено из Европы, семейство LAM со стороны юго-восточной Европы.

Таким образом, с помощью молекулярно-генетических методов (VNTR-типирование), было показано распределение генетических профилей штаммов *M. tuberculosis* в г. Харькове, а именно: штаммы семейства Beijing составили 32 %, штаммы семейства LAM — 28 %, штаммы семейства Haarlem — 10 %, другие штаммы с индивидуальным профилем — 30 %. Выявление основных филогенетических семейств будет способствовать правильному пониманию основных путей трансмиссии в условиях сложной эпидемиологической ситуации на территории Украины. Сравнение полученных генетических профилей с уже известными показывает то, что распределение генетических профилей изолятов *M. tuberculosis* существенно меняется в зависимости от исследуемой территории.

Л. Н. Приступа, В. В. Кмита, Т. О. Гуйва

ЧАСТОТА ГЕНОТИПІВ BCL1 ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА ГЛЮКОРТИКОЇДНОГО РЕЦЕПТОРА У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Сумський державний університет

Метою нашого дослідження було вивчення частоти Bcl1 поліморфізму гена глюкокортикоїдного рецептора в загальній популяції та у хворих на бронхіальну астму (БА).

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 188 пацієнтів із БА. Діагноз БА встановлений згідно Наказу №128 МОЗ України. Контрольну групу склали 95 практично здорових осіб дорослого віку, які не мали в анамнезі БА та інших алергічних захворювань у себе та близьких родичів.

ДНК виділяли з лейкоцитів цільної крові з використанням наборів DIAtom DNA Prep 100 («Isogene», Росія). Визначення алельного поліморфізму 2-го екзону гена GP Bcl1 (C647G, rs41423247) проводили методом полімеразної ланцюгової реакції (PCR) з наступним аналізом довжини рестрикційних фрагментів (PCR-RFLP) за Fleury I. et al. із модифікаціями (2003).

Результати дослідження. У контрольній групі пацієнтів встановлено таку частоту генотипів за Bcl1 поліморфізмом гена глюкокортикоїдного рецептора — GG/GC/CC: 0,126/0,453/0,421. У групі хворих на БА частота досліджуваних генотипів

становила — GG/GC/CC: 0,346/0,426/0,228 відповідно. Не встановлено відмінностей за статтю, віком. Виявлено, що генотип GG вірогідно частіше зустрічався в хворих на БА порівняно із групою контролю ($p < 0,001$), а генотип CC — вірогідно частіше в групі контролю ($p < 0,001$). Таким чином, встановлено неоднорідний розподіл генотипів серед хворих на БА та в загальній популяції. У пацієнтів із БА частіше виявляли генотип GG досліджуваного поліморфізму Bcl1 та його частота порівняно з генотипом CC корелювала з ризиком розвитку БА. БА розвивалась частіше в носіїв генотипу GG порівняно з CC. Наявність генотипу CC порівняно з генотипом GG вірогідно зменшувала ризик розвитку захворювання, оскільки в носіїв CC БА розвивалась вірогідно рідше.

Висновок. Таким чином, дане дослідження підтвердило те, що генотип GG за Bcl1 поліморфізмом гена глюкокортикоїдного рецептора сприяє розвитку БА, а генотип CC виконує захисну функцію й асоційований зі зниженням рівня поширеності даного захворювання.

Л. Н. Приступа, А. М. Бондаркова, Т. О. Гуйва

ЧАСТОТИ ГЕНОТИПІВ ПОЛІМОРФІЗМУ GLN27GLU ГЕНА B2-АДРЕНОРЕЦЕПТОРІВ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Сумський державний університет

Бронхіальна астма (БА) відноситься до групи мультифакторіальних захворювань, етіологія та патогенез котрих визначається складною взаємодією генетичних факторів та факторів навколишнього середовища. За останні роки велику увагу приділяють Gln27Glu поліморфізму гена β 2-адренорецепторів (ADRB2), який відіграє важливу роль у розвитку БА та в ефективності відповіді на β 2-агоністи.

Метою нашого дослідження було вивчення частоти генотипів Gln27Glu поліморфізму гена ADRB2 в українській популяції в практично здорових осіб та хворих на БА.

Матеріали та методи дослідження. Було обстежено 188

хворих на БА в віці від 18 до 70 років. Діагноз був встановлений на основі Наказу МОЗ України №128 від 19.05.2007р. Контрольну групу склали 95 практично здорових осіб без алергологічної патології та обтяженого алергічного анамнезу.

Венозну кров у хворих БА та практично здорових осіб набирали в стерильних умовах у моновети об'ємом 2,7 мл з калієвою сіллю етилендіамінтетраоцтової кислоти (11,7 мМ) в якості антикоагулянту ("Sarstedt", Німеччина), заморожували та зберігали при температурі -20°C . ДНК виділяли з цільної крові із використанням наборів DIAtom DNA Prep 100 («Isogene», Росія). Визначення алельного поліморфізму 1 екзону гена

ADRB2 Gln27Glu (rs1042714) проводили методом полімеразної ланцюгової реакції (PCR) з наступним аналізом довжини рестрикційних фрагментів (PCR-RFLP). Для цього ампліфікували ділянку промотора вказаного гена за допомогою пари специфічних праймерів: прямого (sense) — 5' GACAAGCTGAGTGTGCAGGAC3' і зворотного (antisense) — 5' TGAAGTAGTTGGTGACCCTCTG 3', які синтезовані фірмою "Metabion" (Німеччина).

Результати дослідження. У контрольній групі пацієнтів встановлено таку частоту генотипів поліморфізму Gln27Glu гена ADRB2 — CC/CG/GG: 0,389/0,400/0,211 відповідно, а у хворих на БА — CC/CG/GG: 0,522/0,366/0,112 відповідно. Таким чином, частота

генотипів CC у хворих на БА була вищою порівняно із практично здоровими людьми, а GG — вірогідно нижчою. За частотою гетерозиготного алеля CG відмінностей не встановлено.

Висновки. Отримані результати вказують на те, що спостерігаються суттєві відмінності частоти генотипів Gln27Glu поліморфізму гена ADRB2 у практично здорових осіб та в хворих на БА. У пацієнтів із БА частіше зустрічався генотип CC порівняно із GG та CG генотипами.

Доцільним є подальше вивчення взаємозв'язків Gln27Glu поліморфізму гена ADRB2 із тяжкістю перебігу, рівнем контролю та ефективністю базисного лікування БА.

Ю. В. Просветов, Н. О. Скороходова, А. Ю. Гусарова, С. М. Кудильчак, А. В. Левіч АНАЛІЗ І ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ХВОРИХ З ПОБІЧНИМИ РЕАКЦІЯМИ НА ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНІ ПРЕПАРАТИ ПРИ ЛІКУВАННІ ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ

ДЗ «ЗМАПО МОЗ України»
КУ «Запорізький ОПТКД» ЗОР

В останні роки створилась загрозлива тенденція до збільшення частки хіміорезистентного туберкульозу (ХРТБ) в структурі захворюваності населення на цю недугу, як внаслідок розповсюдження первинної та вторинної резистентності, так і завдяки вдосконаленню відомих та впровадженню сучасних методів діагностики (ПЛР-методика). Регулярне забезпечення фтизіатричної служби протитуберкульозними препаратами (ПТП) другого ряду та препаратами резерву, з одного боку зробило можливим більш повноцінно лікувати хворих на ХРТБ, з іншого — загострило проблему виникнення побічних реакцій (ПР). За літературними даними ПР на ПТП можуть сягати 85 % випадків. Некориговані ПР є причиною порушень схем та режимів хіміотерапії (ХТ), знижують якість життя хворих, порушуючи комплаєнтність, що сприяє розширенню резистентності й, зрештою, веде до невдачі лікування. На даний час ми не маємо чітких рекомендацій щодо ведення хворих на ХРТБ при виникненні ПР на ПТП, що робить розробку алгоритмів прогнозування, попередження та корекції ускладнень антимікобактеріальної терапії (АМБТ) актуальною проблемою сучасної фтизіатрії.

Метою нашої роботи було вивчення структури ПР на ПТП при лікуванні хворих на ХРТБ та визначення шляхів їх передбачення, попередження та корекції.

Проаналізовані випадки ПР у хворих на ХРТБ, які отримували протитуберкульозне лікування за 4-ю категорією у відділенні хіміорезистентного туберкульозу КУ «Запорізький ОПТКД» ЗОР.

За останні два роки було виявлено 106 випадків ускладнень АМБТ. У 2011 році ПР на ПТП зареєстровано в 41 хворого з 72

(56,9 %), які були виписані зі стаціонару, в 2012 — у 65 з 74 (75,6 %). Серед ПР найчастіше зустрічались диспепсичні явища (57 (53,7 %) випадків) та артралгії (21 (19,8 %) випадків). Гепатотоксичні реакції мали місце в 11 хворих (10,4 %), вестибулотоксичні ПР спостерігались у 9 (8,5 %) пацієнтів, алергічні — у 6 (5,6 %), порушення з боку ЦНС — у 3 (2,8 %), гіпотиреоз — у 2 (1,6 %).

У 12 хворих (11,3 %) ПР не піддавались корекції та вимагали повної відміни препарату. В структурі таких реакцій переважали тяжкі вестибулотоксичні, гепатотоксичні порушення та порушення з боку ЦНС. Більшість ПР були коригованими й не потребували змін у режимі прийому, дозуванні або відміни препарату. Проте, більшість пацієнтів, незалежно від соціального статусу, вимагали відміни препарату, який на їх думку зумовив ПР, або відмовлялися від прийому протитуберкульозного засобу. Зниження якості життя пацієнтів, рівня їх довіри до лікаря та віри в можливий успіх лікування туберкульозу, який супроводжується ПР, в більшості випадків сприяли порушенню комплаєнтності.

Проведений аналіз довів необхідність створення алгоритму, який передбачав би профілактичні заходи, ранню діагностику та своєчасну медикаментозну корекцію ПР на ПТП та супутніх станів і захворювань, які сприяють виникненню та ускладнюють діагностику в перебіг ПР у хворих на ХРТБ. Для покращення комплаєнтності у хворих з ПР на ПТП важливе значення має їх психосоціальний супровід та підвищення інформованості щодо виникнення та можливостей запобігання й корекції ПР.

Ю. В. Просветов, А. И. Ахтырский, В. О. Сандул, С. М. Кудильчак, А. А. Носик ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЫ

ГЗ «ЗМАПО МЗ України»
СТБ при СИК № 55
КУ «Запорожский ОПТКД» ЗОР

Проблема ведения больных туберкулёзом лёгких в учреждениях пенитенциарной системы всегда стояла остро. Особую актуальность она приобрела в настоящее время из-за высокой распространенности устойчивых и ВИЧ-ассоциированных форм туберкулёза, как среди гражданского населения, так и лиц спецконтингента. Уже давно стала очевидной необходи-

мость взаимодействия туберкулёзных служб пенитенциарной системы и органов здравоохранения.

Такая практика имеет место уже на протяжении многих лет в Запорожской области, а именно между Специализированной туберкулёзной больницей (СТБ) при Софиевской исправительной колонии № 55(СИК-55) и Коммунальным

учреждением «Запорожский областной противотуберкулезный клинический диспансер» Запорожского областного совета (КУ «ЗОПТКД» ЗОС). Значительный вклад в повышение профессионального уровня врачебного персонала спецучреждения внесла кафедра фтизиатрии и пульмонологии ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины» (ГЗ «ЗМАПО МЗ Украины»). На протяжении нескольких предыдущих лет все врачи спецучреждения прошли на кафедре специализацию по фтизиатрии и продолжают повышать свою квалификацию на предаттестационных циклах и курсах тематического усовершенствования.

Наряду с проблемами и достижениями фтизиатрической службы органов здравоохранения, о которой хорошо осведомлена широкая аудитория, ситуация в больницах пенитенциарной системы остается малоосвещенной. Ведение же больных туберкулезом в местах лишения свободы (МЛС) часто является более сложным и кропотливым процессом. Для достижения оптимальных результатов при работе с пациентами в СТБ при СИК-55 имеется достаточно высококвалифицированная группа сотрудников и должное материально-техническое обеспечение.

Врачебный персонал больницы — это в основном вольнонаемные работники. Их пребывание в стенах спецучреждения существенно снижает негативное отношение осужденных к персоналу и в психологическом плане оказывает более благоприятное влияние на пациентов. Известно, что психологическая составляющая в лечении этой категории больных является одной из важнейших. У осужденных очень слабая приверженность к лечению туберкулеза в связи с присущими им психоэмоциональными изменениями, что проявляются нередко снижением положительных черт характера личности и усилением ее отрицательных сторон. При подборе курируемому больному оптимальной схемы лечения врач должен учитывать как его соматическое состояние, так и психологический статус. Для этого, мы полагаем, врач-фтизиатр должен владеть элементами практической психологии, психотерапии и активно применять её в своей деятельности, а в лечебном учреждении иметь штатного специалиста психолога.

Ведение больных туберкулезом в учреждениях закрытого типа является сложной задачей, и ее решение напрямую зависит от профессионализма, порядочности, отзывчивости медицинского персонала и понимания ими сути вопроса.

Л. М. Процик

СИНДРОМ ЛЕФГРЕНА: КЛІНІКА, ЛІКУВАННЯ, ПРОГНОЗ

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ

Саркоїдоз відноситься до системних гранулематозів невідомої етіології, який характеризується скупченням активованих Т-лімфоцитів і мононуклеарних фагоцитів з утворенням епітеліоїдно-клітинних гранул без некротизування в уражених органах. За характером перебігу умовно саркоїдоз можна розділити на гострий, підгострий, хронічний. Гострий початок саркоїдозу, який супроводжується двобічною лімфаденопатією коренів легень, поліартралгією, вузлуватою еритемою та лихоманкою прийнято називати синдромом Лефгрена.

У дослідження ввійшли 551 хворий на саркоїдоз. У всіх пацієнтів діагноз саркоїдозу було встановлено вперше, хворі з рецидивуючим, хронічним перебігом захворювання в дослідження не включалися. Серед хворих переважали жінки — 364 (66,1 %). Вік пацієнтів коливався від 12 до 70 років, але частіше хворі були у віці 30–50 років (64,8 % від усіх виявлених хворих), середній вік склав 37,8 років. Згідно міжнародної класифікації — 0 стадія була виявлена у 3 (0,5 %), I — у 311 (56,4 %), II — у 187 (33,9 %), III — у 50 (9,2 %) хворих.

Серед даних пацієнтів синдром Лефгрена був діагностований у 116 (21,1 %) пацієнтів. Частка хворих жіночої статі вже більш ніж у чотири рази переважала чоловічої — 93 (80,2 %) і 23 (19,8 %) хворих відповідно. Переважали мешканці міст — 97 (83,6 %). За соціальним складом службовців було майже вдвічі більше ніж робітників — 36,7 % і 21,4 % відповідно, серед них професійні шкідливості виявлені в 14,3 %. Непрацюючі, у тому числі пенсіонери та інваліди, становили 16,3 %. Звертає увагу велика кількість медичних працівників — 20 хворих, або 18,1 % з усіх, що спостерігалися, із синдромом Лефгрена.

Серед клінічних стадій переважали хворі з I стадією — 82 (70,7 %) випадки, з II — у 34 (29,3 %) хворих; III стадія при синдромі Лефгрена не зустрічалася.

Практично всі хворі були виявлені за зверненням у зв'язку із сильними болями, набряками суглобів та вузлуватою еритемою. Необхідно відзначити, що 24 (20,7 %) хворих до встановлення діагнозу саркоїдозу попередньо лікувалися в ревмато-

лога, дерматолога в терміни від 1 тижня до 2-х місяців.

Із скарг переважали втомлюваність, слабкість — у 35 (30,2 %), підвищення температури тіла — у 56 (48,3 %), кашель помірний сухий — у 44 (37,9 %), болі в грудній клітці — у 24 (20,7 %), втрата ваги — у 18 (15,5 %) хворих. У всіх пацієнтів була вузлувата еритема, переважно на гомілкях (у 14 із них додатково й на верхніх кінцівках), та поліартралгія (у 93,1 % випадках гомілковостопних суглобів).

З усіх хворих, що спостерігалися, діагноз цитологічно або гістологічно верифікований лише в 15 (12,9 %) випадків.

Лікування призначалося лише в випадках виражених суб'єктивних симптомів. Медикаментозну терапію отримували 57 (49,1 %) хворих, із них — 43 (37,1 %) пацієнтам було призначено системні глюкокортикостероїди в дозах 12–20 мг із поступовим зниженням протягом 3–4 тижнів до повної відміни, 14 (12,1 %) пацієнтів отримували препарати хінолінового ряду (хлорохін, гідроксихлорохін) протягом 3–6 місяців, із подальшим клініко-рентгенологічним спостереженням. Всім іншим — 59 (50,9 %) хворим проводили спостереження без лікування.

Протягом 1 року від встановлення діагнозу зникнення всіх клінічних проявів захворювання відмічали в 101 (87,1 %) хворих. Іншим 8 (6,9 %) пацієнтам після періоду спостереження 1–3 місяці із наростанням клініко-рентгенологічних симптомів захворювання для досягнення регресії захворювання протягом 1 року призначалися системні глюкокортикостероїди. Прогресування процесу, хронічно-рецидивуючий перебіг відзначали в 7 (6,0 %) хворих, у яких лікування глюкокортикостероїдами та іншими препаратами тривало протягом 2–5 років. У всіх цих хворих у легенях розвинувся масивний пневмофіброз із вираженою легеневою недостатністю.

Отже, синдром Лефгрена, як варіант гострого перебігу саркоїдозу, має сприятливий прогноз, при якому регресія всіх ознак захворювання за перший рік спостереження наступає в 87,1 % випадків.

Р. Г. Процюк, Ю. Б. Загута., О. Г. Андрєєва, О. Є. Бєгоулев

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЇ СИСТЕМИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД КЛІНІЧНОЇ ФОРМИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ

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

*Комунальний заклад "Павлоградський протитуберкульозний диспансер" Дніпропетровської обласної ради, м. Павлоград
Комунальний заклад "Павлоградський протитуберкульозний диспансер" Дніпропетровської обласної ради, м. Павлоград*

Вступ. В багатьох роботах доведено, що при туберкульозі (ТБ) і ВІЛ-інфекції наявний гормональний і метаболічний дисбаланс, який внаслідок тісного взаємозв'язку між ендокринною та імунною системами, існування якого беззаперечно доведено в патофізіологічних і клінічних наукових працях, чинить вплив на перебіг та наслідки цих захворювань.

Мета. Визначити особливості ендокринної функції симпатико-адrenalової системи (САС) в залежності від клінічної форми туберкульозу в хворих на ВІЛ-інфекцію.

Матеріали й методи. З метою з'ясування особливостей функціонального стану САС у хворих на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ було проведено порівняння гормональних показників, характеризуючих її активність у 81 хворого на вперше діагностований інфільтративний і дисемінований ВІЛ/СНІД-асоційований ТБ (2 група) до початку лікування з показниками 30 ВІЛ-негативних хворих з аналогічними клінічними формами ТБ (1 група). Дослідження екскреції адреналіну й норадреналіну в добовій сечі було проведено загальноприйнятим флюорометричним методом.

Результати та їх обговорення. При порівнянні показників екскреції адреналіну в добовій сечі між аналогічними клінічними формами ТБ 1 і 2 груп виявилося, що вона була суттєво вищою у хворих як на інфільтративний, так і на дисемінований ТБ 2 групи ($p < 0,05$). Достовірної різниці показників екскреції адреналіну між клінічними формами всередині клінічних груп знайдено не було, спостерігалася лише тенденція до більш вищої його концентрації у хворих на дисемінований ТБ в обох

групах. Екскреція норадреналіну достовірно не відрізнялася ні між аналогічними клінічними формами ТБ обох груп, ні між різними клінічними формами всередині груп.

Утім, при обчисленні коефіцієнта кореляції між екскрецією адреналіну й поширеністю легеневого процесу спостерігалася закономірність, яка полягала в тому, що при наростанні поширеності ТБ концентрація адреналіну збільшувалася: у хворих 1 групи ($r = +0,31$; $p < 0,05$), у хворих 2 групи ($r = +0,46$; $p < 0,05$), що свідчило про виражену активність адреналової ланки реагування на стресовий чинник захворювання.

Величина коефіцієнта співвідношення адреналін/норадреналін (коефіцієнт симпатико-адrenalової дисоціації) показала достовірну відмінність між хворими на інфільтративний й дисемінований ТБ 2 групи, що засвідчило те, що на тлі довготривалої реалізації загального адаптаційного синдрому (реакції САС на стресогенний чинник) в цих хворих спостерігаються більш проявлені ознаки дисфункції цієї гормональної системи з вичерпанням її резервних можливостей на тлі підвищеного тону саму адреналової ланки.

Висновки. У хворих на дисемінований ТБ в поєднанні з ВІЛ-інфекцією в порівнянні з інфільтративним ТБ відмічається більш значна активація САС з ознаками її дисфункції, які свідчать про вичерпання резервних можливостей цієї важливої стрес-адаптивної системи. Такий функціональний стан САС може мати наслідком поглиблення метаболічних розладів, що виникають при розвитку ко-інфекції ТБ/ВІЛ і, зокрема, призводять до такого ускладнення, як кахексія.

Я. І. Пузич

ВИЯВЛЕННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ЗАГАЛЬНОЮ ЛІКУВАЛЬНОЮ МЕРЕЖЕЮ

Славутська центральна районна лікарня ім. Ф. Михайлова, м. Славута Хмельницької області

З моменту відкриття збудника туберкульозу пройшло понад 130 років. Але на значній частині земної кулі проблема туберкульозу й досі актуальна. Щорічно від цієї хвороби помирає 3 млн. людей. Біля 90 % хворих на туберкульоз патологія вражає осіб працездатного й репродуктивного віку. В Україні понад 16 % хворих з новими випадками туберкульозу мають мультирезистентну форму захворювання. Серед повторних випадків частота мультирезистентності 50 %.

Однією з важливих проблем виявлення туберкульозу є незнання медичними працівниками загальної лікувальної мережі методів діагностики цієї патології. Так, на рівні фельдшерсько — акушерських пунктів помилки діагностики туберкульозу становлять 96,7–99,5 %, лікарів амбулаторій — 80,4–90,3 %, лікарів загального профілю центральних районних лікарень — 54,2–72,1 %. Втішаючись тим, що захворювання в державі нібито ліквідовано, ми втратили пильність у відношенні до цієї проблеми. Звідси стає очевидним, що одну з головних ролей у розв'язанні цієї проблеми має відігравати загальна лікарська мережа та сімейний лікар.

Особлива увага серед лікарів загальної лікувальної мережі повинна приділятися роботі з групами ризику, до яких нале-

жать: діти, підлітки, дорослі, що були в контакті з хворими на активний туберкульоз (медичні працівники), ВІЛ (вірус імунodefіциту людини) — інфіковані хворі, асоціальні категорії населення, хворі, що страждають на хронічні та професійні захворювання легень, особи, які повернулися з місць позбавлення волі. Останнім часом у виявленні туберкульозу особлива увага звертається на трудових мігрантів, особливо зарубіжних.

В амбулаторії загальної практики — сімейної медицини, куди на первинному етапі звертається пацієнт з ознаками запального захворювання легень, проводиться клінічне обстеження, а також взяття мокроти для мікроскопічного дослідження мазків на мікобактерії туберкульозу. За можливості, в лікарській амбулаторії хворому виконується рентгенологічне дослідження легень. Якщо ж такої можливості немає, хворий направляється на другий етап надання медичної допомоги для проведення вказаного дослідження. Мікроскопічне дослідження мокроти проводиться хворому обов'язково за: наявності тривалого (2–3 тижні) кашлю з виділенням харкотиння; явних ознак запального захворювання дихальної системи; кровохаркання та легеневої кровотечі: при болях у грудній клітці з гарячкою й нічним потовиділенням; при значній втраті маси

тіла; при рентгенографії з підозрою на туберкульоз; при контакті пацієнта з хворими на активну форму захворювання; в інших підозрілих випадках. Дослідження харкотиння є простим, економічним методом і дозволяє швидко та вчасно діагностувати туберкульоз.

Неабияку роль у практиці з виявлення туберкульозу мають відігравати щорічні профілактичні огляди населення з паралельним проведенням флюорографічного обстеження. До обов'язкового контингенту для проведення рентгенологічного обстеження населення відносимо працівників дошкільних та шкільних закладів, підприємств харчової промисловості, продуктових магазинів та закладів загального харчування. Особи, в яких при проведенні флюорографічного обстеження виявлені патологічні зміни, направляються на поглиблене обстеження в спеціалізований заклад.

Поряд із регулярними плановими флюорографічними оглядами, чільне місце в роботі загальної лікувальної мережі займає також виявлення осіб із симптомами з підозрою на туберкульоз та направлення їх на подальше обстеження. Сімейні лікарі для контролю за якістю проведених заходів виявлення туберкульозу ведуть посімейний журнал, оскільки якість цієї роботи є одним із найважливіших завдань сімейного лікаря.

Важлива роль у роботі загальної лікувальної мережі з виявлення та профілактики туберкульозу відводиться проведенню ефективної санітарно-освітньої роботи серед населення та навчанню пацієнтів із хронічними неспецифічними захворюваннями легень.

Таким чином, у профілактиці та виявленні туберкульозу легень провідне місце має відігравати загальна лікувальна мережа та сімейний лікар.

Ю. Г. Пустовий, В. В. Баранова, Н. А. Гріцова, М. Г. Долинська ВИКОРИСТАННЯ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНОГО МЕТОДУ GENOTYPE® MTBDRPLUS ДЛЯ РАНЬОЇ ДІАГНОСТИКИ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ

ДЗ «Луганський державний медичний університет»
Проект USAID «Посилення контролю за туберкульозом в Україні»

За даними ВООЗ, щорічно зростає кількість хворих на мультирезистентний туберкульоз (МРТБ) серед пацієнтів із вперше діагностованим захворюванням. В 2012 році їх кількість у світі склала 310 тис. осіб. Швидка діагностика хіміорезистентності є першою та необхідною умовою ефективного лікування захворювання. Нами досліджено можливості методу GenoType® MTBDRplus у швидкій діагностиці хіміорезистентності збудника туберкульозу. Метод ґрунтується на ідентифікації мікобактерій комплексу *M.tuberculosis* та виявленні мутантних генів *katG*, *inhA* та *rpoB*, що відповідають за резистентність до найефективніших протитуберкульозних препаратів — ізоніазиду та рифампіцину.

Було проаналізовано результати дослідження харкотиння з використанням молекулярно-генетичного методу GenoType® MTBDRplus у 45 вперше захворілих на туберкульоз пацієнтів. Молекулярно-генетичне дослідження проводилося в перші дні госпіталізації до початку лікування, причому всі хворі були

бактеріовиділювачами за результатами прямої мікроскопії мазка харкотиння.

За даними GenoType® MTBDRplus, кожен четвертий серед цих хворих (24,4 %) не підтвердив статус бактеріовиділювача. У третині випадків (33,3 %) мікобактерії, що були виявлені молекулярно-генетичним методом GenoType® MTBDRplus, були чутливими до ізоніазиду та рифампіцину. Варіанти лікарської стійкості виявилися такими: ізолювана резистентність до рифампіцину — 11,1 % випадків, до ізоніазиду — 8,9 %, одночасно до ізоніазиду та рифампіцину — 22,3 % випадків.

Таким чином, використання молекулярно-генетичного методу GenoType® MTBDRplus на початку лікування дозволяє виявити хіміорезистентний та мультирезистентний туберкульоз, але потребує подальшого бактеріологічного дослідження з метою порівняння гено- та фенотипічних ознак резистентності. Водночас, метод може бути використаний для перевірки якості бактеріоскопічного та бактеріологічного дослідження.



Б. М. Пухлик ПРИМЕНЕНИЕ АЛЛЕРГЕН-СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ (СИТ) У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В УКРАИНЕ

Винницький національний медуніверситет ім. Н. І. Пирогова

Располагая многолетними отчетными материалами из регионов, результатами единичных эпидемиологических исследований, можно предполагать, что распространенность АЗ в Украине колеблется в пределах 25–30 %, многократно превышая данные официальной статистики. У взрослых часто-та поллиноза колеблется в пределах 6–8 %, круглогодичного (персистирующего) аллергического ринита — в пределах 7–9 %, аллергической бронхиальной астмы — 4–7 %.

В 2011 году в Украине в условиях эксперимента в Институте отоларингологии Национальной Академии медицинских наук проведено экспериментальное исследование, в котором доказана эффективность применения парентеральной и пероральной СИТ аллергенами отечественного производства.

Таблиця
Специфическая диагностика и аллерген-специфическая
иммунотерапия (СИТ) АЗ в Украине

Годы	Получали СИТ в регионах Украины (без НИИ, кафедр)	В том числе парентеральным методом	У том числе пероральным методом
2007	7000	4000	3000
2008	15302	11459	3843
2009	14113	10582	3531
2010	15037	11346	3691
2011	15132	11951	3181
2012	17422	13180	4242

Постоянная учеба аллергологов, вышедшие важные международные документы («Белая книга ВАО»-2011, «Декларация ЕААС по СИТ» — 2011), способствуют увеличению охвата методом СИТ больных в нашей стране.

По сообщениям аллергологов Украины, эффективность СИТ при поллинозе колеблется от 85 до 92 % (всего положительных результатов), при круглогодичном аллергическом

рините, соответственно, от 75 до 90 %, при аллергической бронхиальной астме — от 75 до 85 %. Естественно, более квалифицированным специалистам удается достигнуть более высоких результатов. К сожалению, мы располагаем данными, в основном, 1–3-летних наблюдений за эффективностью СИТ. Более отдаленных ретроспективных результатов эффективности СИТ в Украине, в отличие от зарубежных данных, почти нет.

Е. Ю. Пушкарева, Т. А. Колпакова

ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С РАЗНЫМИ СРОКАМИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ФГБУ «ННИИТ» Минздрава России, г. Новосибирск

ГОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет

Цель: изучение медико-социальных особенностей качества жизни больных туберкулезом легких в зависимости от пола и длительности заболевания.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 135 больных с впервые выявленным туберкулезом легких и с длительным, более 1 года, течением специфического процесса. Пациенты были распределены на 4 группы. Первую (I) группу и III составили женщины и мужчины (соответственно) с впервые выявленным туберкулезом, II и IV — женщины и мужчины со сроком заболевания более года. Анкетирование проводилось по разработанной анкете (на основе анкеты SF-36), которая включала шкалы физического благополучия, психологического здоровья, независимости, общественной жизни.

Результаты. Лица молодого возраста до 30 лет составили I, II, III группы, IV — больные старше 40 лет. Среди пациентов I и III группы работающих было 64,7 % и 60 % соответственно. В группах с длительным течением туберкулеза преобладали неработающие. У пациентов I и III групп был диагностирован инфильтративный туберкулез легких в 88,2 % и 68,6 % случаев (соответственно), у больных II-ой группы — в 45,5 % случаев и IV — в 75,5 % фиброзно-кавернозный. По шкале физического благополучия, психологического здоровья при поступлении в стационар у 50 % женщин I и II групп, после беседы с врачом, возникало ощущение «внутренней энергии», при этом у 50 % сохранялось чувство подавленности, вины перед окружающими, малой верой в излечение. С безразличием к своему состоянию, здоровью относились 40 % длительно болеющих мужчин. Более чем у 80 % пациентов I, II, III групп отмечалась высокая мотивация и приверженность к лечению, тогда как у больных IV группы в 33 % регистрировалась низкая мотивация, в 60 % неопределенное отношение к лечению. Зависимость от приема противотуберкулезных препаратов была высока (65,7 %) у муж-

чин II группы, что связано с необходимостью продолжать работу, тогда как женщины I группы акцентировали внимание на том, что ежедневный прием большого количества препаратов ухудшает настроение из-за боязни отрицательного воздействия препаратов на другие органы и из-за неприятного режима. По шкале независимости у женщин и мужчин I и III групп с впервые выявленным туберкулезом было отмечено безоговорочное желание вернуться на прежнее место работы в 85,2 % и 80 % случаев, тогда как у 75,8 % длительно болеющих женщин (II группа) при желании продолжить работу на прежнем месте, неопределенные перспективы относительно своего здоровья ставили под сомнение эту возможность. Выявлена финансовая зависимость от других членов семьи в 80 % у больных I, II, III групп, тогда как у мужчин длительно болеющих (IV группа) эта зависимость отмечена в меньшей мере — в 57,6 % случаев, при этом обращало внимание их неадекватная оценка своего финансового положения. Зависимость от работодателя, риск увольнения, страх профессиональной непригодности наиболее часто определялся в 72,2 % случаев у мужчин II группы, в меньшей мере у пациентов IV группы — в 35,7 % случаев. Утрата лидирующего положения в семье, угроза распада семьи отмечены у женщин I группы в 61,1 % случаев и в 37,5 % — II. В меньшей мере подобного рода беспокойства высказывали мужчины. В рамках шкалы общественной активности отмечалось кардинальное изменение взаимоотношения с окружающими, ограничение круга общения 84,8 % больных II и в 70 % групп из-за боязни распространения инфекции. При этом мужчины, независимо от длительности заболевания, при наличии бактериовыделения, в 50 % случаев считали необходимым сузить контакт.

Заключение. Результаты исследования свидетельствуют о необходимости индивидуальной работы врача с больными туберкулезом разного пола и разной длительности заболевания.

Т. В. Пьянзова, И. Ф. Копылова, Н. В. Лузина, М. В. Примкулова

ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

Кемеровская государственная медицинская академия

Кемеровский областной клинический противотуберкулезный диспансер, г. Кемерово, Россия

В повышении эффективности лечения больных туберкулезом большое значение имеет сокращение сроков определения множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) возбудителя для своевременного назначения адекватной химиотерапии.

Цель исследования: изучение возможностей использования метода GeneXpert в быстром определении МЛУ микобак-

терий туберкулеза (МБТ) в различных материалах.

Материалы и методы. Проведен анализ обследования 952 больных активным туберкулезом на ДНК МБТ и лекарственную устойчивость (ЛУ) к рифампицину (R) методом полимеразно-цепной реакции (ПЦР). Использовался IV-модульный ПЦР-анализатор GeneXpert MTB/RIF. Преобладали больные

Таблиця

Результати обстеження больних на ДНК МБТ і ЛУ к R

Исследованный материал	Кол-во больних		Обна-ружена ДНК МБТ		ЛУ к R
Мокрота	876	92,8	445	52,6	197
Промывные воды бронхов	15	1,6	5	33,3	2
Ликвор	36	3,8	3	8,3	1
Мазок из ЛОР-органов	4	0,4	3	75,0	2
Моча	9	0,9	1	11,1	-
Плевральная, асцитическая, перикардальная жидкость	10	1,0	2	20,0	1
Мазок из свища	2	0,2	1	1	1

туберкулезом органов дыхания — 891 чел. (94,4 %), 61 чел. имели другие локализации процесса. У 105 пациентов проведено сравнение результатов обследования методом ПЦР и методом посева на твердые питательные среды.

Результаты. Как видно из данных приведенных в таблице, ДНК МБТ обнаружена методом ПЦР в 460 случаях из 952 (48,3 %).

Частота выявления ЛУ к R, являющаяся, как правило, маркером МЛУ, составила среди выявленных бактериовыделителей 44,3 %. Особую важность для диагностики туберкулезной этиологии заболевания представлено быстрое обнаружение ДНК МБТ при внеторакальных локализациях процесса: менингите, заболеваниях мочевой системы, лор-органов и др. Сравнение полученных результатов у 105 больных с данными классического обследования с посевом материалов на питательные среды показало, что чувствительность методики GeneXpert MTB/RIF для диагностики МЛУ МБТ составила 82 % ($Se=a/(a+c)=24/(24+5)=0,8*100=82\%$), а специфичность и 100 % ($Sp=d/(b+d)=0/40=0*100=100\%$). Быстрое обнаружение МЛУ МБТ методом GeneXpert давало основания своевременного назначить адекватную химиотерапию.

Заключение. Молекулярно-генетический метод GeneXpert MTB/RIF обладает высокой специфичностью для быстрого (в течение 2-х часов) выявления ДНК M. tuberculosis и определения ЛУ к R, которая, как правило, сочеталась с резистентностью к H. Применение данной методики позволило сразу при выявлении ТБ, не дожидаясь результатов культуральных исследований, назначить пациентам адекватную терапию.

Л. В. Распутіна

ВПЛИВ БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ НА ПЕРЕБІГ СУПУТНЬОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Однією з актуальних медико-соціальних проблем як в світі, так і в Україні є хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), захворюваність на яке за останні п'ять років в Європі виросла в чоловіків на 25 %, у жінок — на 61 %. Найбільший негативний вплив на перебіг ХОЗЛ відіграють супутні захворювання серцево-судинної системи, а серед них артеріальна гіпертензія (АГ). В багатьох дослідженнях встановлено, що зниження ОФВ₁ асоційовано з раптовою смертю в хворих як ХОЗЛ, так і з поєднанням ХОЗЛ та серцево-судинних захворювань. При зниженні ОФВ₁ на кожні 10 % зростає ризик серцево-судинної смертності на 28 %, ризик нефатальних коронарних подій — на 20 %, (з урахуванням статі, віку, паління, терапії).

Метою роботи було оцінити вплив базисної терапії ХОЗЛ на ефективність лікування АГ та перебіг супутньої АГ. Обстежено 75 хворих на ХОЗЛ та супутню АГ, серед них чоловіків було 36 чоловіків (48 %) та 39 жінок (52 %), середній вік $61,4 \pm 4,3$ роки, всі хворі отримували комбіновану антигіпертензивну терапію. Серед обстежених 32 пацієнта (42,6 %) застосовували базисну терапію ХОЗЛ: 24 хворих (32,0 %) отримували сальметерол/флутиказон, (50/500 мкг), 8 хворих (10,6 %) — тіотропіум бромід, (18 мкг); 12 хворих (16,0 %) — сальбутамол, (100-200 мкг) за потребою, 31 хворий (41,3 %) — не отримували лікування ХОЗЛ. Ми проаналізували 2 групи хворих: 1 — 32 пацієнта (42,6 %), котрі отримували базисну терапію вище зазначеними препаратами та 2 група — 43 (57,4 %), що отримували короткодійні бронхолітики за потребою або не отримували лікування взагалі.

Встановлено, що в хворих на ХОЗЛ та супутню АГ відмічається тісний кореляційний зв'язок між об'ємом форсованого видиху за першу секунду (ОФВ₁) та стажем ХОЗЛ ($r = 0,44$, $p < 0,0001$), ознаками порушення коронарного кровообігу ($r = -0,30$, $p < 0,0001$), шлуночковими екстрасистолами високих градацій ($r = 0,43$, $p < 0,004$), діастолічною дисфункцією лівого шлуночка ($r = 0,52$, $p < 0,0001$), швидкістю ранкового підвищення артеріального тиску ($r = -0,43$, $p < 0,003$).

Серед хворих, що отримували базисну терапію ХОЗЛ, відмічалось достовірне покращення суб'єктивного стану, а саме: зменшення задишки за шкалою MRC в динаміці лікування, що мало місце в 24 хворих (75,0 %), на відміну від осіб, які не отримували базисної терапії ХОЗЛ — у 22 (51,2 %) ($p = 0,036$). Серед пацієнтів, що отримували базисну терапію, у 24 хворих (75,0 %) відмічали зменшення функціонального класу серцевої недостатності, хоча б на I клас, на противагу пацієнтам, що не отримували базисної терапії ХОЗЛ — в 24 (48,8 %) ($p = 0,022$). Позитивний інотропний ефект діагностують у 1,74 рази частіше при застосуванні базисної терапії ХОЗЛ ($p = 0,002$), гемодинамічний ефект, відповідно — в 1,42 рази ($p = 0,017$), антишлемічний ефект — у 1,99 рази ($p = 0,005$).

Висновки. У хворих на ХОЗЛ за супутньої АГ відмічаються принципово нові асоціативні зв'язки між ОФВ₁ та рядом значущих показників діяльності серцево-судинної системи, що свідчить про вплив та значення обструктивних порушень на прогресування ключових кардіальних параметрів. Базисна терапія ХОЗЛ за супутньої АГ призводить до опосередкованих позитивних впливів на функціонування серцево-судинної системи.

Ю. В. Рачко

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СЕРЕТИДА У БОЛЬНЫХ ХОЗЛ

НМАПО им. П. Л. Шупика

Цель: оценить изменения клинико-функциональных показателей у больных ХОЗЛ при лечении комбинированным препаратом “Серетид дискус”.

Материалы и методы: в исследование включено 58 пациентов, получавших лечение по поводу обострения ХОЗЛ III стадии в пульмонологическом отделении КМКЛ № 17; из них 48 мужчин и 10 женщин, в возрасте 44–66 лет. На амбулаторном этапе пациенты пользовались бронходилататорами короткого действия и бронхолитиками длительного действия (как правило, нерегулярно). В стационаре после ликвидации обострения (небулайзерная терапия, АБТ и др.) больным был назначен комбинированный препарат серетид 50/500 мкг по 2 ингаляции 2 раза в день. Всем больным проводилось исследование ФВД до и после лечения.

Результаты: до лечения, по результатам спирометрии, у всех пациентов основные показатели ФВД составляли менее 50 % от должных величин: индекс Тиффно — $48,3 \% \pm 1,91 \%$,

ОФВ₁ — $43,2 \% \pm 2,87 \%$, что свидетельствовало о выраженных нарушениях бронхиальной проходимости. При выписке (через 10–14 дней) нам удалось добиться достоверного ($p < 0,001$) улучшения показателей ФВД ($65 \pm 3,5 \%$ от должных величин). После лечения больные отмечали значительное клиническое улучшение: уменьшилась одышка, выраженность кашля, облегчилось отхождение мокроты. При контрольном осмотре через месяц ОФВ₁ от должного достоверно улучшился ($p < 0,001$) и достиг $78,2 \pm 4,0 \%$, индекс Тиффно — $84,5 \pm 2,91 \%$.

Выводы: терапия с использованием комбинированного препарата “Серетид дискус” позволила добиться положительного клинического эффекта с достоверным улучшением показателей ФВД у всех больных. Вероятно это связано со взаимным действием бронхолитика салметерола и ИГКС флутиказона, которые совместно оказывают более выраженное и стойкое восстановление чувствительности β_2 -адренорецепторов бронхов и обладают противовоспалительным действием.

Д. В. Решетар, М. Л. Габор

ПОРУШЕННЯ АКТИВНОСТІ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Державна установа «Науково-практичний медичний центр «Реабілітація» МОЗ України», м. Ужгород

Стан системи антиоксидантного захисту (АОЗ) має важливе значення в підтримці прооксидантно-антиоксидантної рівноваги, оскільки її складові набувають активності за умов активації процесів вільнорадикального окиснення (ВО) й мають порівняно більші резерви за рахунок безперервної регенерації компонентів.

Метою дослідження є визначення якісних і кількісних зсувів показників системи АОЗ в хворих на ХОЗЛ I–II ст. тяжкості поза фазою загострення та їх зміни під впливом галоаерозольотерапії (ГАТ).

Біохімічні дослідження проведені в 150 пацієнтів, віком від 27 до 67 років, дали змогу встановити суттєві метаболічні розлади в системі перекисне окиснення ліпідів (ПОЛ) — АОЗ, які характеризувались активацією процесів ВО з надмірним накопиченням продуктів ПОЛ на тлі пригніченої активності ферментів системи АОЗ. Останнє проявилось достовірним зниженням у крові активності ключових ферментів системи АОЗ — супероксиддисмутази (СОД), каталази (К) та церулоплазміну (ЦП).

Враховуючи індивідуальні коливання активності СОД, було виділено три типи реагування системи АОЗ. При гіперреактивному типі активність СОД була вище нормальних величин ($4,14 \pm 0,36$ од/мгНб), хоча активність К, рівень ЦП та коефіцієнт співвідношення внутрішнього та позаклітинного компоненту системи АОЗ ($K_{\text{ЦП/СОДжк}}$) були достовірно знижені. Цей тип реєструвався у 19,3 % обстежених. Ригідний тип реагування АОЗ спостерігався в 16,7 % пацієнтів і характеризувався нормальною активністю СОД та нормальним коефіцієнтом співвідношення $K_{\text{ЦП/СОДжк}}$. Такий стан системи АОЗ вказує на високу адаптаційну здатність внутрішньоклітинної та позаклітинної ланки системи АОЗ у відповідь на активацію процесів ПОЛ. У переважної більшості (64 %) обстежених виявлено гіпореактивний тип реагування системи АОЗ: актив-

ність СОД була нижче норми й складала в середньому $2,67 \pm 0,05$ од/мгНб. Водночас, достовірно зниженими, порівняно з нормою, були активність К і рівень ЦП, а $K_{\text{ЦП/СОДжк}}$ — високим, що свідчить про суттєвий дефіцит ферментативної ланки АОЗ у даної категорії хворих.

Отже, зазначені зміни досліджуваних показників є переконливим свідченням вираженого розладу в системі АОЗ та підтверджують патогенетичну роль цих порушень у формуванні оксидантного стресу, що є одним із чинників частих загострень ХОЗЛ.

При проведенні ГАТ відзначено сприятливий її вплив при всіх типах реагування системи АОЗ. Зокрема, при гіперреактивному типі активність СОД знижувалась до нормальних величин, однак нормалізації показників К, ЦП та $K_{\text{ЦП/СОДжк}}$ не відбувалось. Такий стан досліджуваної системи після лікування свідчить про відносний дефіцит антиоксидантів, що призводить до збереження дисбалансу в системі ПОЛ-АОЗ.

Виразні позитивні зміни показників АОЗ зареєстровано й при ригідному типі. Так, під впливом ГАТ активність СОД зберігалась у межах значень норми, достовірно підвищувалась активність К та дещо підвищувались рівень ЦП і значення $K_{\text{ЦП/СОДжк}}$. Водночас знижувалась інтенсивність накопичення продуктів ПОЛ.

При гіпореактивному типі корекція показників системи ПОЛ-АОЗ є найбільш суттєвою: активність СОД, К та $K_{\text{ЦП/СОДжк}}$ нормалізувались, а інтенсивність накопичення первинних продуктів ПОЛ, на відміну від попередніх груп нормалізувалось.

Таким чином, застосування ГАТ у хворих на ХОЗЛ I–II ст. тяжкості можна вважати засобом патогенетичної терапії, який до певної міри компенсує дисбаланс у системі ПОЛ-АОЗ при всіх типах реагування системи АОЗ. Однак, при гіпореактивному типі відновлення оксидантно-антиоксидантної рівноваги є більш вираженими.

В. В. Родіонова, Л. А. Глиняна, С. В. Собко, Н. О. Бут, О. С. Хміль
ПРОБЛЕМА КЛАСИФІКАЦІЇ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХОРОВАННЯ ЛЕГЕНЬ
У ПРОФПАТОЛОГІЇ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Центр по лікуванню професійних захворювань м. Дніпропетровська*

В Україні загальна кількість вперше виявлених хворих на профзахворювання становить від 7 до 9 тисяч хворих на рік, від 50 до 70 % становлять захворювання бронхо-легеневої системи. Проблема встановлення діагнозу хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), стадії захворювання є дуже гострою, бо від цього залежить подальше рішення МСЕК, компенсаційні виплати, обґрунтування лікування і ін. Перебіг ХОЗЛ починається із фази малої кількості симптомів, функція легень вже погіршується, але на профілактичних медичних оглядах лікарі, як правило, на зміни на спірограмі увагу не звертають. При зверненні пацієнтів у зв'язку із появою симптомів, захворювання може бути вже на достатньо тяжкій стадії. Але, на жаль, у зв'язку із відсутністю звернень хворого, даних динамічного нагляду, встановлюється діагноз ХОЗЛ I, або II стадії, тобто легкий перебіг, або середньої тяжкості. В результаті хворі не отримують необхідну терапію, з'являються обмеження на роботі і у повсякденному житті, часті загострення.

Починаючи з 2012 р., в Україні обговорюється і пропонується до застосування класифікація ХОЗЛ, яка ґрунтується на фенотипічних ознаках, наявності симптомів, більш детальному опису задишки, кількості загострень на рік. Саме тому, метою роботи було порівняння встановлення діагнозу ХОЗЛ за Наказом № 128 та за рекомендаціями Асоціації пульмонологів та фтизіатрів України (GOLD, 2011) хворим, із встановленим діагнозом профзахворювання.

Було обстежено 124 хворих на ХОЗЛ: I–II ст. – 83%, III ст. – 17 % пацієнтів, жінки становили 20,8 %, чоловіки – 79,2 %, середній вік хворих $52,2 \pm 2,8$ р. Хворі були направлені до стаціонару у зв'язку із загостренням ХОЗЛ: інфекційної природи 33%, неінфекційної – 67 % хворих. Із анамнезу з'ясовано, що загострення менше 1 разу на рік спостерігалися у 13%, більше 2 разів у 87 % хворих. На кашель скаржилися 91 %, не було

кашлю у 9 % хворих. Мокротиння виділяли 66 %, скудне – 87 %, обільне – 13 %, не виділяли – 34 % хворих. У мокротинні висіяний *Str. Pyogens* у 25 %, гриби – 8 % випадків. Біль в області серця була у 33 % хворих, зміни на ЕКГ виявлені у 66 % випадків. Задишка була у 100 % хворих, у спокої – у 34 %, при фізичному навантаженні – у 66 %, 79 % пацієнтів на приступи утрудненого дихання, ядухи – 21 %. При аналізі даних спірографії визначено, що $ОФВ_1 > 80\%$ мав 1 пацієнт, $50\% < ОФВ_1 < 80\%$ – 41 %, $30\% < ОФВ_1 < 50\%$ теж 41 %, $ОФВ_1 < 30\%$ у 2 пацієнтів. Для ретельного визначення важкості задишки були використані шкала MMRC та тест САТ. За шкалою MMRC: 0 ст. – немає пацієнтів, 2 ст. – 50 %, 3 ст. – 42 %, 4 ст. – 1 пацієнт. За тестом САТ: до 10 балів – 25 % пацієнтів, 11–20 бал. – 42 %, 21–30 бал. – 25 %, 31–40 бал. – 8 % хворих. За комплексною оцінкою, відповідно до класифікації GOLD, 2011, до групи А увійшли 3 хворих, В – 54, С – 50 та D – 19 хворих. Тобто, відносно сприятливий перебіг ХОЗЛ (групи А і В) був у 46 %, а несприятливий (групи С і D) – у 54 % пацієнтів. У подальшому у обстежених хворих стадія ХОЗЛ була переглянута, що надало можливості розширити призначення відповідної терапії та призвели до покращання стану більшості пацієнтів.

Висновок. Обстеження та подальше лікування хворих на ХОЗЛ повинно здійснюватися на підставі використання „Галузевих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу“, діючих наказів МОЗ України з урахуванням міжнародних рекомендацій. В клініці профпатології, використання нової редакції класифікації ХОЗЛ, яка впроваджується за сприяння Асоціації пульмонологів і фтизіатрів України дозволяє більш ретельно обґрунтувати діагноз ХОЗЛ та стадію захворювання, призначити відповідну терапію. Здійснення цих заходів на ранніх стадіях розвитку захворювання дозволить покращити якість життя хворих, зберегти їх працездатний вік.

В. В. Родіонова, В. О. Дроздов, Л. О. Мальцева, А. В. Куник, Г. В. Нікодимова
ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА РАК ЛЕГЕНІВ
ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ ТА ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
«Дніпропетровська міська багатопрофільна клінічна лікарня №4» ДОР»*

До актуальних питань торакальної хірургії слід віднести ускладнення, які виникають після комплексного лікування хворих на рак легень. Так, ураження серцево-судинної системи (ССС) після хірургічного втручання та поліхіміотерапії, може негативно вплинути на ісход хвороби у найближчий та віддалений періоди.

Мета роботи: проаналізувати типи уражень серцево-судинної системи у хворих на рак легень після хірургічного та поліхіміотерапії.

Матеріал і методи: на базі онкоторокального відділення та відділення поліхіміотерапії КЗ «Міська багатопрофільна клінічна лікарня №4» ДОР» було обстежено 34 хворих, середній вік яких становив — $(63,4 \pm 2,3)$ років. Хворі були оперовані з приводу мілкоклітинного і немілкоклітинного рака легень, центральної та периферичної локалізації, та прийняли від 2 до п'яти курсів поліхіміотерапії. При дослідженні були використані

клінічні, електрофізіологічні, статистичні методи. Всім хворим проведено психофізіологічне тестування за методикою оцінки якості життя, особистісний опитувальник Кетелла для виявлення характерологічних особливостей, Ленінградський опитувальник НДІ ім. Бехтерева, короткий загальний опитувальник оцінки статусу здоров'я SF-36.

Результати: Факторами ризику розвитку ускладнень з боку ССС після комплексного лікування є: попереднє опромінення органів грудної клітини, наявність в анамнезі оперативного втручання на легенях або бронхах, професійно-патологічного захворювання легень, вік старше 70 років, супутня патологія з боку коронарних артерій, клапанів міокарда, наявність артеріальної гіпертензії, порушення ритму серця. Ураження ССС визначалися в період від першого введення хіміотерапевтичних препаратів до 6-8 місяців після завершення останнього курсу поліхіміотерапії.

Провідні скарги (серцебиття, порушення ритму серця, задишка) окремо були наявні у 20 (59,0 %), усі разом — у 3 (9,0 %) пацієнтів. Частота серцевих скорочень (ЧСС) більше 80 уд/хв спостерігалася у 3 (9,0 %), більше 90 уд/хв. — у 9 (26,0 %), від 100 до 109 уд/хв — у 8 (24,0 %), від 110 уд/хв й вище — у 3 (9,0 %) обстежених. На ЕКГ синусовий ритм було зареєстровано у 23 (68,0 %) пацієнтів, у 1 хворого — передсердний (нижньопередсердний) ритм, у 2 (6,0 %) вперше відмічено виникнення фібриляції передсердь.

У 7 (25,0 %) хворих спостерігались екстрасистолі. Порушення внутрішньосерцевої провідності у вигляді неповних блокувань пучка Гіса було виявлено у 18 (53,0 %), із них правої ніжки — у 14 (41,0 %), лівої — у 4 (12,0 %), двопучкова неповна блокада та повна блокада правої ніжки — по 1 з пацієнтів. Порушень провідності не зареєстровано лише у 9 (26,0 %) осіб. Порушення процесів реполяризації міокарду (за даними ЕКГ) виявлено у 15 (45,0 %) хворих. Хворим проводилася доплер-ехокардіографія за результатами якої виявлено збільшення розмірів порожнин серця у 8 (24,0 %) пацієнтів, знижен-

ня фракції викиду нижче 60% у 25 (75,0 %) пацієнтів: 59–50 % — у 8 (24,0 %), 49–40 % — у 16 (47,0 %), нижче 40 % — у 1 хворого. Зниження фракції викиду, поряд із збільшенням розмірів порожнин серця зафіксовано у 8 (23,0 %) хворих. У 25 (75,0 %) обстежених спостерігалась діастолічна дисфункція лівого шлуночка, у 5 (15,0 %) виявлені ознаки перикардиту.

Висновки. У хворих на рак легень після комплексного лікування — хірургічного втручання та поліхіміотерапії одним з головних ускладнень є ураження серцево-судинної системи у вигляді порушення серцевого ритму (синусова тахікардія або брадикардія, фібриляція передсердь) та провідності (блокади ніжок пучка Гіса), безсимптомне зниження фракції викиду лівого шлуночка, діастолічна дисфункція, порушення процесів реполяризації, також встановлено формування коморбідних психічних і поведінкових розладів хворих, що в цілому можуть призводити до «взаємообтяжуючого» впливу на основне захворювання за механізмом замкнутого кола, що слід враховувати при визначенні лікарняної підтримки як у передопераційний період, так і у подальший час.

Г. М. Роєнко, І. В. Літвін, В. В. Баранова

ДОСВІД РОБОТИ З ХВОРИМИ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ЗА 2010–2013 рр. (ЗА ДАНИМИ СПЕЦІАЛІЗОВАНОГО ВІДДІЛЕННЯ ЛУГАНСЬКОГО ОБЛАСНОГО ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ДИСПАНСЕРУ)

ДЗ «Луганський обласний протитуберкульозний диспансер»

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Попри зниження загальної захворюваності на туберкульоз, епідемічна ситуація в Україні оцінюється як напружена. Це зумовлено як поширеністю хіміорезистентного туберкульозу, так і зростанням кількості хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз. На сьогоднішній день кожен четвертий хворий на туберкульоз потребує тривалого лікування за приводом хіміорезистентного туберкульозу.

Метою нашого аналізу було дослідити досвід роботи із хворими на мультирезистентний туберкульоз та проаналізувати проблеми, з якими стикаються лікарі протягом лікування цієї категорії хворих.

Нами були проаналізовані 287 історій хвороб пацієнтів ІУ категорії, які знаходилися на лікуванні в Луганському обласному протитуберкульозному диспансері в 2010–2013 роках.

Серед пацієнтів переважали особи із мультирезистентним туберкульозом (МРТБ) — 88,9 %, значно менше було хворих із ризиком на мультирезистентний туберкульоз — 4,2 %.

За весь термін спостереження відмічається тенденція до щорічного розширення профілю стійкості мікобактерій туберкульозу у хворих четвертої категорії, перш за все, за рахунок збільшення стійкості до препаратів із аміногліказидної групи та етамбутолу, та серед препаратів другого ряду зростає резистентність до протіонамиду, особливо при повторному курсі лікування (таблиця 1).

Таблиця 1.

Спектр лікарської стійкості хворих на мультирезистентний туберкульоз, %

	E	Z	S	Km	Cm	Pt	Q	PAS	Cs
2010	64,9	50,6	87,0	38,9	6,4	58,4	22,0	5,1	2,5
2011	57,2	46,8	92,7	32,0	6,3	57,2	15,6	1,0	-
2012	44,4	5,5	92,7	23,8	2,7	39,4	5,5	1,6	-
2013	65,7	10,5	100	42,0	2,6	50,0	15,7	-	-

Крім того, зареєстровано, що у випадках конверсії мокротиння методом мікроскопії на 2–3 місяці лікування прогноз одужання значно кращий. У випадках із подовженням бактеріовиділення після цього терміну отримання протитуберкульозної терапії можливо прогнозувати в більшості випадках розширення лікарської стійкості, навіть очікувати випадки РРТБ та прогресування туберкульозу.

Ефективність лікування була зареєстрована вищою серед пацієнтів із вперше діагностованим туберкульозом при умові закінчення інтенсивної фази лікування в стаціонарі (таблиця 2) та використанні хірургічних методів у показаних випадках.

Таблиця 2.

Ефективність лікування серед осіб, які завершили інтенсивну фазу лікування у стаціонарі за 2010–2013 рр., %

	2010	2011	2012	2013
із ВДТБ М-	100,0	100,0	95,0	86,6
К-	100,0	69,2	95,0	73,3
Дестр-	37,5	42,3	50,0	25,0
із НЛ, ПЛ та РТБ М-	76,3	76,5	91,6	91,6
К-	42,1	50,6	87,5	66,6
Дестр-	25,7	20,9	33,3	11,1

За весь період спостереження відмічається зниження відсотку хворих, які перервали лікування з 50% у попередні роки до 25–30 % у 2012–2013 роках. Вагомою причиною переривання лікування є наявність супутнього алкоголізму та соціальна дезадаптованість пацієнтів, які не могли адекватно оцінити не тільки свій стан здоров'я, але й не розуміли ризики прогресування туберкульозу, навіть смерті від нього. Тому вкрай необхідно ввести до штатного розкладу протитуберкульозного диспансеру лікаря-нарколога, який забезпечить необхідну медикаментозну допомогу особам, страждаючим на алкоголізм, та зменшить залежність від нього.

Г. М. Роєнко, С. О. Черенько, Н. А. Марченко**ЧАСТОТА ТА ТЯЖКІСТЬ СИНДРОМУ ВІДНОВЛЕННЯ ІМУННОЇ СИСТЕМИ ПІД ВПЛИВОМ АНТИРЕТРОВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА КО-ІНФЕКЦІЮ ТУБЕРКУЛЬОЗ/ВІЛ**

Ду «Національний інститут фізіотерпії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Мета дослідження: встановити частоту та тяжкість синдрому відновлення функції імунної системи під впливом антиретровірусної терапії (АРТ) хворих на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ.

Матеріали та методи. В проспективному контрольованому дослідженні, яке включало 104 хворих з новими випадками ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ, 52 особам під час основного курсу хіміотерапії призначено АРТ. Методом підбору пари за статтю, віком, характером туберкульозного процесу та ступенем імунодефіциту, наявністю опортуністичних захворювань була сформована група порівняння хворих, які не отримували АРТ. В кожній групі в 31 (59,6 %) пацієнта був туберкульоз легень. Серед 21 (18,7 %) пацієнта з позалегеновим туберкульозом був міліарний туберкульоз з ураженням легень та внутрішньогрудних і черевних лімфатичних вузлів, туберкульоз периферичних лімфатичних вузлів. Опортуністичні захворювання визначали в 42 хворих: орофарингіальний кандидоз, вірусний гепатит В та/або С. У 27 хворих був виразний імунодефіцит — кількість CD4+ була меншою 50 клітин в мл, у решти пацієнтів — $> 50 < 200$ клітин в мл.

Результати та обговорення. У 29 осіб (76,3 %) під час призначення АРТ на фоні протитуберкульозного лікування (всього 38 хворих) було досягнуто клініко-рентгенологічного покращення, що проявлялося зменшенням або зникненням клінічних симптомів захворювання, частковому розсмоктуванню інфільтративних та вогнищевих змін в легенях, зменшенні розмірів лімфатичних вузлів, припиненні бактеріовиділення в більшості випадків. Після призначення АРТ у більшості пацієнтів відзначали погіршення перебігу туберкульозу або його рецидив, що визначалося як синдром відновлення функції імунної системи (СВІС) — у 32 (61,5 %) з 52 пацієнтів, з яких 5

(9,6 %) померли від генералізації туберкульозного процесу та інших опортуністичних захворювань. У 20 (38,5 %) пацієнтів не було будь-яких негативних явищ на фоні призначення та прийому АРТ. В контрольній групі погіршення на фоні протитуберкульозного лікування спостерігали у 19,2 % хворих ($p < 0,05$), 36,5 % хворих померли протягом основного курсу хіміотерапії від генералізованого туберкульозу ($p < 0,05$). Серед 14 хворих, яким призначили АРТ після завершення основного курсу хіміотерапії, в 7 (50,0 %) був рецидив туберкульозу. У всіх 32 хворих з погіршенням перебігу туберкульозу або рецидивом захворювання продовжували АРТ та протитуберкульозну терапію (або відновлювали її при рецидивах). Тільки в 3 випадках АРТ та протитуберкульозна терапія була відмінена через загострення вірусного гепатиту зі значним підвищенням рівня білірубіну та АЛТ. СВІС ми спостерігали з 2 тижня від початку АРТ до 3-х місяців її проведення ($5,1 \pm 0,5$) тижнів. СВІС частіше розвивається в терміни 2–4 тижні, коли кількість CD4+ лімфоцитів становить 1–20 клітин/мкл — у 91,7 % хворих проти 1 випадку, в яких кількість CD4 лімфоцитів більша за 50 клітин/мкл, $p < 0,05$ (із 19 випадків).

Висновки. У 61,5 % хворих на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ, в яких під час призначення АРТ на фоні протитуберкульозного лікування або після його завершення кількість CD4+ лімфоцитів менше 200 клітин/мкл, у половини з яких їх число становить менше 50 клітин/мкл, у середньому через ($5,1 \pm 0,5$) тижнів розвивається синдром, який полягає в клініко-рентгенологічному погіршенні перебігу туберкульозу або його рецидиві, від чого помирає 9,6 % хворих. При призначенні АРТ хворим з виразним імунодефіцитом, незважаючи на розвиток СВІС, показник виживання був у 4 рази вищим, ніж без АРТ.

І. О. Савеліхіна, М. М. Островський**ВПЛИВ БАЗОВОЇ ТЕРАПІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ РОФЛУМІЛАСТУ КУРСОМ 90 ТА 180 ДНІВ НА КЛІНІЧНУ СИМПТОМАТИКУ В ПАЦІЄНТІВ З ХОЗЛ ІІІ СТАДІЇ**

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Актуальність проблеми. Проблема хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) продовжує залишатися однією з важливих в клінічній медицині. За даними прогнозу складеного експертами ВООЗ до 2020 року, ХОЗЛ стане не тільки однією із самих розповсюджених форм патології людини, але й ввійде в число провідних причин смертності. Глобальна ініціатива з ХОЗЛ - GOLD представляє науково обгрунтовані рекомендації щодо ведення пацієнтів із ХОЗЛ, в останній версії керівництва в якості нового класу препаратів доданий інгібітор ФДЕ-4 — рофлуміласт. Препарат рекомендований для підтримуючої терапії ХОЗЛ тяжкого перебігу, пов'язаних із хронічним бронхітом у дорослих пацієнтів і частими загостреннями в анамнезі, як додатковий засіб до бронходилатаційної терапії.

Матеріали й методи. Клінічно обстежено 24 пацієнти, які в складі базової терапії отримували препарат рофлуміласт 500

мкг 1 таблетка 1 раз на добу, курсом 90 днів, і 11 хворих, котрі в складі базової терапії отримували препарат рофлуміласт 500 мкг 1 таблетка 1 раз на добу, курсом 180 днів. Верифікацію діагнозу та його формулювання проводили згідно матеріалів наказу МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія». Базова терапія включала: інгаляційні та системні глюкокортикостероїди, М-холінолітики тривалої дії, β_2 -агоністи короткої дії.

Результати. У пацієнтів, які приймали рофлуміласт курсом 90 днів сухий кашель спостерігався — у 6 (25,0 %) хворих, кашель з виділенням мокротиння — у 18 (75,0 %) обстежуваних. Задишка в стані спокою в 9 (37,5 %), при звичайних фізичних навантаженнях — у 15 (62,5 %) хворих. Загальна слабкість, швидка втомлюваність, пітливість, спостерігалися у 24 (100,0

%) пацієнтів, наявність хрипів вислуховувались у 19 (79,2 %) хворих. Після проведеного лікування, зафіксовані такі позитивні зміни: задишка в стані спокою зникла в 4 пацієнтів і склала — 20,8 %, що є у 1,8 рази менше порівняно з даними до лікування, задишка при звичайних фізичних навантаженнях зменшилась у 5 пацієнтів і склала — 41,6 %, що є у 1,5 рази меншим порівняно з показником до початку лікування. В 3 (12,5 %) хворих сухий кашель змінився на продуктивний із виділенням харкотиння серозно-слизового характеру, а в 1 (4,2 %) пацієнтів — минув повністю. До кінця лікування відсоток малопродуктивного кашлю склав лише — 20,8%. Нами відмічено зменшення кількості хрипів у 7 пацієнтів, їх показник склав — 50,0%. Загальна слабкість, швидка втомлюваність, пітливість, збереглася в 9 пацієнтів і склала — 62,6 %. Подовження фази видиху та послаблення дихальних шумів, також коробковий відтінок перкуторного тону були незмінними під час усього часу лікування.

Прийом препарату рофлуміласт у складі базової терапії курсом 180 днів забезпечило найбільш позитивну клінічну динаміку: сухий кашель спостерігався в 3 (27,3 %) хворих, кашель з виділенням харкотиння — в 8 (72,7 %) обстежуваних.

Задишка в стані спокою була в 4 (36,4 %), при звичайних фізичних навантаженнях — у 7 (63,6 %) хворих. Подовження фази видиху, послаблення дихальних шумів, коробковий відтінок перкуторного тону спостерігались у всіх пацієнтів до початку та після лікування. Наявність розсіяних сухих хрипів вислуховувались у 8 (72,7 %) хворих даної групи, а загальна слабкість, швидка втомлюваність, пітливість — у 11 (100,0 %) пацієнтів.

Отже, на 180 день лікування рофлуміластом у складі базової терапії в 3 пацієнтів задишка в стані спокою склала лише — 9,1 %, у 4 пацієнтів зменшилась задишка при звичайних фізичних навантаженнях і склала 36,4 %, що є у 1,7 рази меншим порівняно з даними до лікування. У всіх 3 (27,3 %) пацієнтів зник сухий кашель. Кашель із виділенням мокротиння зник у 6 пацієнтів і склав 18,2 %. Кількість множинних сухих хрипів зменшились у 9 пацієнтів, їх відсоток склав — 18,2 %. Загальна слабкість, швидка втомлюваність, пітливість, збереглася лише у 2 пацієнтів, даний показник склав — 18,2 % і став меншим у 5,5 рази порівняно з показником до лікування.

Висновки. Дані зміни свідчать про позитивний вплив препарату рофлуміласт на перебіг клінічної симптоматики, особливо в пацієнтів, які приймають даний препарат тривало.

Ю. Ф. Савенков, П. Є. Бакулін, І. В. Корпусенко, Р. А. Веремеєнко РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЕТАПУ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

ДОККЛПО «Фтизіатрія», м. Дніпропетровськ

Мета дослідження: встановити ефективність колапсхірургічного лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз (МРТБ) легень, оперованих у період з 2005 по 2012 роки.

Матеріали й методи: проведений ретроспективний аналіз найближчих та віддалених (2–7 років) результатів 98 колапсхірургічних операцій у хворих на одно- та двобічний мультирезистентний деструктивний туберкульоз легень. 54 хворим (основна група) виконувалась лікувальна торакоколагенопластика за розробленими власними модифікаціями диференційовано в залежності від локалізації та розмірів каверни. У 10 хворих основної групи також був застосований екстраплевральний пневмоліз з колагенопластикою або з каверноколагенопластикою. 44 хворим контрольної групи виконувалась класична торакопластика за методикою Л. К. Богуша. Оцінка результатів проводилась за критеріями закриття каверн та припинення бактеріовиділення через 2 та 6 місяців після операції, а також через 2 та більше років спостереження. Результати дослідження зіставляли з результатами класичної екстраплевральної торакопластики (група порівняння, 44 хворих). Всі хворі отримували індивідуальний режим хіміотерапії згідно тесту медикаментозної чутливості.

Результати дослідження. Проведений аналіз показав, що в хворих основної групи через 2 місяці після колапсхірургічно-

го лікування закриття каверн відбулося в 70,4 % хворих (33,3 % – у групі порівняння), припинення бактеріовиділення – 82,5 % і 50,0 % відповідно. Через 6 місяців спостереження додатково закриття каверн відбулося ще в 18,5 % хворих основної групи та в 17,9 % групи порівняння. Припинення бактеріовиділення до 6-го місяця спостереження зафіксовано ще в 12,5 % хворих основної та 10,4 % хворих контрольної групи. Таким чином, через 6 місяців після проведеного колапсхірургічного лікування значне поліпшення (закриття каверн та припинення бактеріовиділення) було в 90,9 % хворих основної групи, що на 16,8 % більше, ніж у групі порівняння.

Прогресування туберкульозного процесу в хворих основної та контрольної груп встановлено в 2,3 % та 12,9 % відповідно. Через 2 та більше років спостереження клінічне вилікування зафіксовано в 97,5 % хворих основної групи та в 85,6 % – в групі порівняння.

Висновки. За умови неможливості виконання радикальної анатомічної резекції легені застосування колапсхірургічних втручань у хворих з одно- або двобічним деструктивним туберкульозом з мультирезистентними штамами МБТ є високотехнологічним оперативним засобом, що дозволяє підвищити підсумкову клінічну ефективність лікування хворих з МРТБ на 12,1 %.

Ю. Ф. Савенков, П. Є. Бакулін, І. В. Корпусенко, О. В. Іванова КОЛАПСХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

ДОККЛПО «Фтизіатрія», м. Дніпропетровськ

Мета дослідження: встановити ефективність хірургічного лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз легень, рефрактерний до стандартних та індивідуальних режимів хіміотерапії.

Матеріали та методи. Проведений ретроспективний аналіз результатів 290 власних хірургічних втручань, виконаних у хворих на мультирезистентний туберкульоз за період з 2002 по 2012 роки.

Результати дослідження. Сегментарні (моно-, бісегментарні та полісегментарні) резекції виконані в 45 (15,5 %) хворих, у тому числі в 10 (22,2 %) з корекцією гемітораксу плевроколагенопластикою. Післяопераційні ускладнення зафіксовані в 2 (4,4 %) хворих (залишкова плевральна порожнина та раннє загострення туберкульозу). Клінічна ефективність склала 97,7 %, реактивація процесу в віддаленому періоді — (2,2 %).

Лобектомії без корекції гемітораксу виконано 60 хворим (20,7%). Залишкова плевральна порожнина розвинулась у 8 (13,3 %), раннє загострення процесу — 4 (6,7 %), післяопераційна летальність від бронхолегеневого ускладнення — 1 (1,7%). У віддалені терміни спостереження (1–5 років) загострення туберкульозного процесу зафіксовано в (23,3 %) хворих, вмерло від прогресування туберкульозу — 8 (13,3 %), клінічна ефективність склала 78 %.

Лобектомії з корекцією гемітораксу виконані 60 (20,7 %) хворим. Плевроколагенопластика застосовувалась в 53,3 % випадків, корегуюча торакопластика — 38,3 %, френікотрипсія — 6,6 %. Післяопераційна летальність — 1 (1,7 %). Залишкова плевральна порожнина — 3,3 %, раннє загострення туберкульозу — 3,3 %, неефективність корекції склала 11,7 %. У віддаленому періоді загострення процесу встановлено в 10 % хворих, вмерло від прогресування туберкульозу 1 (1,7 %). Клінічна

ефективність склала 91,5 %.

Пневмон- та плевропневмонектомії, заключні пневмонектомії виконувались у 50 хворих (17,2 %). Післяопераційна летальність — 4 %, неспроможність швів кукси бронху — 24%, вмерло від прогресування туберкульозного процесу в віддаленому періоді (1–5 років) 5 (10 %), загострення процесу в єдиній легені 4 (8 %), клінічна ефективність — 60 %. 55 (18,9 %) хворим застосовані лікувальні торакопластики. Післяопераційні ускладнення та летальність не відзначались. Клінічна ефективність (CV-, МБТ-) через 6 місяців лікування склала 96,2 %.

Двобічні резекції легень виконані 20 хворим (6,9 %), з них 16 одночасно та 4 хворим у послідовному варіанті. У 50 % хворих з одночасними двобічними малоінвазивними VATS- резекціями легень застосована корекція гемітораксу плевроколагенопластикою. Післяопераційні ускладнення становили — 10 %, летальності не відзначено. Клінічна ефективність у віддаленому періоді склала 90%.

Висновки. Підсумкова клінічна ефективність хірургічного стану лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз склала 85,6 %. Підвищення ефективності хірургічного стану в лікуванні хворих з МРТБ полягає в виконанні анатомічних радикальних резекцій легень з корекцією гемітораксу, а також диференційованому застосуванні колапсхірургічних втручань.

М. М. Савула, Н. С. Майовецька, І. С. Якимів, О. В. Лазарчук, Р. Л. Кізан ОСОБЛИВОСТІ УРИКЕМІЇ ТА ІНШІ БІОХІМІЧНІ ПОКАЗНИКИ КРОВІ В ХВОРИХ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

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

Гіперурикемія (ГУ) є можливим патогенетичним чинником при багатьох захворюваннях. Підвищенню сечової кислоти (СК) в крові сприяють також деякі фармакологічні засоби, зокрема піразинамід (Z). Не вивчені особливості урикемії при мультирезистентному туберкульозі (МРТБ) в процесі його лікування та можливий зв'язок рівня СК з іншими біохімічними показниками крові.

Обстежено 67 хворих на МРТБЛ на фоні лікування (не раніше, ніж через 1 міс. після початку хіміотерапії згідно протоколу). Серед хворих переважали чоловіки віком до 55 р. (89,6%). Крім концентрації СК, визначали в крові глюкозу, білірубін, АлЛТ, АсАТ, холестерин, тригліцериди, загальний білок. Аналіз отриманих результатів показав, що у 42 із 67 хворих (62,7 %) урикемія перевищувала 360 мкмоль/л. Частіше її спостерігали в пацієнтів з супутньою патологією (22 із 32 або 68,8 %), в тому числі при хронічному панкреатиті (2), ХЛС (5), ВІЛ-інфекції (3), алкоголізмі (6). Проте ГУ констатували також у 20 із 35 осіб (57,1 %) без супутніх захворювань. Лише в 1 хворого з 6 з гастроудоденальними ускладненнями хіміотерапії та тимчасовим підвищенням рівня білірубину встановлено ГУ, її спостерігали також у 4 хворих з алергічними реакціями на хіміопрепарати.

Аналіз результатів проведених досліджень показав, що середні значення інших вивчених біохімічних показників не відрізнялися достовірно в групах осіб з підвищеним і нор-

мальним рівнем СК в плазмі, хоча в багатьох працях вказано на виразну кореляцію урикемії з рівнем білірубину, холестерину, тригліцеридів та креатиніну в пацієнтів з цукровим діабетом, метаболічним синдромом, ожирінням. Очевидно це пояснюється відсутністю значних відхилень від норми цих показників в обстежених нами хворих на туберкульоз.

Отже, ГУ встановлено при МРТБЛ доволі часто, і вона, очевидно, зумовлена антиурикозуричною дією Z, який отримували всі хворі в інтенсивній фазі, хоча не виключений також вплив інших туберкулостатиків. Роль хіміотерапії у виникненні ГУ підтверджена нашими попередніми спостереженнями, в процесі яких ГУ констатована в 24 % пацієнтів з вперше діагностованих туберкульозом до лікування й збільшення їх відсотка до 57,3 % в процесі хіміотерапії. На фоні лікування препаратами I і II ряду ГУ перебігала переважно безсимптомно, й лише в 2 із 67 хворих з МРТБ і в 9 із 96 осіб з вперше діагностованим процесом на фоні вираженої ГУ розвинулися артралгії. Очевидно, це можна пояснити генетичними особливостями організму, від яких залежить кристалізація в тканинах уратів і спричинена цим системна запальна реакція. Тому питання про доцільність і методику лікування хворих з ГУ необхідно вирішувати індивідуально з урахуванням клінічних проявів і переважно ниркового мезанізму затримки уратів в крові.

В. М. Савченко, Л. П. Шубина, В. Г. Рева, С. И. Ковальчук, Л. Ш. Дудченко, С. Н. Беляева, А. А. Шатров, М. Е. Пирогова

РОЛЬ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ В КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

*Крымское республиканское учреждение «НИИ физических методов лечения и медицинской климатологии им. И. М. Сеченова»
МЗ АР Крым, г. Ялта*

Цель исследования — изучить влияние ингаляционной глюкокортикостероидной (ИГКС) терапии на результаты курортного лечения больных бронхиальной астмой (БА).

Обследовано 96 больных БА, поступивших в пульмонологическое отделение института на курортное лечение. Из них мужчин было 40 (42 %) и женщин — 56 (58 %) человек. Средний возраст пациентов составил $47,4 \pm 1,72$ лет. По тяжести течения заболевания больные были распределены следующим образом: 1 степень — 8 (8,3 %), 2 степень — 18 (18,8 %), 3 степень — 56 (58,3 %) и 4 степень — 14 (14,6 %) человек. Контролируемое течение установлено у 32 (33,3 %), частично контролируемое — у 34 (35,4 %) и неконтролируемое — у 30 (31,3 %) больных. Длительность заболевания в среднем составила $17,5 \pm 1,46$ лет. У больных при поступлении приступы удушья регистрировались в среднем $4,9 \pm 0,35$ раз в сутки. Из препаратов базисной терапии бекламетазон применяли 20 (20,8 %), фликсотид — 15 (15,6 %), серетид — 32 (33,3 %), симбикорт — 9 (9,4 %) больных. 12 (12,5 %) больных нуждались в приеме базисных препаратов, но их не принимали, 8 человек (8,3 %) — не нуждались в этом.

На курорте пациенты принимали традиционное климатическое лечение в зависимости от сезона года, лечебную гим-

настику, классический массаж грудной клетки, гипоксически-гиперкапническую стимуляцию в виде аппаратных тренировок. Для выявления эффекта курортного лечения у всех пациентов исходная базисная терапия не менялась (в т.ч. с неконтролируемым течением заболевания с согласия больных).

Клиническое состояние подавляющего большинства больных через семь дней лечения на курорте начало улучшаться. Лишь трем пациентам (3,1 %) при неконтролируемом течении заболевания потребовалась коррекция базисной терапии в силу неэффективности к этому сроку курортного лечения. К концу срока лечения на курорте состояние всех больных существенно улучшилось: уменьшились или исчезли клинические проявления болезни, количество приступов удушья сократилось до $0,2 \pm 0,36$ в сутки. После курортного лечения у 65 (67,7 %) больных отмечалось контролируемое течение, у 21 (21,9 %) больного — частично контролируемое и у 10 (10,4 %) больных — неконтролируемое течение заболевания.

Таким образом, курортное лечение обладает самостоятельной эффективностью и способно усилить эффект базисной лекарственной терапии БА, что проявилось ростом случаев с контролируемым течением заболевания в 2 раза.

М. І. Сахелашвілі

КЛІНІКО-РЕНТГЕНОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ В ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

З метою вивчення особливостей перебігу хіміорезистентного туберкульозу органів дихання всього обстежено 215 пацієнтів (64 дитини та 151 підліток), які були поділені на дві групи: основна — включила 106 хворих на хіміорезистентний туберкульоз (30 дітей та 76 підлітків), контрольна — складалась із 109 хворих на туберкульоз (34 дитини та 75 підлітків), які віділяли МБТ із збереженою чутливістю до антимікобактеріальних препаратів. У всіх обстежених хворих культурально виявляли МБТ. Контакт з туберкульозним хворим був встановлений у 62,3 % обстежених з основної групи, в 45,8 % — з контрольної.

Результати обстеження. Як в основній, так і в контрольній групах хворих дітей спостерігали декілька піків захворювання: у віці від 2–3 років, потім — 10–11 р., 12–13 р. і найбільший — у 14 р. (33,4 % і 26,5 %). Серед підлітків хіміорезистентний туберкульоз у 2 рази частіше діагностували в 17 річних (50,0 %), проте в контрольній групі частота захворюваності була майже однаковою в обстежених вікових групах підлітків. Серед пацієнтів основної групи дівчат було 61,8 %, хлопців — 38,2 %, контрольної — 56,0 % і 44,0 %.

У більшості (90,0 %) дітей основної групи хіміорезистентний туберкульоз виявляли при звертанні до лікаря загальної мережі, при цьому 56,7 % пацієнтів були госпіталізовані у протитуберкульозні стаціонари протягом першого місяця захворювання, через 2 — 3 міс. — 33,3 %, через 4 міс. і пізніше після появи симптомів захворювання 10,0 %. Подібна закономірність констатована у хворих підлітків. Здебільшого в дітей (66,7 %)

основної групи специфічний процес починався гостро у вигляді плевропневмонії. В той же час у контрольній групі дітей у 2,3 рази переважав торпідний та безсимптомний перебіг. Здебільшого в підлітків основної групи (60,5 %) процес також починався гостро. Проте в контрольній групі підлітків констатовано в 1,7 разів більше випадків з торпідним і в 1,8 разів більше безсимптомний початок специфічного процесу, ніж в основній групі.

При хіміорезистентному туберкульозі вірогідно переважали діти, у яких стан був оцінений як середньо важкий або важкий. У контрольній групі в 2,5 разів частіше, ніж в основній, діти мали задовільний стан (20,0 % проти 50,0 %, $p < 0,05$), в 1,6 разів рідше — стан середньої важкості (35,3 % проти 56,7 %, $p > 0,05$) та важкий (14,5 % проти 23,3 %, $p > 0,05$). Підлітки, хворі на туберкульоз легень, частіше, ніж діти, поступали в задовільному стані як в основній групі, так і контрольній. У порівнянні важкий стан також частіше констатовано в основній групі в дітей (23,3 %) і підлітків (17,1 %), ніж у контрольній (14,7 % і 5,3 %, $p < 0,01$). Важкість стану як у дітей, так і в підлітків, була зумовлена вираженою туберкульозною інтоксикацією, розповсюдженістю специфічних змін та швидким прогресуванням захворювання.

У клінічній структурі захворювань дітей на хіміорезистентний туберкульоз переважала інфільтративна форма (40,0 %), в 1,5 рази рідше діагностували дисеміновану (26,7 % проти 40,0 %). Первинний туберкульозний комплекс і туберкульоз внут-

рішньогрудних лімфатичних вузлів становило 10,0 % і 3,3 %, відповідно. Проте слід відмітити, що в 3 (10,0 %) дітей була діагностована казеозна пневмонія, в 3 (10,0 %) — генералізований туберкульоз з ураженням легень та ЦНС. При хіміорезистентному туберкульозі в дітей у 1,5 рази частіше виявляли деструктивні зміни в легенях, порівняно з контрольною групою (53,3 % проти 35,3 %, $p < 0,05$. У підлітків, хворих на хіміорезистентний туберкульоз, переважали форми: дисемінована

(42,1 %), інфільтративна (36,8 %) та казеозна пневмонія (18,4 %). Вірогідно рідше, ніж інші форми, констатували в них первинний туберкульозний комплекс (2,6 %, $p < 0,01-0,001$). Деструктивні зміни в легенях в 1,4 рази частіше виявляли у підлітків із основної групи, ніж контрольної. Таким чином, діти/підлітки, хворі на хіміорезистентний туберкульоз, мали більш виражену інтоксикацію, гострий початок захворювання та швидке прогресування специфічного процесу.

І. О. Сем'янів

ЕФЕКТИВНІСТЬ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПРИ ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОМУ ТУБЕРКУЛЬОЗІ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

У сучасних умовах однією з основних причин зростання епідемії туберкульозу є зміна біологічних особливостей мікобактерій туберкульозу (МБТ), найважливішою з яких є розвиток резистентності до антимікобактеріальних препаратів.

Резистентність мікроорганізмів до антибактеріальних засобів — це природний феномен, властивий усім мікробам, який відбувається в процесі їх розмноження за рахунок мутацій. Внаслідок таких мутацій мікроорганізм набуває резистентності до антибіотиків і при неправильному лікуванні невпинно розмножується. Резистентність мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів — основна причина безуспішного лікування й смертності від інфекційних хвороб.

Багаточисленні дослідження останніх років показали, що сприйнятливості до інфекційних агентів є генетично детермінованою. Так, більшість людей мають ефективну вроджену стійкість до МБТ.

Однією з важливих проблем сучасної фтизіатрії є підвищення діагностики хворих на хіміорезистентний туберкульоз легень, що має не тільки клінічне, але й епідемічне значення. Для досягнення цієї мети використовуються методи діагностики з ДНК або РНК-зондами.

Виявлення в пробі пацієнта нуклеїнової кислоти, характерної для *M. tuberculosis / bovis complex*, дозволяє відразу їх ідентифікувати. Інформація про специфічні послідовності нуклеїнової кислоти в клітинах *M. tuberculosis / bovis complex*

використовується для постановки діагнозу туберкульозу.

Відомо, що ДНК-зонди до специфічних ділянок нуклеїнової кислоти є основним компонентом більшості методів молекулярної діагностики. Зонди є міченими фрагментами ДНК, синтезованими в лабораторії. Метою їх застосування є гібридизація з мішенню — молекулою нуклеїнової кислоти — для її ідентифікації. Зонд є олігонуклеотидом — фрагментом з 30–40 нуклеотидів. Він несе мітку — молекулу-детектор. Після гібридизації зонда й мішені — нуклеїнової кислоти мікроорганізму, гібрид може бути виявлений за допомогою молекули-детектора.

Перевагами прямого методу ДНК-гібридизації є висока специфічність зондів до нуклеїнових кислот-мішеней і відсутність кросс-реакцій з іншими мішенями. Дослідження характеризуються високою чутливістю. Метод із ДНК-зондами дозволяє специфічно визначити *M. tuberculosis complex* безпосередньо в зразку від хворого. Ці тести по чутливості перевершують навіть культуральний метод дослідження, який є «золотим» стандартом у бактеріології туберкульозу, не згадуючи вже про мікроскопію. Зонди дають можливість виявити *M. tuberculosis* вже через кілька годин після початку досліджень, тоді як для одержання результатів посіву необхідно 6–8 тижнів. Одночасне використання ДНК-зондування, культурального й бактеріоскопічного методів дослідження сприяє швидкій постановці діагнозу, ізоляції пацієнта й своєчасному початку лікування, дозволяє поліпшити клінічний результат й економічність терапії.

Т. В. Сенчева, М. Ф. Новохатська, Г. О. Ковальова

ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА АКТИНОМІКОЗУ У ФТИЗІОПУЛЬМОНОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

КЗОЗ Обласний протитуберкульозний диспансер № 1, м. Харків

Актиномікоз зустрічається в 5–10 % хворих на різноманітні пневмопатії й належить до найбільш часто реєстрованих видів легеневого мікозів. Легеневий актиномікоз необхідно диференціювати від новоутворень легень, середостіння, абсцедуючої пневмонії, інших глибоких мікозів (аспергілез, нокардіоз, гістіоплазмоз), а також від туберкульозу. При локалізації вогнищ збудника в верхівках процес спочатку нагадує «рецидивуючу» респіраторну інфекцію, а з часом — вогнищеву пневмонію. Захворювання розвивається досить поступово, спершу з'являється кашель, інколи з домішками крові в мокротинні, поступово підвищується температура, з'являється слабкість, схуднення, пітливість. Морфологічно процес характеризується переважанням ексудативних та продуктивних реакцій і його

важко відрізнити від туберкульозного. Діагноз підтверджує наявність актиноміцетів, але виростити їх спроможна не кожна бактеріологічна лабораторія.

Зазвичай збудник як сапрофіт колонізує ротову порожнину, зуби, мигдалики, трахею, верхні відділи бронхів. Це анаеробний променевий грибок родини *Actinomycetaceae*, переважно *A. israelii*, іноді *A. bovis*, *A. naeslundii*, *A. odontolyticus*, *A. viscosus*. Бактерії паличковидні, неправильної форми, схильні до розгалуження, грампозитивні, за методом Циля-Нільсена забарвлюються як і мікобактерії туберкульозу — у червоний колір. У вогнищах ураження вони можуть утворювати жовтувато-білі зернятка (друзи), що нагадують кольорову капусту. Іноді друзи досягають значних розмірів (0,3–2 мм) — так звані «сірі гранули», або тільця

Боллінгера. Зростають повільно, резистентні до протигрибкових засобів, чутливі до багатьох антибіотиків — бета-лактамів, хлорамфеніколу, тетрациклінів, макролідів, лінкоміцину, ванкоміцину, фузидієвої кислоти. Всі типові актиномікотичні поразки містять також різноманітні бактерії (до 10 різновидів), які здатні значно посилити тяжкість уражень.

Найпоширеніший спосіб лабораторної діагностики актиноміцетів — виявлення друз *A. israelii* в матеріалі з вогнища ураження. При прямій бактеріоскопії в краплі з 1 % розчином метиленового синього їх виявляють у вигляді тілець Боллінгера. Для пошуку менших друз дослідний матеріал поміщають не предметне скло в краплю 10–20 % розчину КОН або NaOH, злегка підігрівують і готують препарат «роздавлена крапля» — накривають покривним склом і мікроскопують зі збільшення об'єктива 8 або 40. Друзі актиноміцетів мають характерний вигляд зернистих утворень із щільним центром, оточеним променистими ниткоподібними клітинами. Крім того, при надавленні на покривне скло вони риплять, як пісок, завдяки своїй каменистій консистенції.

Для бактеріологічного дослідження матеріал засівають штри-

хом на дві чашки з кров'яним агаром, що містить екстракт серцевого м'яза. Одну чашку інкубують в атмосфері азоту, водню та вуглекислого газу, другу — в анаеробних умовах з додаванням 5 % вуглекислого газу. Мікроколонії утворюються через 18–24 годин, зрілі колонії — через 7–14 днів та мають характерну «павукоподібну» структуру з чисельними розгалуженими нитками або зернистий центр з гілчастими нитками на периферії. Зрілі колонії можуть бути плоскими, зморшкуватими, бугристими чи пливчастими. Характер колонії та морфологія мікробних клітин у багатьох випадках дозволяє віднести дослідну культуру до роду *Actinomyces*. Остаточна ідентифікація культури до виду проводиться на засаді біохімічних та антигенних властивостей.

Лікарі-клініцисти часом не приймають до уваги можливість такої інфекції, а при підозрі на актиномікоз обстеження хворих не завжди проводиться належним чином. У значному відсотку випадків відкинути туберкульозний процес допоможе детально зібраний анамнез, а наявність будь-якого хронічного ендогенного запального вогнища підкаже необхідність спеціалізованого обстеження на грибки.

Т. В. Сенчева, Н. М. Боровок, Т. Ф. Ковальова, І. В. Полуєктова, О. П. Мартиненко ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ СУПРОВІД ВЕДЕННЯ ХВОРИХ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ

Обласний протитуберкульозний диспансер № 1, м. Харків

На сьогодні в Харківській області збільшилась кількість хворих на мультирезистентний туберкульоз /МР ТБ/. На 01.01.2013 року їх 801 — кожний четвертий із числа активних хворих /в районах — 429 осіб, в м. Харкові — 372/. Таке збільшення, на нашу думку, являється відносним і зумовлене, в першу чергу, суттєвим покращенням бактеріологічної діагностики /GenXpert, BACTEC, визначення медикаментозної чутливості мікобактерій на твердих середовищах/. Та при цьому мають місце й недоліки контролю за обстеженням та лікуванням хворих на амбулаторному етапі в деяких районах області через нерегулярність бактеріологічних досліджень методом бактеріоскопії та посіву кожного місяця чи їх відсутність.

З метою оптимізації надання допомоги хворим в обласному протитуберкульозному диспансері № 1 організовано й обладнано кабінет з контролю за перебігом МР ТБ. Основне завдання співробітників кабінету — суворий контроль за виконанням вимог електронного реєстру щодо усіх пацієнтів із МР ТБ, протоколу лікування та моніторингу обстеження. Інформація про хворих закладена в локальну електронну картотеку. Першим позитивним результатом роботи кабінету стала своєчасна реєстрація випадків у ЦЛКК та відповідно — своєчасно розпочате лікування. У полі зору співробітників кабінету знаходяться локальні маршрути пацієнтів, які продовжують лікування в

амбулаторних умовах. Таким чином реалізується безперервність лікування та своєчасність обстеження хворих. Налагоджено телефонний та електронний зв'язок із фтизіатрами районів, що дозволило координувати ведення кожного випадку.

Контроль ефективності лікування визначається результатами бактеріологічних досліджень у лабораторії третього рівня обласного протитуберкульозного диспансеру. На викликах хворих «на себе» базується принцип «активності» роботи кабінету.

Впроваджено дистанційну роботу ЦЛКК. Отриманий електронною поштою з району проект висновку після рішення комісії в той же день повертається лікарю. Це також дає можливість оперативно замовити та отримати призначені ліки зі складу диспансеру, які видаються для кожного хворого індивідуально.

Для організації безперервного лікування інформація про планову виписку хворого з диспансеру надходить завчасно за 10 днів саме в кабінет МР ТБ. А після прибуття хворого до місця диспансерного спостереження районний фтизіатр звітує в кабінет про те, що хворий розпочав лікування амбулаторно. У випадку перерви лікування районний фтизіатр повинен надати інформацію про це та причину перерви лікування до кабінету.

Організація кабінету МР ТБ в обласному протитуберкульозному диспансері відчутно вплинула на якість обстеження та лікування хворих.

Ю. О. Сенько

ЧАСТОТА ТА ПРОФІЛЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ МБТ У ХВОРИХ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ І ТУБЕРКУЛЬОЗ ІЗ РОЗШИРЕНОЮ РЕЗИСТЕНТНІСТЮ ЗАЛЕЖНО ВІД ПОПЕРЕДНЬОГО ЛІКУВАННЯ

ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України", м. Київ

Мета роботи: вивчити частоту та профіль медикаментозної резистентності МБТ до ПТП у хворих на МРТБ і РРТБ залеж-

но від випадку захворювання, характеру та тривалості попереднього лікування для визначення значення протитуберкуль-

озних препаратів I і II ряду в стандартних й індивідуалізованих схемах хіміотерапії.

Матеріали та методи. Обстежені 400 хворих на мультирезистентний туберкульоз (МРТБ) і 127 хворих на туберкульоз із розширеною резистентністю (РРТБ), які лікувались в ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України» за період з 2007 по 2012 роки.

Результати та їх обговорення. Встановили, що у хворих на МРТБ найвищий рівень резистентності МБТ з будь-якої комбінації є до стрептоміцину (S) — у 88,7 % випадку, на другому місці — до етіонаміду (Et) — 51,2 %, далі — до етамбутолу (E) — 42,5 %, до піразинаміду (Z) — 35,7 %, до канаміцину (Km) — 28,7 % ($p < 0,05$, крім різниці між показниками резистентності до E і Z). До фторхінолонів (Ofx), капреоміцину (Cm), ПАСК медикаментозну резистентність МБТ у хворих на МРТБ виявляють із невисокою частотою. Серед хворих з РРТБ частіше всього зустрічається резистентність МБТ до S — у 99,2 % хворих, Km — 90,6 %, на другому місці до E — у 74,0 % та Et — у 72,4 % хворих. Резистентність до Cm, Z, PAS зустрічається в достовірно меншій кількості випадків — у 48,0 %, 35,4 %, 25,2 % хворих відповідно. У хворих на РРТБ порівняно з хворими на МРТБ достовірно вищу частоту резистентності МБТ

визначили до S, E, Et/Pt, Km/Am, Cm, Ofx, ПАСК. До Z резистентність визначали з однаковою частотою (відповідно — 35,7 % та 35,4 %). Частота й профіль медикаментозної резистентності суттєво не залежали від випадку захворювання та тривалості попереднього лікування.

Висновки. Стрептоміцин втрачає своє значення для лікування хворих на МРТБ і РРТБ незалежно від випадку захворювання через високий рівень медикаментозної резистентності МБТ. Етамбутол не слід використовувати в стандартних режимах хіміотерапії для 4 категорії через високий рівень медикаментозної резистентності до цього препарату. У разі призначення стандартного режиму за 4 категорією з використанням канаміцину слід одночасно визначати медикаментозну чутливість МБТ до туберкульозних препаратів I і II ряду швидкими методами на рідкому живильному середовищі, оскільки в 28,7 % хворих з МРТБ визначають резистентність до цього препарату. Високий рівень медикаментозної резистентності до етіонаміду/протіонаміду незалежно від випадку захворювання у хворих на МРТБ і РРТБ (51,2–72,4 %) викликає сумніви в ефективності цього препарату в індивідуалізованих схемах хіміотерапії й потребує проведення подальших контрольованих досліджень щодо вивчення ефективності цих препаратів.

А. А. Сідоров, Н. С. Слепченко, Ю. М. Мостовой

ЗНАЧЕННЯ ДОСВІДУ УЧАСТІ У КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ ДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ СПІВРОБІТНИЦТВА ПРИ ПОДАЛЬШОМУ ЛІКУВАННІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
Медичний центр «Пульс», м. Вінниця

Мета дослідження — визначити як участь у клінічних дослідженнях у минулому може підвищити рівень співробітництва з лікарем-дослідником в наступних дослідженнях.

Матеріали та методи. У 2 клінічних дослідженнях з приводу бронхіальної астми брали участь 30 пацієнтів, в т.ч. 16 жінок та 14 чоловіків. Середній вік — $49,5 \pm 7,4$ роки. Дизайн обох досліджень мав подібні риси щодо співробітництва пацієнт-дослідник: використання інгаляторів, заповнення електронних щоденників, виконання пікфлоуметрії вдома, виконання спірометрії у клініці. Тривалість обох досліджень складала 52 тижні, у обох дослідженнях вивчалася ефективність та безпечність комбінації інгаляційного глюкокортикоїду та бета2-агоніста тривалої дії. Параметри співробітництва між лікарем-дослідником та пацієнтом були порівняні у одній і тій же групі пацієнтів протягом першого та другого дослідження.

Одержані дані підлягали статистичній обробці за допомогою пакету програм SPSS. Були обчислені середні величини, медіани та стандартні відхилення для кожної з величин.

Результати. Протягом другого дослідження частота запізнень на візити знизилася з $7,7 \pm 1,2$ % до $6,9 \pm 1,3$ % ($p > 0,05$). Показник повернення використаних інгаляторів зріс до 98,2 %, у першому дослідженні аналогічний показник склав 91,1 % ($p = 0,04$). Комплаєнс з користування електронними щоденниками та виконання домашньої пікфлоуметрії зріс від $84,2 \pm 7,3$ % до $93,5 \pm 6,4$ % ($p = 0,034$). Кількість технічно неприйнятних спірометрій під час візитів у клініку знизилася з $5,5 \pm 0,9$ % до $3,6 \pm 0,5$ % ($p = 0,041$).

Висновки. Продемонстровано статистично достовірне покращення якості виконання процедур клінічного дослідження. Початкові показники були прийнятними, тому покращення не було настільки клінічно значимим, щоб надавати перевагу пацієнтам, що раніше брали участь у трайлах, при включенні у нові дослідження. У разі гірших початкових даних чи зростання тривалості досвіду пацієнтів щодо участі у клінічних дослідженнях різниця у рівні комплаєнсу до виконання процедур дослідження може виявитися клінічно значимою.

И. А. Сиренко, Л. А. Суханова, О. Ю. Марченко, Н. М. Подопригора, Е. А. Тютюнник, Н. А. Мотинова

ПЕРВИЧНОЕ ИНФИЦИРОВАНИЕ МБТ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ФТИЗИАТРА

Медицинская академия последипломного образования, г. Харьков
ОПТД № 4, г. Харьков

Приоритетом детской фтизиатрии является профилактическое направление, при этом его неотъемлемая и значимая часть — массовая туберкулинодиагностика по пробе Манту с 2 ТЕ.

Одной из основных задач детского фтизиатра является раннее выявление туберкулеза или начального периода латентной туберкулезной инфекции в виде появления специфической аллергии, выража туберкулиновой реакцией.

Актуальность данной работы определяется несколькими параметрами:

- самый большой удельный вес из контингента состоящих на учете детей детского фтизиатра составляют лица с выражением туберкулиновой реакции; по данным отчетов детских фтизиатров Харьковской области, за последние 3 года он равняется в среднем 51 %, т.е. половина наблюдаемых;

- показатель первичного инфицирования МБТ у каждого детского фтизиатра является одним из критериев его деятельности;

- данный показатель свидетельствует о резервуаре туберкулезной инфекции по определению инфицированности МБТ населения, который является важным эпидемиологическим показателем;

- выражение туберкулиновой реакции, т.е. ранний период туберкулезной инфекции, является ответственным этапом, который определяет течение туберкулезной инфекции — справится организм с инфицированием или разовьется заболевание;

- выявление выражения туберкулиновой реакции, основанное на проведении комплексного обследования ребенка, диктует необходимость проведения профилактических мероприятий: в частности дать ребенку медицинский отвод от других профилактических прививок сроком на 6 месяцев и, самое главное, определить индивидуальную схему превентивного лечения; в последнее время появилась возможность дифференцированно подходить к отбору детей для назначения профилактического лечения;

- за последние 3 года (2010–2012 гг.) средние данные первичного инфицирования МБТ детей до 14 лет остаются значительными.

При массовой туберкулинодиагностике за 3 года обследовано 22280 детей 1–14 лет (2010–2012 гг.) и установлено, что до 7 лет уровень детей с выражением туберкулиновых реакций постепенно увеличивается: 1 г. — 0 %, 2 г. — 0,47 %, 3 г. — 2,7 %, 4 г. — 3,4 %, 5 лет — 5,6 %, 6 лет — 4,8 % и достигает максимума в 7 лет — 9 %, когда заканчивается действие вакцины БЦЖ. После ревакцинации БЦЖ в 7 лет количество детей с первичным инфицированием постепенно уменьшается: 8 лет — 4,2 %, 9 лет — 2,5 %, 10 лет — 1,7 %, 11 лет — 1,3 %, 12 лет — 1,8 %, 13 лет — 1,7 % и 14 лет — 3,7 %.

В последнее время туберкулинодиагностика обогатилась новым диагностическим методом с АТР; эта проба может применяться для дифференциальной диагностики туберкулеза, вакцинальной и инфекционной аллергии, оценки активности туберкулезного процесса, в частности остаточных туберкулезных изменений у детей, оценки эффективности лечения.

Однако ВОЗ и многие российские ученые до настоящего времени для массового скрининга в детской популяции рекомендуют использовать пробу Манту с 2 ТЕ, так как только по пробе Манту с 2 ТЕ можно выявить выражение туберкулиновой реакции, т.е. ранний период инфицирования МБТ, осуществить отбор детей на вакцинацию и ревакцинацию БЦЖ, определить уровень инфицированности населения, что не позволяет массовая проба с АТР, которая может быть применена как дополнительный метод исследования при сохранении массовой туберкулинодиагностики.

Проба Манту с 2 ТЕ не заменяет пробу АТР. Они взаимно дополняют друг друга. Поэтому у туберкулинодиагностики есть замечательное прошлое, нужное, информативное настоящее и такое же будущее.

И. А. Сиренко, Т. И. Жидко

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ДЕТЕЙ ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ В ПЕРИОД СПАДА ЭПИДЕМИИ

*Медицинская академия последипломного образования, г. Харьков
ОПТД № 1, г. Харьков*

Туберкулез в Украине по-прежнему остается проблемой здравоохранения. Несмотря на снижение заболеваемости туберкулезом населения с 2005 года, она остается еще высокой, медленными темпами уменьшается количество бактериовыделителей, увеличивается число больных с резистентным туберкулезом и сочетанным с ВИЧ-инфекцией.

Большой резервуар туберкулезной инфекции и ее характер негативно отражаются на заболеваемости детей и ее структуре.

С 2005 по 2010 гг. заболеваемость детей туберкулезом была в пределах 10–12 на 100000 детского населения, несколько выше республиканских показателей и в 2011–2012 гг. снизилась почти до показателей Украины (9,8 — 8,6 на 100 тыс. детского населения).

Количество детей с деструктивными процессами было на уровне в среднем 6 %, однако число больных с МБТ+ было выше числа лиц с Дестр+, особенно, с 2010 г., когда в практику вошло исследование на ВАС/ТЕС, причем, МБТ обнаруживались не только в мокроте, но и в промывных водах желудка (у детей нередко отсутствовал кашель и не выделялась мокрота).

В структуре заболеваемости с 2005 до 2012 гг. меньшую часть (24,5–45,5 %) составлял туберкулез легких; на первичный туберкулезный комплекс приходилось от 10,5 % до 24,3 %. Ежегодно диагностировался инфильтративный туберкулез легких (10 % и 15 %), почти ежегодно — очаговый (4,2 % и 8,3

%). Не каждый год выявлялись дети с диссеминированным (до 2,6 %) и милиарным туберкулезом (2,6 %).

Внелегочный туберкулез составил от 60,5 % до 75,6 %, в основном за счет туберкулеза внутригрудных лимфоузлов (20–33 %).

Туберкулезный менингит за последние 8 лет диагностирован всего у 2-х детей; туберкулез периферических лимфоузлов (подтвержден гистологически) отмечался от 6,1 % до 27,6 %.

Обращает на себя внимание ежегодное выявление детей с туберкулезом неуточненной локализации от 2,6 % до 16,7 %, что согласуется с данными авторов Санкт-Петербурга и других исследователей.

Отмечались единичные случаи диагностики туберкулеза печени, селезенки, подкожной клетчатки.

Заболеваемость туберкулезом подростков в 3–4 раза превышала заболеваемость детей и составила от 31,0 до 41,5 на 100 тыс. подросткового населения. Деструктивный туберкулез диагностировался в пределах 19,4–37,5 %, а бактериовыделение определялось в 12,9–40 % случаев.

В структуре заболеваемости подростков преобладал туберкулез легких (70,7–89,5 %) за счет инфильтративного туберкулеза, удельный вес которого доходил до 68,5–81,8 %.

Ежегодно диагностировался очаговый туберкулез легких (4,5–13,2 %), 5 подростков за последние 8 лет выявлены с диссеминированным туберкулезом,

В единичных случаях (2,4–6,3 %) выявлялся первичный туберкулезный комплекс.

Внелегочный туберкулез представлен больными с туберкулезным плевритом (от 7,9 % до 27,3 %), туберкулезом внутригрудных (до 6,3 %) и периферических (2,6–6,3 %) лимфоузлов, единичными случаями (до 3,2 %) туберкулеза неуточнен-

ной локализации и туберкулезом печени и селезенки.

Таким образом, в период спада эпидемии показатели заболеваемости туберкулезом детей и подростков Харьковской области были относительно стабильны; в структуре детей преобладали классические формы первичного туберкулеза, а у подростков — инфильтративный туберкулез легких.

Т. А. Скиба

СУЧАСНІ НАПРЯМИ ЛІКУВАННЯ ХОЗЛ, ПОЄДНАНОГО З ОСТЕОАРТРОЗОМ

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

ХОЗЛ — одне з найпоширеніших захворювань людини, яким за даними ВООЗ уражено 0,8 % населення планети, переважно особи старше 40 років, причому рівень захворюваності серед чоловіків вище (0,9 %), ніж серед жінок (0,7 %). В останні роки збільшується значення таких факторів при ХОЗЛ, як гіпоксемія та гіперкапнія, що приводять до обмеження фізичної активності, підвищення індексу маси тіла як прогностично несприятливих для життя, а в подальшому — розвиток системних ефектів захворювання, таких як прогресуюча кахексія, вторинна анемія, системне запалення, системний остеопороз як основи для розвитку остеоартрозу (ОА). У пацієнтів старше 40 років коморбідність ХОЗЛ й ОА зустрічається досить часто. У свою чергу, ОА є поширеною патологією, яка особливо часто зустрічається в людей середнього й літнього віку, суттєво знижує якість життя хворих, що обумовлює його важливе медико-соціальне значення.

Тяжкість перебігу, функціональні зміни та прогресування захворювань, принаймні частково пов'язані в пацієнтів із ХОЗЛ та ОА із рівнем хронічного запалення. Співіснування ХОЗЛ, який супроводжується системним запаленням, із ОА, в прогресуванні якого також було виявлено вплив медіаторів запалення, потребує ретельного вивчення для пошуку шляхів раціонального лікування поєднання ХОЗЛ й ОА.

В лікуванні ХОЗЛ суттєву роль на сучасному етапі відводять фізичній реабілітації, яка повинна збільшити толерантність хворого до фізичних навантажень, уповільнити падіння дихальних об'ємів, підвищити соціальну адаптацію пацієнта. Супутній ОА при ХОЗЛ, особливо з ураженням великих суглобів та больовим синдромом, може значно обмежити відновлювальні можливості хворого та погіршити якість його життя. Ось чому визначення шляхів медикаментозної корекції виявлених патогенетичних чинників та напрямів медичної реабілітації хворих із поєднанням ХОЗЛ та ОА має суттєве практичне значення.

Н. С. Слепченко, А. А. Сідоров, Ю. М. Мостовой

ОЦІНКА ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ЛІКУВАННЯ ХОЗЛ: РЕЗУЛЬТАТИ РЕТРО- ТА ПРОСПЕКТИВНОГО АНАЛІЗУ

*Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
Медичний центр «Пульс», м. Вінниця*

Мета дослідження — оцінити, як змінюється прихильність до лікування хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) та артеріальної гіпертензії (АГ) після участі у клінічному дослідженні з приводу ХОЗЛ, а також вплив прихильності до лікування на частоту виникнення гострих епізодів обох захворювань.

Матеріали та методи. У дослідження було включено 45 пацієнтів, 34 чоловіки та 11 жінок, середній вік $53,7 \pm 5,9$ років. У кожного пацієнта встановлено діагноз ХОЗЛ III або IV ступеня та есенціальна артеріальна гіпертензія. З метою формування однорідної групи пацієнти з вторинною АГ у групу не включалися.

Пацієнти на наше прохання зберігали всі використані інгалятори, що містили ліки базисної терапії та невідкладної допомоги і приносили їх у центр через 1, 6 та 12 місяців після завершення клінічного дослідження. Використовуючи дані заповнених пацієнтами спеціальних опитувальників та записи у амбулаторних картках, ми оцінили частоту загострень ХОЗЛ, їхню загальну тривалість та частоту виникнення гіпертензивних кризів протягом 1 року до участі у клінічному випробуванні та протягом 1 року після його завершення.

Одержані дані підлягали статистичній обробці за допомогою пакету програм SPSS. Були обчислені середні величини, медіани та стандартні відхилення для кожної з величин.

Результати. До участі у клінічному дослідженні лише 23 (51,1 %) пацієнти приймали базисну терапію з приводу ХОЗЛ та лише 20 (44,4 %) регулярно застосовували антигіпертензивну терапію.

Через 1 місяць після завершення клінічного дослідження ці показники склали 40 (88,9 %) та 38 (84,4 %) пацієнтів відповідно, через 6 місяців — 38 (84,4 %) та 37 (82,2 %). Через 12 місяців після завершення участі 30 (66,7 %) пацієнтів регулярно приймали базисну терапію з приводу ХОЗЛ та 29 (64,4 %) дотримувалися режиму лікування АГ.

Пацієнти перенесли $2,1 \pm 0,3$ загострень ХОЗЛ протягом 1 року до участі у клінічному дослідженні та $1,5 \pm 0,2$ — протягом 1 року після завершення дослідження. Загальна тривалість загострень складала $20,5 \pm 3,7$ днів/рік до та $15,9 \pm 2,9$ днів після завершення дослідження. Загальна частота гіпертензивних кризів знизилася з $7,4 \pm 0,7$ /рік до $4,2 \pm 0,5$ /рік.

Згідно даних внесених пацієнтами у щоденники, найважливішим фактором, що вплинув на підвищення прихильності до лікування було спілкування з іншими пацієнтами, які вже покращили свій стан на тлі регулярного прийому препаратів базисної терапії. Інший важливий фактор — вищий рівень співробітництва між пацієнтом та лікарем-дослідником, ніж за умов рутинної клінічної практики.

Висновки. Участь у клінічному дослідженні з приводу ХОЗЛ підвищує рівень прихильності до лікування ХОЗЛ на 37,8 % та

АГ — на 40,0 %. Через 1 рік після завершення участі у клінічному дослідженні рівень прихильності до лікування ХОЗЛ знизився на 22,2 %, АГ — на 20,0 %.

Регулярні бесіди з пацієнтами (1 раз на 2 місяці) з приводу важливості базисної терапії здатні підтримувати прихильність до лікування хронічних захворювань.

В. Д. Смоквін

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПАТОГЕНЕТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

Одеський національний медичний університет

Туберкульоз — тяжка інфекційна хвороба, яка супроводжує людство на протязі всієї його історії. До тепер цю складну медико-соціальну проблему медицина не вирішила.

При туберкульозі уражаються усі органи й системи людського організму як специфічним запальним процесом, так і під впливом інтоксикаційного синдрому (сумісна патологія).

Сучасні етіотропні протитуберкульозні препарати не можуть в організмі хворого на туберкульоз виконувати призначену йому роль, так як у хворого порушені основні біологічні процеси адаптації, без корекції яких для відновлення нормального біобалансу в організмі повністю вилікувати хворого на туберкульоз неможливо.

Сучасним класичним постулатом лікування хворих на туберкульоз є використання в лікувальному процесі поєднання специфічних хіміопрепаратів з лікувальними засобами, що діють на основні патогенетичні ланцюги хвороби з метою мобілізації та відновлення власних можливостей організму.

Для виконання цієї мети ми використали препарати серії «Біотроф» (парафармацевтики — за визначенням академіка РАМН професора В. А. Тутельян і професора В. В. Закревського), які випускаються фірмою «Інтерпом» м. Сімферополь, які створені під керівництвом доктора медичних наук, професора М. М. Омерова за спеціальною технологією з органів молодих тварин (ноу-хау фірми-виробника). Препарати пройшли апробацію при різних захворюваннях в НДІ педіатрії Російської академії медичних наук, НДІ швидкої допомоги ім. Н. В. Скліфосовського, у Кримському державному медичному університеті ім. С. Георгіївського та інших лікувальних закладах.

Основною даної групи препаратів є композиція нативних біологічно активних білків і пептидів, разом з фітокомплексом, мінералами, мікроелементами й вітамінами, які забезпечують оптимальний синергічний ефект. Консервантом є мед гірських бджіл Криму.

Після спеціального резонансного тестування на апараті «Оберон» була визначена специфічна тропність препаратів до тканин, уражених туберкульозним процесом. Найбільш оптимальними препаратами є Біотроф 2.1 — фіто; Біотроф 4.0 — фіто; Біотроф 8 — фіто (при кістково-суглобовому туберкульозі). Препарати призначались ентерально, у вигляді ін'єкцій, аплікацій, електрофорезу, мікроклізм, тампонів або у поєднанні цих методів введення.

Багатолітні клінічні спостереження на кафедрі з додержанням правил доказової медицини на великій групі хворих з різними формами й локалізаціями туберкульозу показали, що під впливом такого комплексного лікування швидше зникали симптоми інтоксикації, розсмоктувались інфільтративні зміни, припинялось бактеріовиділення, не розвивалась вторинна резистентність, закривались порожнини розпаду, формувались незначні залишкові зміни, практично були відсутні або швидко усувались побічні реакції на етіотропні препарати.

Позитивна динаміка клініко-рентгенологічної симптоматики розвивалась на тлі нормалізації або покращення показників активності клітинного імунітету.

Поєднання методів введення препаратів дозволяє управляти реактивністю хворих, морфологією туберкульозного запалення та забезпечує виліковування в найбільш стислі терміни з мінімальними функціональними втратами та суттєвим економічним ефектом.

В. В. Соколов, В. Г. Гетьман

ІДЕОМЕДІАСТІНОСКОПІЧНЕ ЛІКУВАННЯ БРОНХОГЕННИХ КІСТ СЕРЕДОСТІННЯ: ОПИСАННЯ ДВОХ ВИПАДКІВ

Київська міська клінічна лікарня №17

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, м. Київ

Незважаючи на свою рідкість, бронхогенні кісти становлять до 25 % серед усіх кіст та пухлин середостіння. Тактика їх лікування варіабельна в різних установах: від спостереження до відкритої хірургічної резекції. При наявності показів до резекції, у теперішній час перевага надається мінімально інвазивному підходу з застосуванням відеоторакоскопії (ВТАС) в більшості торакальних відділень. Ми описуємо два перших випадки в російсько- та україномовній літературі вдалого відеомедіастиноскопічного (ВМСК) видалення бронхогенної паратрахеальної кісти середостіння в пацієнтки 53 років та фенестрації біфуркаційної кісти в пацієнтки 47 років з добрим віддаленням результатом. Перша пацієнтка направлена до відділення з виявленим утворенням середостіння при щорічній рентгенографії. Діагноз встановлений на основі комп'ютерної томографії (КТ) з довенним контрастуванням. Застосування ВМСК дозволило повністю відділити кісту від оточуючих структур середо-

стіння та видалити цілком. Друга пацієнтка звернулася зі скаргами на утруднення дихання та сухий кашель. Комп'ютерна томографія грудної клітки та бронхоскопія показала наявність біфуркаційної кісти з компресією каріни та обох головних бронхів зі звуженням їх отвору на 1/2. При ВМСК верхівка кісти була відділена від головних бронхів та правої гілки легеневої артерії та фенестрована. Її вміст був видалений, та порожнина оброблена 1,0 доксіцикліну. Післяопераційний період гладкий. При контрольній КТ грудної клітки через 6 місяців даних за рецидив кісти не було. На відміну від ВТАС, в обох випадках не було необхідності розкриття плевральної порожнини, її дренажування та проведення однолегеневої вентиляції. Термін знаходження в стаціонарі склав 3 доби. ВМСК може стати доброю альтернативою іншим методам лікування бронхогенних кіст середостіння. Для чіткого визначення показань та протипоказань для ВМСК їх резекції потрібні подальші дослідження.

П. П. Сокур, А. В. Макаров, Б. О. Крачук
ДІАГНОСТИКА ТА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ВРОДЖЕНИХ ВАД
БРОНХОЛЕГЕНЕВОЇ СИСТЕМИ

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ України

Вроджені вади розвитку бронхолегеневої системи є однією з найбільш складних відносно діагностики, патогенезу та лікування проблем сучасної пульмонології.

На сьогоднішній день серед пульмонологів немає єдиної точки зору щодо патогенезу різноманітних аномалій легень, їх класифікації, інформативності окремих діагностичних методів, показань до хірургічного лікування, його обсягу, строків операції, питань реабілітації оперованих хворих.

Метою даної роботи було визначення та впровадження найбільш інформативних методів та їх комбінацій для ранньої діагностики, вроджених вад бронхолегеневої системи, встановлення показань, його строків із застосуванням найбільш радикальних оперативних втручань, які дозволяють максимально зберегти хворому органи, покращити результати лікування та знизити інвалідність.

В клініці обстежені та прооперовані 1753 хворих з вродженими аномаліями бронхолегеневої системи, з них 65,5 % – діти і 34,5 % – дорослі.

Найбільше групу оперованих склали хворі з дизонтогенетичними бронхоектазами (759), простою гіпоплазією (275), солітарними бронхолегеневими кістами (263), кістозною гіпоплазією (198), полікістозом легень (94), синдромом Картегенера-Зіверта (50), вродженою лобарною емфіземою (45), секвестрацією легені (42), рідше — з вродженими трахео-, бронхостравохідними норицями (12), трахеобронхомалією (5), трахеобронхомегалією (3), ізольованими судинними аномаліями у вигляді артеріо-венозних аневризм (7), гіпоплазії легеневої судин (2), трахеальними бронхами (5) й дивертикулами бронхів (трахеї) (3).

З метою загальної діагностики вроджених вад легень застосовували найбільш оптимальні та інформативні методи дослідження з урахуванням індивідуальних особливостей, які доповнювали сучасними методами функціональних і бактеріологічних досліджень, імунології, клінічної генетики й патоморфології. Наведений діагностичний «арсенал» дозволяв встановити в більшості хворих правильний діагноз до операції, але в деяких випадках вроджену аномалію виявляли тільки під час операції.

Поряд з проведенням необхідних індивідуально визначених діагностичних методів усім хворим проводили консервативну протизапальну терапію, яка й була передопераційною підготовкою.

Залежно від виду виявленої вродженої вади 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 на трахеї, бронхах і легенях з мінімальною травматизацією тканин легень, які залишаються.

Таким чином, для діагностики аномалій розвитку бронхолегеневої системи необхідно застосовувати спеціальні методи діагностики, найбільш інформативними серед яких є трахеобронхоскопія, комп'ютерна томографія й ангіопульмонологія. Хворим з вродженими вадами органів дихання необхідно проводити хірургічне лікування в спеціалізованих торакальних центрах, де є великий досвід їх обстеження й лікування.

П. П. Сокур, Б. О. Кравчук
ПОВТОРНІ ХІРУРГІЧНІ ВТРУЧАННЯ У ДІТЕЙ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ОРГАНІВ ДИХАННЯ
ТА МЕЖИСТІННЯ

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ України

Висвітлено результати аналізу причин та характер повторних оперативних втручань у 80 дітей з патологією органів грудної клітки. Первинні операції виконувалися з приводу вроджених вад розвитку, неспецифічних хронічних захворювань легень, травм, пухлин бронхів, легень та середостіння.

Первинні оперативні втручання у 75 (89,3 %) хворих виконувалися в різних регіонах України. Термінові операції виконані в перші 12–72 години у 17 (20 %), а планово, в терміни від 1 місяця до 12 років після першої операції – у 67 (80 %) хворих.

З метою систематизації помилок, допущених під час виконання першого оперативного втручання, їх розділено на технічні та тактичні. До групи технічних помилок увійшли: недостатній гемостаз ранової поверхні паренхіми легень (при видаленні за сегментарним типом) та плевральних злук; прокол судин міжребер'я при ушиванні торакотомного доступу; неадекватне накладання механічного шва; залишення довгої та погіршеності при формуванні кукси бронху; нерадикальність оперативного втручання при пухлинах бронхів, легень та середостіння; похибки при ушиванні травматичних ушкоджень трахеї та бронхів. Інфікування плевральної порожнини, залишення

сторонніх предметів (серветки, марлеві тампони і т. ін.), неповне розправлення ателектазованих сегментів легені, неадекватне дренування плевральної порожнини, недотримання вимог та умов, які забезпечують повне розправлення легені після операції також зараховані до технічних помилок. Тактичними помилками були: неадекватна оцінка клінічного перебігу захворювання, формулювання завершального клінічного діагнозу на даних неповного або малоінформативного обстеження, неточне визначення терміну оперативного втручання, обсягу ураження та синтопічних відношень патологічного вогнища з органами та структурами. До тактичних помилок слід віднести спроби хірурга зберегти частково змінені ділянки легеневої паренхіми, інвазивно вражені пухлинним процесом органи та тканини. Проведений нами аналіз, з урахуванням опрацьованих критеріїв, дозволив виявити 34 (40,4%) технічні та 50 (59,6%) тактичних помилок, які призвели до недосконалості чи нерадикальності перших оперативних втручань.

Враховуючи виразність злучних процесів у хворих, що оперуються повторно, та пов'язані з цим технічні складності, застосування методу високочастотного електричного зварювання живих

тканин при повторних оперативних втручаннях дозволило зменшити об'єм інтраопераційної крововтрати, скоротити час опера-

тивного втручання та кількість післяопераційних ускладнень. Післяопераційна летальність — 1 (1,2 %).

І. В. Стовбан, Л. С. Малофій, М. М. Островський, М. П. Стовбан, Р. В. Заячук, Т. О. Грицина, Г. З. Корж, М. Й. Конюська, Л. А. Баблюк

ЗАДОВОЛЕНІСТЬ НАДАнням МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМИ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Мета дослідження: вивчити та оцінити задоволеність наданням медичної допомоги хворим на туберкульоз під час стаціонарного лікування.

Матеріали та методи. За розробленою програмою в 2010–2011 році проведено анонімне соціологічне опитування 450 хворих на туберкульоз у фтизіопульмонологічних диспансерах Івано-Франківської області.

Результати та їх обговорення. Важливим аспектом оцінки якості надання медичної допомоги хворим є задоволеність нею. Слід відзначити, що $39,56 \pm 2,31$ % опитаних, незалежно від статі та місця проживання, не задоволені її якістю. Така ситуація склалась за рахунок того, що основною причиною невдоволення якістю медичної допомоги більшість респондентів вважають недостатність уваги з боку медичного персоналу ($61,24 \pm 3,65$ %), і частка таких з віком зменшується з $47,83 \pm 10,42$ % у віковій групі 18–24 роки до $3,08 \pm 2,14$ % у похилому віці ($p < 0,001$). Мабуть, молоді люди більш вимогливі до медичного персоналу, на противагу, толерантнішим, старшим.

Значно рідше респонденти висловлювали невдоволення результатами лікування ($21,35 \pm 3,07$ %), рівнем кваліфікації медичного персоналу ($11,24 \pm 2,37$ %), якістю обстеження та лікування ($5,06 \pm 1,64$ %).

Звертає на себе увагу практично відсутність нарікань на високу вартість медичної допомоги. Очевидно, внаслідок повного державного фінансування лікування хворих на туберкульоз.

Особливого занепокоєння викликає й той факт, що $41,56 \pm 2,32$ % не довіряють своєму лікуючому лікарю. Адже всім відомо, що від довіри до лікаря значною мірою залежить, чи пацієнти дотримуються режиму лікування, виконують призначення, а зрештою — й сам результат лікування.

Висновок. Вказані особливості наданням медичної допомоги хворим на одну з найактуальніших соціально-політичних та медичних проблем суспільства на сучасному етапі під час стаціонарного лікування необхідно враховувати при науковому обґрунтуванні системи профілактики й реабілітації хворих на туберкульоз.

М. П. Стовбан, М. М. Островський, І. В. Стовбан, У. І. Шевчук-Будз, Т. О. Грицина, Г. З. Корж, І. Я. Макояда, І. М. Кострицька

ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ДЕСТРУКЦІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ ТКАНИНИ ПРИ ТУБЕРКУЛЬОЗІ ЛЕГЕНЬ ПІД ВПЛИВОМ ЧИННИКІВ СОЦІАЛЬНОГО СЕРЕДОВИЩА

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Мета дослідження: встановити особливості поширення соціально-психологічних чинників та обґрунтувати психологічну реабілітацію серед інвалідів внаслідок туберкульозу легень.

Матеріали та методи. Вирішення поставлених завдань здійснювалось шляхом медико-соціологічного дослідження репрезентативної групи 450 інвалідів внаслідок туберкульозу легень. Всіх обстежених було розподілено за статтю та місцем проживання та зведено в шість вікових груп. Дослідження проводилось на базах обласної медико-соціальної експертної комісії (МСЕК), фтизіопульмонологічної МСЕК, фтизіопульмонологічного центру м. Івано-Франківська, Городенківського, Косівського та Тисменицького протитуберкульозних диспансерів. Статистична обробка даних здійснювалась з використанням прикладних стандартних програм для Microsoft Excel.

Результати та їх обговорення. Оскільки проведено медико-соціологічне дослідження за дизайном належить до ретроспективних аналітичних, то з метою встановлення чинників ризику виникнення деструкції легеневої тканини була використана методика розрахунку показника відношення шансів. Для елімінації впливу вікового фактора на прогноз виникнення ускладнень розрахунок показника відношення шансів проводився з використанням методики стратифікаційного аналізу. Результати стратифікаційного аналізу дозволили математично довести, що вагоме місце серед чинників ризику розвитку деструкції легеневої тканини займають соціально-економічні та

побутові фактори. Так, низький рівень матеріального благополуччя підвищує шанси розвитку деструкції легеневої тканини майже в дев'ять разів — $OR = 8,89$; 95 % CI: 4,73–13,04; $p < 0,002$. Наведена оцінка фінансового добробуту є суб'єктивною, але підсилюється таким важливим чинником, як безробіття, яке також сприяє зростанню вказаних шансів у 2,8 рази ($OR = 2,80$; 95 % CI: 1,44–4,15; $p < 0,002$). Це в черговий раз підтверджує, що непрацюючі особи, як неорганізоване населення, несвоєчасно звертаються за медичною допомогою та не проходять медичні огляди, а тому й шанси виявити захворювання на пізніх стадіях у них значно вищі. За даними проведеного аналізу встановлено, що незадовільні умови проживання збільшують шанси розвитку деструкції легеневої тканини майже в шість разів ($OR = 5,91$; 95 % CI: 3,20–8,62; $p < 0,002$), а відсутність окремої кімнати серед респондентів у 2 рази ($OR = 1,88$; 95 % CI: 1,07–2,69; $p < 0,05$). Щодо соціально-психологічних чинників ризику, на збільшення шансів розвитку деструкції легеневої тканини достовірно впливають відчуття самотності ($OR = 5,53$; 95 % CI: 2,99–8,08; $p < 0,002$) та постійні стреси ($OR = 3,92$; 95 % CI: 2,19–5,64; $p < 0,002$). Як уже зазначалось, серед хворих на туберкульоз легень значно поширені шкідливі звички, а особливо алкоголізм. Результати стратифікаційного аналізу довели, що шанси розвитку деструкції легень та виділення мікобактерій туберкульозу (МБТ) у респондентів, які зловживають алкоголем, зростають майже в три рази — $OR = 2,81$; 95 % CI: 1,58–4,04; $p < 0,002$. Прогнозовано, що неякісне та недостатнє харчування, яке знижує імунітет хворо-

го, водночас збільшує шанси розвитку розпаду легень — $OR = 3,41$; 95 % CI: 1,87–4,94; $p < 0,002$ та $OR = 3,92$; 95 % CI: 2,49–6,67; $p < 0,002$ відповідно. Крім того, одержані результати щодо достовірних чинників ризику розпаду легень стало підґрунтям для розробки анкети визначення групи ризику розвитку деструкції легеневої тканини за соціальними чинниками. Запропонована анкета дає можливість виділяти три групи ризику, а методологію оцінки належності пацієнта до I, II чи III групи базувати на кількості наявних чинників ризику у нього.

Якщо хворий на туберкульоз відмічає в себе 8–10 чинників, що сприяють розвитку деструкції легень, то він належить до I групи ризику, а 5–7 та 2–4 — до II та III груп відповідно, а якщо пацієнт не вказує на наявність жодного чинника — то й відповідний ризик знижується до мінімуму.

Висновок. Даний розподіл хворих на туберкульоз по групах ризику розвитку деструкції легеневої тканини дасть підстави підвищити медичну та соціальну настороженість до них і, як наслідок, зменшити кількість деструкцій легеневої тканини.

Л. А. Суханова, И. А. Сиренко, О. Ю. Марченко, Н. М. Подопрігора, Е. А. Тютюнник, Е. Г. Худякова

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ У ДЕТЕЙ

Харьковская медицинская академия последипломного образования ОДИБ, г. Харьков

В настоящее время отмечается ежегодное снижение заболеваемости туберкулезом, вместе с тем регистрируется большое количество распространенных процессов с распадом и бактериовыделением. Высокой остается заболеваемость внелегочным туберкулезом детей, наиболее часто у детей из внелегочных форм туберкулеза встречается туберкулез внутригрудных лимфоузлов. Ввиду частой локализации процесса в средостении заболевание протекает под маской латентной туберкулезной инфекции, трудно диагностируется и неверно интерпретируется.

Цель исследования: определить особенности рентгенологических изменений у больных туберкулезом внутригрудных лимфоузлов.

Материал и методы исследования. Обследовано 34 больных впервые диагностированным туберкулезом внутригрудных лимфоузлов от 1 до 14 лет. Мальчиков — 17 (50 %), девочек — 17 (50 %). Диагноз туберкулез внутригрудных лимфоузлов был поставлен на основании данных клинико-рентгенологического исследования. Тесный семейный контакт с больным туберкулезом был установлен у 41,2 % пациентов, прерванный контакт — 8,8 %, у остальных 50 % контакт с больным туберкулезом не установлен. У 47 % детей заболевание развивалось на фоне выража туберкулиновых реакций, у 11,2 % лиц — через 2 года, у 41,2 % — на фоне инфицирования МБТ через 3 года. Из них у 11,8 % пациентов — выраженная чувствительность к туберкулину (15–16 мм) и у 20,6 % — гиперергическая. Из рентгенологических методик применялись обзорная рентгенография органов грудной клетки (100 %), томограмма срединный срез (100 %), компьютерная томограмма — КТ (47 %). Острое начало заболевания имело место у 17,6 % пациентов, инapperцептное — у 20,6 %, бессимптомное — у 61,8 %. Т.е. острое и инapperцептное начало заболевания было у 38,2 % больных. Диагноз туберкулеза внутригрудных лимфоузлов

поставлен на основании рентгенологических изменений, клинических данных (наличия контакта и его характера), и туберкулинодиагностики.

Результаты. Увеличение внутригрудных лимфоузлов определялось на основании прямых и косвенных рентгенологических признаков.

Увеличение внутригрудных лимфоузлов по данным обзорной рентгенограммы и томограммы через корень выявлено у 52,9 % детей — прямые признаки: видимость увеличенных лимфатических узлов. На обзорной рентгенограмме определялись увеличенные бронхопультмональные лимфатические узлы у 17,6 % пациентов, лимфоаденопатия по данным томографического исследования выявлена у 52,9 % лиц.

Увеличение внутригрудных лимфатических узлов по данным КТ установлено у 47 % лиц, которое не определялось на обзорной рентгенограмме и на томограмме.

Выявить увеличение внутригрудных лимфоузлов помогают второстепенные признаки, определяющиеся на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки: локальное или тотальное обогащение легочного рисунка (23,5 %), подчеркнутость тени средостения (73,5 %), изменение угла бифуркации трахеи (13 %), сужение главных бронхов (14 %), подчеркнутость бронхов (14,7 %), снижение структуры корня легкого (67,6 %), повышение интенсивности корня легкого (64,7 %).

Выводы. У 82,4 % больных отмечалось увеличение лимфатических узлов (паратрахеальных, трахеобронхиальных, бифуркационных, парааортальных, боталова протока), у 17,6 % пациентов — бронхопультмональных лимфоузлов.

У всех больных отмечались второстепенные признаки лимфоаденопатии.

Наличие второстепенных признаков увеличения внутригрудных лимфоузлов являются основанием для дообследования — назначения КТ и позволяет поставить правильный диагноз.

В. О. Сушко, Л. І. Швайко, К. Д. Бази́ка

РЕСПИРАТОРНІ ТА ІМУНОЛОГІЧНІ УРАЖЕННЯ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС У ВІДДАЛЕНОМУ ПІСЛЯАВАРІЙНОМУ ПЕРІОДІ

ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України», м. Київ

Чорнобильська трагедія, від якої минуло більше 27 років, стала найбільшою техногенною екологічною катастрофою в історії людства, наслідки якої продовжують впливати на життя й здоров'я населення. Однією з особливостей аварії на ЧАЕС

було надходження в навколишнє середовище й розповсюдження повітряно-пиловими потоками велетенської кількості радіоактивних речовин, що спричиняли зовнішнє й внутрішнє опромінення (у першу чергу інгаляційним шляхом) в малих

дозах великих контингентів населення.

Дослідженнями українських та російських вчених (1988–2008 роки) встановлено, що при комбінованій дії зовнішнього опромінення та інгаляції осколкової суміші радіонуклідів бронхо-легенева система стає однією з основних тканин мішеней, що в подальшому клінічно реалізується ХОЗЛ. Доведено наявність патоморфозу ХОЗЛ у учасників ліквідації наслідків аварії (ЛНА) на ЧАЕС. Зростання захворюваності на ХОЗЛ є важливою медичною й соціальною проблемою для постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС, в першу чергу серед учасників ЛНА на ЧАЕС 1986–1987 рр.

Комплексними клінічними та імунологічними дослідженнями протягом 2009–2012 років підтверджено, що ХОЗЛ у учасників ЛНА на ЧАЕС у віддаленому післяаварійному періоді має більш тяжкий перебіг у порівнянні з групою нозологічного контролю (НЗК). Рентгенологічне виявлення ознак пневмофіброзу та емфіземи також частіше спостерігалось у хворих на ХОЗЛ учасників ЛНА на ЧАЕС. Встановлено, що за результатами спірометрії в групі хворих на ХОЗЛ учасників ЛНА на ЧАЕС в порівнянні з групою хворих НЗК виявляється достовірне зниження максимальної об'ємної швидкості на рівні 75 % FVC (FEF_{75}), при відсутності змін середньогрупових значень інших об'ємних та швидкісних показників. При аналізі показників бодіплетизмографії в хворих на ХОЗЛ учасників ЛНА на ЧАЕС в порівнянні з групою хворих НЗК визначені значні достовірні порушення співвідношення легеневого об'єму (RV), внутрішнього об'єму повітря в грудній клітці (ITGV) та резервного об'єму видиху (ERV), що свідчить про більш виражені респіраторні порушення в учасників ЛНА на ЧАЕС внаслідок легеневої гіперінфляції та емфіземи легень.

Отримані нові дані про наявність дозової залежності між показниками респіраторної функції та дозою опромінення в діапазоні більше 500 мЗв у групі хворих на ХОЗЛ учасників ЛНА

на ЧАЕС у віддаленому періоді після опромінення. Про це свідчить достовірне зниження показників форсованої життєвої ємності легень (FVC) та FEF_{75} у учасників ЛНА з найбільшим ступенем відхилення в осіб опромінених в інтервалі доз більше 500 мЗв та достовірне зниження показника життєвої ємності легень (VC). FEF_{75} в основних групах учасників ЛНА на ЧАЕС та групі НЗК не відрізнялися, тоді як на рівні видиху 50 % FVC та 75 % FVC були вірогідно зниженими відносно групи НЗК. Доведено, що погіршення дифузійної спроможності легень (DLco) в групі учасників ЛНА на ЧАЕС хворих на ХОЗЛ є однією з характерних ознак впливу іонізуючого опромінення та інгаляційного впливу радіонуклідів аварійного походження, що також підтверджує більш тяжкий перебіг захворювання й відповідає більшій частоті виявлення ознак пневмофіброзу та емфіземи при рентгенологічному обстеженні. У хворих на ХОЗЛ в групах учасників ЛНА на ЧАЕС опромінених у дозових діапазонах менше та більше 500 мЗв встановлена дозова залежність змін клітинного імунітету, зокрема достовірне зниження числа CD3+ Т-клітин, переважно за рахунок CD8+ субпопуляції, у той час як число CD4+ клітин вірогідно було вищим в порівнянні з групою контролю в усьому інтервалі доз, зниження цитотоксичних CD3+16+56+ Т-лімфоцитів, підвищення CD3-16+56+ природних кілерів, та підвищення CD 3-19+ В-лімфоцитів, а також змін показників гуморального імунітету, що вказує на залежність імунного стану від поглинутої дози опромінення.

Визначено прямий зв'язок респіраторних порушень у хворих на ХОЗЛ з рівнем CD3+16+56+ цитотоксичних Т-лімфоцитів, а саме FEV_1 , FEF_{25} , FEF_{75} та DLco, що є підґрунтям тяжкого клінічного перебігу.

Таким чином, перебіг ХОЗЛ у учасників ліквідації аварії на ЧАЕС у віддаленому після аварійного періоді має низку клінічних, респіраторних та імунологічних особливостей, що потребують врахування при призначенні лікувальних та реабілітаційних заходів.

О. О. Тарасюк, А. В. Вербінець, В. М. Зав'ялкін, Р. Б. Павлій, Н. М. Мочевинська, О. М. Слесарчук

ТУБЕРКУЛЬОЗ ТА ЙОГО ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ

ДУ "Львівський науково-дослідний інститут епідеміології та гігієни МОЗ України"

В Україні на сучасному етапі спостерігається поступова стабілізація епідемічної ситуації з туберкульозу, проте, показники захворюваності та смертності ще знаходяться на епідемічному рівні: 67,2 та 15,3 на 100 тис. населення, відповідно.

Серед численних медико-біологічних факторів ризику виникнення та розвитку туберкульозного процесу особливу увагу привертає стан нервової системи пацієнта, зміни якої внаслідок хвороби є основою психологічних та поведінкових розладів у хворого.

З метою визначення психосоціальних особливостей хворих проведено анкетування методом інтерв'ювання 250 хворих на вперше діагностований туберкульозу легень та 60 практично здорових осіб.

Встановлення діагнозу "туберкульоз" для $89,1 \pm 2,0$ % пацієнтів стало потужним психотравмуючим фактором, стрес-

совим чинником, що викликав (за даними анкетного опитування) складну сукупність переживань: страх, депресію, відчай, тривожність, дратівливість.

Госпіталізація в зв'язку з туберкульозом сприймається хворим як черговий тяжкий стрес, який у $65,2 \pm 3,0$ % осіб супроводжується страхом перед довготривалим лікуванням, у $49,6 \pm 3,2$ % — інвалідизацією, у $61,6 \pm 3,1$ % — ізоляцією, у $39,6 \pm 3,1$ % — зниженням активності, у $60,4 \pm 3,1$ % — соціальними контактами.

Захворювання на туберкульоз у $46,4 \pm 3,2$ % осіб погіршило взаємовідносини з родичами та оточуючими, звузило коло інтересів у $39,6 \pm 3,1$ %, у $48,8 \pm 3,2$ % ставлення до них родичів змінилося на гірше, і жоден із хворих не зазначив, що ставлення родичів до них покращилось, у $37,6 \pm 3,1$ % осіб призвело до розпаду сім'ї, $31,2 \pm 2,9$ % — до змін життєвих планів, у $21,2 \pm 2,6$ % з'явилася поведінкова агресія, у $45,2 \pm 3,1$ % — неприхо-

ване бажання помститися суспільству за хворобу.

З розвитком захворювання в $77,6 \pm 2,6$ % осіб посилювся депресивний стан, у $65,6 \pm 3,0$ % підвищилась дратівливість, у $15,2 \pm 2,3$ % з'явилась схильність до асоціального способу життя, у $84,0 \pm 2,3$ % змінились мотивації та погляди як на матеріальні, так і на моральні цінності, $51,2 \pm 3,2$ % хворих вважають, що саме хвороба стала причиною погіршення їх соціального статусу.

Отже, сучасний підхід до терапії туберкульозу потребує комплексного вирішення проблеми за рахунок психологічного супроводу антимікобактеріальної терапії з врахуванням індивідуальних психосоціальних особливостей хворого.

Загальні принципи психологічного супроводу антимікобактеріальної терапії:

I. Психодіагностичний — виявити індивідуальні психосоціальні особливості хворого, характер психологічних порушень, домінуючі поведінкові розлади, мотивацію до лікування, перспективу на майбутнє.

II. Психокорекційний: а) адаптація та стабілізація психо-

емоційного стану хворого, формування позитивного ставлення до хвороби, трансформація агресії в соціально-прийнятливий форми поведінки;

б) відновлення та розвиток компенсаторних можливостей хворого, які сприяють подоланню психологічної кризи внаслідок хвороби, мобілізація психіки хворого на свідому боротьбу з туберкульозом.

Основним методом психологічної корекції негативного психологічного стану хворого є: бесіди-роз'яснення, де хворий пасивно сприймає інформацію й бесіди-діалог, де хворий активно бере участь в аналізі своїх розладів. Бесіди необхідно проводити як в індивідуальній, так і в груповій формі. При груповому проведенні психокорекційних заходів підбір групи необхідно здійснювати з врахуванням важкості клінічного процесу, при наявності бактеріовиділення доцільно використовувати індивідуальні форми роботи.

Особливо необхідно довести до хворого важливість своєчасного безперервного лікування, дотримання лікарняного режиму, впевненості у видужанні.

О. О. Тарасюк, Г. В. Шишка, В. Б. Ломницька, Б. Є. Мота

МЕТОД ПРОФІЛАКТИКИ УСКЛАДНЕНЬ БАКТЕРІАЛЬНОЇ ЕТІОЛОГІЇ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ В УМОВАХ ТЕХНОГЕННОГО ЗАБРУДНЕННЯ ДОВКІЛЛЯ

ДУ "Львівський науково-дослідний інститут епідеміології та гігієни МОЗ України"

У хворих на бронхіальну астму, які проживають на території вугільних басейнів, спостерігається зниження активності місцевих механізмів імунітету, в першу чергу, колонізаційної резистентності, не лише слизової оболонки носоглотки, а й іншого біотопу — слизової оболонки товстого кишечника. Проявом цього є заміщення індигенної мікрофлори умовно-патогенними мікроорганізмами, розширення їх спектру, поява видів, невластивих для досліджуваного біотопу, гіперколонізація слизової оболонки організму умовно-патогенними бактеріями. При цьому 93,7 % умовно-патогенних мікроорганізмів завдяки вираженій гістидиндекарбоксилазній активності, здатні синтезувати та нагромаджувати в біотопах організму хворих на бронхіальну астму високі концентрації гістаміну, який відіграє значну роль в патогенезі алергічних станів та сприяє розвитку бронхообструктивного синдрому. В той же час серед представників індигенної мікрофлори виявлена здатність до часткової деструкції гістаміну (в досліді *in vitro* спостерігалось зниження концентрації гістаміну на 46,7–58,4 %). Зниження активності місцевих механізмів імунітету в хворих на бронхіальну астму, що проживають в умовах техногенного забруднення атмосферного повітря важкими металами та сполуками сірки, є одним з етіологічних факторів розвитку ускладнень бактерійної етіології.

У зв'язку з вищенаведеним, особливого значення набувають розробки, спрямовані на зниження рівня імунологічних та дисбіотичних зрушень на слизовій оболонці організму в хворих на бронхіальну астму.

В основу розробки способу корекції мікроценотичних зрушень у хворих на бронхіальну астму покладено використання біологічно активного препарату — пребіотика „Лактофільтрум” в комплексі з біопрепаратом „Віта-Селен”. Препарат „Лактофільтрум” володіє здатністю стимулювати ріст лакто- та біфідобактерій, при антибіотикотерапії зберігати кількість індигенної мікрофлори в нормі, виводити продукти життєдіяльності й розпаду патогенних та умовно-патогенних

мікроорганізмів з організму та запобігає розвитку та рецидиву алергічних станів. Біопрепарат „Віта-Селен” підвищує активність імунної системи, особливо з врахуванням забруднення навколишнього середовища важкими металами.

Апробація запропонованого методу корекції дисбіотичних змін проведена в епідеміологічних дослідженнях на 60 волонтерах за їх інформованою згодою. Хворі протягом 1 місяця отримували пребіотик „Лактофільтрум” — по 2 таблетки 3 рази денно за 1 годину до їжі та біопрепарат „Віта-Селен” — по 1 таблетці 1 раз денно після їжі. Хворі з контрольної групи санації не підлягали. При первинному бактеріологічному обстеженні в хворих на бронхіальну астму в більшості випадків незалежно від біотопу спостерігався дисбіоз III ступеня. Дисбіотичні зміни II ступеня на слизовій оболонці верхніх дихальних шляхів склали 39,4 % та товстого кишечника — 26,6 %. Через 1–2 місяці після завершення санації виявлено зменшення кількості осіб з дисбіотичними змінами верхніх дихальних шляхів із 100,0 % до 80,0 % та товстого кишечника до 46,7 % з перевагою незначних мікроценотичних змін, що відповідали I ступеню дисбіозу — на слизовій оболонці носоглотки в 43,3 % та товстого кишечника в 30,0 %. Виразений дисбактеріоз (III ступінь) спостерігався в поодиноких випадках і склав 3,4 %. У осіб з контрольної групи повторне бактеріологічне обстеження не виявило суттєвих змін і показало, що мікроценотичні зрушення носять стійкий характер як на слизовій оболонці верхніх дихальних шляхів, так і товстого кишечника.

Проведені дослідження засвідчили ефективність розробленого методу превентивної терапії мікроекологічних порушень на слизовій оболонці організму хворих на бронхіальну астму, що проживають в умовах техногенного хімічного навантаження. Застосування цього методу дозволить знизити рівень захворюваності та зменшити ризик виникнення в хворих на бронхіальну астму ускладнень бактерійної етіології, в т. ч. і пневмоній.

С. І. Тарнавська, О. О. Шахова, І. У. Безрукова

ІМУНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФЕНОТИПІВ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД АЦЕТИЛЯТОРНОГО СТАТУСУ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці
Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Чернівці

Дослідження імунологічних особливостей бронхіальної астми (БА) з врахуванням індивідуальних генетичних особливостей організму дитини є актуальним завданням алергології, оскільки дозволить раціоналізувати індивідуальну протизапальну терапію.

Мета дослідження. З метою оптимізації комплексного лікування бронхіальної астми в дітей, дослідити імунологічні особливості перебігу atopічного та неатопічного фенотипів захворювання з врахуванням їх ацетиляторного статусу.

Матеріали та методи дослідження. Для досягнення поставленої мети проведено комплексне клініко-параклінічне та імунологічне обстеження I–II рівня з визначенням генетичного маркера — типу ацетилювання в 51 дитини шкільного віку, що страждають на БА. Залежно від фенотипу (наявність atopічного фенотипу встановлено за присутності обтяженого спадкового алергоанамнезу та позитивних шкірних реакцій з не бактеріальними алергенами) сформовано 2 клінічні групи: I група — 31 дитина з atopічною БА (середній вік — $11,7 \pm 0,6$ роки), II група — 20 дітей з неатопічною БА (середній вік — $12,0 \pm 0,4$ роки). За всіма ознаками групи спостереження були зіставленими.

Результати дослідження. Аналіз показників клітинної ланки імунної відповіді встановив, що в хворих із atopічним фенотипом бронхіальної астми (I група) показники індексу стимуляції еозинофілів (ICE) крові за результатами НСТ-тесту за наявності повільного та швидкого типу ацетилювання дорівнювали 1,03 у. о. та 1,3 у. о. ($p > 0,05$) відповідно. Показники ризику зниження ICE менше 1 у. о. за наявності швидкого типу

ацетилювання по відношенню до повільних «ацетиляторів» склали: відносний ризик — 1,3 [95 % ДІ: 0,9–1,7] при відношенні шансів — 1,7 [95 % ДІ: 0,9–2,9].

Серед дітей з неатопічним фенотипом бронхіальної астми показники індексу стимуляції еозинофілів (ICE) крові за результатами НСТ-тесту дорівнювали 1,1 у. о. ($p > 0,05$) за наявності повільного та швидкого типу ацетилювання відповідно та володіли низькою діагностичною цінністю.

Водночас, в хворих на неатопічну бронхіальну астму, враховуючи можливість нейтрофілопосередкованого запального процесу, нами досліджено показники індексу стимуляції нейтрофілів (ICH) крові за результатами НСТ-тесту, який при наявності повільного та швидкого типу ацетилювання дорівнював 1,7 у. о. та 1,3 у. о. ($p > 0,05$) відповідно. Проте, показники ризику перевищення ICH понад 1,3 у. о. за наявності повільного типу ацетилювання по відношенню до швидких «ацетиляторів» склали: відносний ризик — 1,4 [95 % ДІ: 1,1–3,9] при відношенні шансів — 2,1 [95 % ДІ: 1,2–4,8]. У дітей з atopічною бронхіальною астмою ICH мав низьку діагностичну цінність та суттєво не відрізнявся залежно від ацетиляторного статусу.

Висновки: 1. За наявності неатопічної форми бронхіальної астми повільний ацетиляторний фенотип асоціює з ризиком активації киснезалежної мікробіцидності нейтрофілів крові, що клінічно асоціює з більш тяжким перебігом хвороби.

2. Асоціація atopічного фенотипу бронхіальної астми та швидкого ацетиляторного статусу підвищували шанси виснаження киснезалежного метаболізму еозинофілів крові в 1,7 рази.

О. В. Тимошенко

ВЛИЯНИЕ ПЫЛЕВОЙ ПАТОЛОГИИ ЛЕГКИХ НА ФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМНОГО ПОТЕНЦИАЛА ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО ФАКТОРА РОСТА (TGF- β 1) НА КЛИНИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ КОНИОТУБЕРКУЛЕЗА В ИССЛЕДОВАНИИ POST MORTEM

ГУ "Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского"

Цель — в исследовании *post mortem* дать сравнительную топографическую характеристику уровня активной формы TGF- β 1 в различных сосудистых регионах у больных туберкулезом (ТВС) легких и кониотуберкулезом.

Материал и методы. Обследовано 33 умерших людей, которых разделили на три группы: 1-ю группу составили 14 умерших больных ТВС легких, 2-ю — 10 умерших больных кониотуберкулезом, 3-ю (контрольную) группу составили 9 внезапно погибших людей (травма, механическая асфиксия, скоропостижная смерть), у которых в ходе патолого-анатомического исследования не было выявлено прижизненной патологии бронхолегочной системы и сердца. Забор крови у всех умерших людей (смерть наступила с коротким агональным периодом) осуществлялся в интервале до 6 часов с момента смерти из сосудистых регионов: *v.subclavia*, *ventriculus dexter*, *ventriculus sinister*, *v.v.hepaticae*, *v.portae*,

v.mesenterica superior, *v.mesenterica inferior*, *v.v.pancreaticae*, *v.lienalis*, *v.cava inferior* до впадения печеночных вен (у места слияния *v.iliaca communis dextra et sinistra*). Содержание в сыворотке кадаверной крови активной формы TGF- β 1 определяли с использованием тест-системы "TGF β 1 E_{max} ImmunoAssay System" (Promega, США). С учетом фактора смертных изменений показателя (прогрессирующее снижение), расчет проводился в % к уровню цитокина "на периферии" — в *v.subclavia*, условно принятому за 100 овня TGF- β 1 в малом круге кровообращения: у больных кониотуберкулезом этот механизм реализуется без участия печени, а у больных ТВС — при участии печени. Общим патогенетическим механизмов для больных как 1-й, так и 2-й групп является участие сосудистого бассейна воротной вены и непарных органов брюшной полости в формировании повышенного уровня фактора роста в малом круге кровообращения.

О. А. Ткач, А. В. Вербінець, К. Д. Мажак, О. В. Павленко, В. М. Зав'ялкін, Р. Б. Павлій,
Н. М. Мочевинська, О. М. Слесарчук

ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА РОЗВИТОК ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ПРОЦЕСУ

ДУ "Львівський науково-дослідний інститут епідеміології та гігієни МОЗ України"

Зростання питомої ваги випадків вперше діагностованого туберкульозу легень, ускладненого ексудативним плевритом, обумовило необхідність визначення основних факторів, що сприяють виникненню та розвитку даного захворювання: епідеміологічних, соціальних, медико-біологічних. Статистичну обробку даних здійснювали за загальноприйнятим методом з використанням стандартних програм MS Excel.

Проведено ретроспективний аналіз 254 історій хвороб осіб з вперше діагностованим туберкульозом легень, ускладненим ексудативним плевритом. Епідеміологічний фактор ризику виникнення захворювання спостерігався в 55,4 ± 3,2 % хворих: побутовий контакт з хворим-бактеріовиділювачем мали 38,7 ± 4,0 % осіб, у місцях позбавлення волі — 16,7 ± 2,4 %.

Спостерігається несвоєчасне та пізнє виявлення захворювання — від 3 до 10 місяців, що свідчить про недостатній рівень роботи з активного виявлення туберкульозу, особливо серед непрацездатної частини населення — непрацюючих працездатного віку, пенсіонерів та осіб без постійного місця проживання. До 30,0 % хворих на туберкульоз виявлено при зверненні їх у заклади загальної лікувальної мережі зі скаргами різного характеру.

Аналіз результатів соціально-гігієнічного моніторингу свідчить, що серед обстежених пацієнтів переважали особи чоловічої статі — 68,7 ± 3,8 %, середній вік — 45 років, особи працездатного віку — 69,6 ± 3,8 %. Серед чоловіків найбільша питома вага припадала на безробітних — 70,0 ± 3,7 %, серед жінок — на пенсіонерів — 60,7 ± 4,0 %. За освітнім рівнем хворі розподілялися наступним чином: з середньою освітою 51,3 ± 3,2 %, середньою спеціальною — 44,6 ± 3,2 %, з вищою — 4,2 ± 1,3 %. Більшість осіб проживала в окремих квартирах — 58,0 ± 4,0 %, в окремому будинку 31,3 ± 3,8 % — це особи, що проживали в сільській місцевості, 0,7 ± 0,7 % — в гуртожитку, 10,0 ± 2,4 % осіб не мали постійного місця проживання. Окремою

кімнатою було забезпечено тільки 12,7 ± 2,7 % хворих. 90,7 ± 2,4 % осіб оцінювали якість свого харчування як неповноцінне. На момент захворювання постійне місце роботи мали 41,3 ± 4,0 %, безробітних було 39,3 ± 4,0 % осіб, 18,7 ± 3,2 % перебивались випадковою роботою. Серед працюючих 20,0 ± 3,3 % осіб займалися важкою фізичною працею. Матеріальний стан був незадовільним у 79,3 ± 3,3 % хворих. Для 35,3 ± 3,9 % джерелом існування була соціальна допомога.

Аналіз структури захворювання показав, що у хворих на вперше діагностований туберкульоз, ускладнений ексудативним плевритом, дисемінований туберкульоз займав 36,7 ± 3,9 %, інфільтративний — 58,6 ± 4,0 %, вогнищевий — 2,0 ± 1,1 %, фіброзно-кавернозний — 2,7 ± 1,3 %. Обмежений процес спостерігався в 49,6 ± 3,2 %, поширений — у 50,4 ± 3,2 % хворих. Частота підтвердження бактеріовиділення за результатами мазка й культуральним методом (M+ i K+) становить 41,9 ± 4,1 %, медикаментозна резистентність у 35,4 ± 3,1 % хворих. Деструкція в легеневій тканині діагностована в 75,4 ± 2,8 % хворих. Супутні захворювання спостерігались у 79,6 ± 2,6 % хворих. Відмічається високий рівень вживання алкоголю у хворих даної категорії — 69,6 ± 3,0 %, у 27,5 ± 2,9 % хворих діагностовано хронічний алкоголізм. Серед тих, хто регулярно вживав алкоголь, 71,3 ± 3,5 % осіб були бактеріовиділювачами, 34,7 ± 3,7 % були завчасно виписані зі стаціонару за зловживання алкоголем, не завершивши тривалий курс лікування. Протягом 15–20 років регулярно палили 52,1 ± 3,2 % осіб, не більше 10 років 34,2 ± 3,1 %. Раніше вживали наркотичні препарати 9,6 ± 1,9 % пацієнтів, хворих на активний туберкульоз легень, ускладнений ексудативним плевритом.

Встановлено кореляційний зв'язок між захворюваністю та епідеміологічним і рядом медико-біологічних та соціальних факторів.

Т. В. Тлустова

ЕФЕКТИВНІСТЬ АНТИРЕТРОВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗНИЙ МЕНІНГІТ

КЛПУ «Обласна клінічна туберкульозна лікарня», м. Донецьк

Мета дослідження: уточнити вплив антиретровірусної терапії (АРТ) на перебіг ВІЛ-асоційованого туберкульозного менінгоенцефаліту (ТМ).

Матеріали та методи. Обстежено 81 ВІЛ-інфікованого хворого на ТМ, що знаходились в стаціонарних відділеннях Донецької ОКЛЛ, період спостереження складав від 1 до 415 днів, медіана — 30 днів. АРТ було розпочато 35 особам, до призначення АРТ тривалість протитуберкульозного лікування складала від 14 до 190 доз, медіана — 60 доз, рівень CD4 коливався в межах від 4 до 667 кл/мкл, медіана — 38,5 кл/мкл. Групою порівняння служили 46 хворих на ВІЛ-асоційований ТМ, які одержували тільки протитуберкульозне лікування, рівень CD4 складав від 2 до 620 кл/мкл, медіана — 49,5 кл/мкл.

Результати та обговорення. Серед осіб, що отримували АРТ, протягом періоду спостереження померло 15 осіб, що складало 42,9 % або 83,8 випадків/100 пацієнто-років, серед пацієнтів, які знаходились тільки на протитуберкульозному

лікуванні, відповідні показники дорівнювали 76,1 % або 350,0 випадків/100 пацієнто-років. Отже призначення АРТ сприяло суттєвому зниженню показників летальності, відмінності між групами були статистично значущими з високим ступенем достовірності, $p < 0,003$.

За особливостями розвитку ВІЛ-асоційованого ТМ ми виділили три його варіанти, що мало значення для визначення тактики ведення хворих і прогнозу захворювання: ТМ, симптоми якого були дебютом туберкульозу (14 осіб); ТМ як прояв розвитку запального синдрому відновлення імунної системи (СВІС) після початку АРТ (16 осіб) та ТМ, який розвинувся на фоні протитуберкульозного лікування з приводу ТБ іншої локалізації (5 осіб).

У пацієнтів основної групи, в яких симптоми ТМ були першими проявами ТБ, найчастіше зустрічались дисеміновані форми легеневого туберкульозу; були відсутніми деструкції в легенях і бактеріовиділення, визначалася найбільша кількість

вмісту CD4-лімфоцитів та найбільш тривалий період від перших симптомів до моменту госпіталізації в спеціалізоване відділення. Клінічні ознаки генералізованого туберкульозу виявлялися приблизно в третини хворих. В цій групі померла 1 особа, тобто летальність складала 7,1 %, а при перерахунку на тривалість спостереження — 10,4 випадків/100 пацієнто-років. В групі порівняння, яку складали 20 осіб з ідентичним механізмом розвитку та схожими клініко-лабораторними характеристиками ТМ, але без АРТ, летальність дорівнювала 55,0 %, або 174,6 випадків/100 пацієнто-років. Таким чином, летальність в основній групі була відповідно в 7,7 та 16,8 разів нижчою, ніж у пацієнтів із групи порівняння, $p < 0,017$.

У пацієнтів з ТМ, який розвинувся внаслідок СВІС, захворювання починалося гостро, визначалася найвища питома вага осіб з ознаками генералізації туберкульозного процесу та ураженням декількох органів, часто визначалися деструкції в легенях (43,8 %) та бактеріовиділення (56,2 %), що свідчило, на наш погляд, про розвиток на фоні СВІС прогресування туберкульозного процесу у вигляді гострого міліарного туберкульозу. У

даних пацієнтів перебіг ТМ був злоякісним, і протягом стаціонарного періоду лікування померло 13 осіб із 16, що складало 81,3 %, або 282,6 випадків/100 пацієнто-років, отже показники летальності в даній групі наближалися до показників хворих, які отримували тільки протитуберкульозну хіміотерапію.

Серед хворих, в яких ТМ виник на фоні попереднього лікування з приводу туберкульозу інших локалізацій, бактеріовиділення було зареєстровано в 60,0 % осіб, і в 40,0 % встановлено мультирезистентність. В цій групі помер 1 хворий (20,0 %), летальність складала 27,0 випадків/100 пацієнто-років. Із 8 хворих групи порівняння з таким же механізмом розвитку й схожими клініко-лабораторними ознаками ТМ, але без АРТ, померло 6 осіб, або 75,0 %, летальність дорівнювала 230,8 випадків/100 пацієнто-років. Таким чином, летальність у даній групі була відповідно в 3,7 і 8,5 разів вищою, ніж серед хворих, хто отримував АРТ, $p < 0,002$.

Таким чином, призначення АРТ суттєво знижувало показники летальності серед ВІЛ-інфікованих хворих на ТМ, проте її ефективність залежала від механізмів розвитку захворювання.

Л. Д. Тодоріко, І. В. Єременчук, В. О. Черноус ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ГЕТЕРОЦИКЛІЧНИХ СПОЛУК ТА ІНДИВІДУАЛЬНИХ РЕЖИМІВ ХІМІОТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНОГО МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

У зв'язку з приростом первинної мультирезистентності у хворих на туберкульоз легень (ТБ), постають все нові завдання щодо удосконалення індивідуальних режимів хіміотерапії при лікуванні таких пацієнтів. Включення в програми лікування хворим на мультирезистентний туберкульоз (МРТБ), згідно уніфікованого клінічного протоколу, що базується на засадах доказової медицини, респіраторних фторхінолонів є цілком виправданим, однак, призначення ін'єкційних їх форм дасть можливість проводити стовідсотковий контроль за лікуванням, що в подальшому допоможе запобігти поширенню резистентної інфекції. Важливою задачею сучасної фтизіатрії залишається проблема синтезу нових бактерицидних препаратів, що дозволить покращити та удосконалити існуючі стандарти хіміотерапії, оскільки відзначається зростання штамів мікобактерій (МБТ) з полі-, мульти- та розширеною резистентністю до антимікобактеріальних препаратів (АМБП).

Мета роботи: проаналізувати ефективність нових синтезованих гетероциклічних сполук щодо їх дії на мікобактерії туберкульозу та оцінити ефективність індивідуального режиму хіміотерапії у хворих на вперше діагностований мультирезистентний туберкульоз легень.

Об'єкт дослідження: МБТ виділені від хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, 52 хворих на вперше діагностований мультирезистентний туберкульоз легень.

Профіль мультирезистентності штамів МБТ, виділених від бактеріовиділювачів характеризується стійкістю до двох основних хіміопрепаратів (HR) у 27,9 % випадках, до 3-х (HR+(S, Z, E, Et)) та 4-х (HR+(SE, SZ, ZEt)) АМБП відповідно в 28 %, до 5-ти (HR+(SEZ, SEEt)) у 16,3 % випадках. Аналіз порівняння стандартного та індивідуальних режимів при завершенні інтенсивної фази хіміотерапії довів, що ефективнішими виявилися індивідуальні режими за рахунок включення у схеми лікування ін'єкційних фторхінолонів 3–4 покоління (ZKLfEtCsPAS,

EAmPASTrzLfx, EAmMfx EtCs, EZKMfxEt), вірогідність достовірна ($p = 0,001$).

Проведений перший етап синтезу 22 гетероциклічних сполук та дослідження їх дії на МБТ. Використані МБТ, виділені з харкотиння хворих на вперше діагностований туберкульоз легень зі збереженою чутливістю до антимікобактеріальних препаратів. Враховуючи доведену протитуберкульозну активність ряду похідних імідазолу, нами проведений синтез нових хімічних сполук, які містять ізоніазидний та імідазольний фрагменти — N'-[(імідазол-5-іл)метил]ізонікотиногідрозидів. За рекомендаціями ВООЗ досліджували концентрації, при яких визначають стійкість МБТ до ізоніазиду: 1,0 мкг/мл, 0,2 мкг/мл, 0,1 мкг/мл та 0,05 мкг/мл.

Всього поставлено 250 проб з концентрацією сполук 1 мкг/мл (22 сполуки на 10 хворих (220) + 2 контролю на 10 хворих (20) з розведенням 10^{-2} та 10^{-4} (чисте середовище) + 1 пробірок на 10 хворих (10) з розчинником ДМСО) з концентрацією сполук 1 мкг/мл, 0,2 мкг/мл, 0,1 мкг/мл, 0,05 мкг/мл. Результати дослідження засвідчують, що за своєю протитуберкульозною дією нові синтезовані сполуки (кодовані під номерами II, IV, V, VI, VII) при концентрації в живильному середовищі 0,05 мкг/мл у 4 рази активніші, ніж використаний у ролі тест-об'єкта загальноновідомий препарат ефективний протитуберкульозний препарат з бактерицидною активністю — ізоніазид.

Таким чином, нові синтезовані сполуки можуть бути прототипами для створення високоефективних протитуберкульозних лікарських засобів і, зокрема, для лікування хіміорезистентних форм туберкульозу легень. Включення до програм індивідуальних режимів хіміотерапії при лікуванні вперше діагностованого мультирезистентного туберкульозу легень ін'єкційних фторхінолонів III–IV покоління вірогідно забезпечує 100 % біодоступність, контрольованість і покращує ефективність лікування у цілому.

Л. Д. Тодоріко
СИНДРОМ СИСТЕМНОЇ ЗАПАЛЬНОЇ ВІДПОВІДІ ПРИ ПОШИРЕНИХ ФОРМАХ
ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Синдром системної запальної відповіді (ССЗВ) — це універсальна генералізована захисна реакція організму у відповідь на дію пошкоджувальних чинників інфекційної та неінфекційної природи, що здолали локальні бар'єри. Запускає каскад запальних реакцій при туберкульозі легень (ТБЛ) інтерлейкін-6 (ІЛ-6), зростання рівня якого призводить до посилення синтезу та вивільнення печінкою спектру білків, так званих «реактантів гострої фази», які володіють чисельними захисними й компенсаторними функціями, які у сумі становлять суть синдрому системної запальної відповіді.

У хворих з поширеними клінічними формами ТБ легень мають місце чисельні й не завжди взаємопов'язані прояви синдрому ССЗВ, частина яких носить захисний характер, а частина відображає різні аспекти метаболічної декомпенсації. До останніх відносять закономірне наростання ендогенної інтоксикації, пригнічення синтезу монооксиду нітрогену, цитокіновий дисбаланс, зміни лейкоцитарного індексу інтоксикації. Очевидно, обидва явища пов'язані з присутністю МБТ в організмі. Наростання ендогенної інтоксикації при поширених формах ТБЛ відображає факт катаболічного спрямування процесів білкового метаболізму, що супроводжується поступовим виснаженням важливого механізму детоксикації — зниженням концентрації сироваткового альбуміну на тлі синдрому тиреоїдної дисфункції у вигляді «високого тироксину» та вірогідного зростання периферійної конверсії вільних тиреоїдних гормонів, що супроводжується достатньо високим вмістом кортизолу та низьким вмістом тиреотропного гормону (ТТГ) у хворих з поширеними формами ТБЛ. Підвищення рівня тироксину у хворих на поширені форми ТБЛ може бути пов'язане з недостатньою асиміляцією тироксину печінкою, прямим впливом на щитоподібну залозу продуктів розпаду легеневої тканини та життєдіяльності мікобактерій туберкульозу. Цей комбінований гормональний зсув у вигляді «патологічного еутиреоїдного синдрому» або як варіанту субклінічного гіпотиреозу носить стійкий характер, зберігається практично до кінця інтенсивної фази основного курсу хіміотерапії. Наростання глюкокорти-

коїдного та тиреоїдного дисбалансу, на тлі прогресування ССЗВ, свідчить про недостатню ефективність хіміотерапії у хворих на поширені форми ТБЛ.

ССЗВ у хворих на поширені форми ТБЛ супроводжується вираженою гострофазовою реакцією зі значним зростанням концентрації С-реактивного білку, що свідчить на користь запального процесу інфекційної природи.

Кореляційний аналіз досліджуваних показників та отримані взаємозв'язки показали, що реакція ендотелію й перебудова білкового обміну організму в сторону наростання катаболізму, що супроводжується високим рівнем вільного трийодтироніну на тлі зниження вмісту вільного тироксину у хворих на поширені форми ТБЛ були зумовлені самим фактом специфічної інфекції й не компенсувалися зростанням вмісту кортизолу. Вірогідно високий вміст кортизолу при поширених формах ТБЛ сприяє активації метаболізму та впливає на загальні обмінні процеси в організмі. Ймовірно, що зростання вмісту кортизолу сприяє зменшенню синтезу ТТГ в умовах виявленої нами гіпертироксинемії, що може зменшувати прояви субклінічного гіпотиреозу. Гіперкортизолемія є одним з регуляторів переключення конверсії тироксину у трийодтиронін за рахунок збільшення синтезу реверсивного трийодтироніну. Доведено, що тиреоїдні гормони модулюють активність дейодинази II, шляхом регуляції швидкості деградації або інактивації ферменту. Надмірно виражена гострофазова мобілізація захисних сил організму супроводжується виснаженням резервів детоксикації, що призводить до ряду негативних наслідків — розвитку анемії, гіперкоагуляційного синдрому тощо, що чітко залежали від поширеності і тяжкості запального процесу у легенях. Зсуви, що виявлені у хворих на поширені форми ТБЛ зі сторони імунітокінової та глюкокортикоїдної і тиреоїдної систем, як головних ендокринних механізмів регуляції адаптації організму до дії несприятливих чинників у хворих на ТБЛ й є важливими складовими формування ССЗВ, становлять проблему й, роблять актуальним питання щодо доцільності й шляхів корекції цього синдрому при проведенні комплексного лікування таких пацієнтів.

Э. В. Травина, А. А. Хренов

КЛИНИЧЕСКОЕ ФЕНОТИПИРОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ
ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Государственное учреждение "Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского", г. Симферополь

Важным направлением развития учения о хроническом обструктивном заболевании легких (ХОЗЛ) является дальнейшая расшифровка ассоциированных с дисбалансом цитокинового гомеостаза механизмов субклинического системного воспалительного ответа и патофизиологическое обоснование использования антицитокиновой терапии в качестве базисной терапии заболевания (George J. et al., 2006).

Общей целью исследования явилось научное обоснование целесообразности коррекции дисбаланса цитокинового гомеостаза в комплексной терапии больных ХОЗЛ, протекающей в сочетании с ожирением.

Содержание в плазме крови цитокинов определяли методом иммуноферментного анализа с использованием коммерческих

тест-систем. Установлено, что наличие избыточной массы тела (индекс массы тела (BMI) $\geq 30,0$) у больных ХОЗЛ (в сравнении с подобными больными с BMI 18,5–24,9) характеризуется статистически значимым углублением дисбаланса цитокинового гомеостаза — возрастанием уровня цитокина TNF- α (на 16,9 %), IL-1 β (на 15,5 %) и TGF- β 1 (на 27,9 %), а также отсутствием возрастания уровня лимфокина IL-4, что соответствует Th1-ассоциированному типу цитокинового дисбаланса и формирует условия для нарастания системного воспалительного процесса и прогрессирования фиброобразования. Сочетание тяжести состояния по индексу BODE, частых обострений и Th1-ассоциированного типа цитокинового дисбаланса можно расценить как особый фенотип ХОЗЛ у больных с избыточной массой тела.

В. М. Федосеева**КЛИНИЧЕСКОЕ ФЕНОТИПИРОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ У ЛИЦ С БУЛЛЕЗНОЙ ФОРМОЙ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ***Государственное учреждение "Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского", г. Симферополь*

Известно, что хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) — синдром, включающий группу обструктивных заболеваний, которые имеют сходные признаки, например ингаляционный источник повреждения, так и определенные различия, например механизмы развития заболевания и ответ на терапию (Reilly J.J., 2008). В этой связи идентификация и последующая группировка ключевых элементов бронхообструктивного синдрома в клинически значимые и полезные подгруппы ("фенотипы") позволят проводить более эффективную терапию у больных ХОЗЛ (Han M.K. et al., 2010).

Цель исследования — изучение потенциальных фенотипов ХОЗЛ и повышение эффективности дифференцированной терапии с учетом клинического фенотипирования бронхообструктивной патологии.

Обследовано 26 больных ХОЗЛ I–II степени тяжести и 18 больных ХОЗЛ с буллезной формой эмфиземы легких. Содержание в плазме крови и индуцированной мокроте цитокинов определяли методом иммуноферментного анализа с использованием коммерческих тест-систем.

Выявлено, что в отличие от больных ХОЗЛ с нормальным индексом массы тела (BMI), у больных ХОЗЛ со сниженным BMI и буллезной эмфиземой легких выявлено статистически значимое снижение уровня адипонектина, а также повышение уровня провоспалительного цитокина IL-8 в системном кровотоке и эндобронхиально (в индуцированной мокроте), что может свидетельствовать об участии дисбаланса цитокинового гомеостаза в прогрессии ХОЗЛ (возможно, путем формирования эндотелиальной дисфункции) и формировании особого фенотипа ХОЗЛ.

И. Г. Фелькер, О. В. Филинюк, Т. И. Петренко**ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СПЕКТРА ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ M.TUBERCULOSIS У БОЛЬНЫХ С НЕУДАЧЕЙ В ЛЕЧЕНИИ ПО ПРОГРАММЕ DOTS-PLUS***ФГБУ Новосибирский научно-исследовательский институт туберкулеза, Новосибирск, Россия**²ГБОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Минздрава России, Томск**ОГБУЗ Томская областная клиническая туберкулезная больница, Томск, Россия*

Введение. Наметившаяся в последнее десятилетие тенденция к стремительному росту как первичной, так и вторичной множественной лекарственной устойчивости возбудителя туберкулеза во всем мире, является индикатором неблагополучия эпидемиологической ситуации. В связи с этим, актуальным становится как количественный, так и качественный анализ спектра резистентности микобактерий туберкулеза (МБТ), а также выявление комбинаций устойчивости МБТ к противотуберкулезным препаратам (ПТП), ассоциированных с неудачей в лечении у пациентов с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя (МЛУ ТБ).

Материалы и методы. Нами было проведено ретроспективное когортное исследование, с использованием метода «случай-контроль», включающее 200 пациентов с МЛУ ТБ, полностью завершивших лечение в рамках программы DOTS-PLUS. Пациенты были разделены на две группы: у 100 больных была зарегистрирована неудача в лечении (основная группа) и 100 исследуемых эффективно завершили курс химиотерапии (контрольная группа).

Результаты. Бактериовыделение у исследуемых первой группы отличалось большей массивностью на всех этапах лечения ($p < 0,001$). С ростом массивности бактериовыделения по микроскопии мазка мокроты возрастала и вероятность негативного исхода (ОШ 17,33; 95 % ДИ 3,87–77,72). У больных с неудачей в лечении на начальном этапе чаще встречалась первичная лекарственная устойчивость МБТ к большинству ПТП: к пиразинамиду (14 % и 2 % соответственно, $p = 0,003$), офлоксацину (20 % и 6 % соответственно, $p = 0,005$), этионамиду (40 % и 7 % соответственно, $p < 0,001$), этамбутолу (56 % и 35 % соответственно, $p = 0,004$) и канамицину (70 % и 43 %

соответственно, $p < 0,001$). За время лечения до программы DOTS-PLUS происходило нарастание резистентности микобактерий к противотуберкулезным препаратам: к капреомицину в 2,1 раза ($p = 0,005$), к этионамиду — в 3,6 раза ($p < 0,001$), к офлоксацину — в 3,33 раза ($p = 0,003$), к пиразинамиду — в 4,7 раза ($p = 0,005$) и к ПАСК — в 2,6 раза ($p = 0,037$). Аналогично в первой группе увеличивалось и количество препаратов в спектре лекарственной устойчивости МБТ. В контрольной группе подобная динамика прослеживалась только в отношении офлоксацина. За время лечения пациентов до программы DOTS-PLUS резистентность возбудителя к 5 и более препаратам была зафиксирована у подавляющей части больных с неудачей в лечении ($p < 0,001$). В процессе DOTS-PLUS уже у 60 % больных с неэффективным исходом регистрировалась резистентность МБТ к 7 и более препаратам ($p < 0,001$). Прогностическое значение для негативного исхода терапии по программе DOTS-PLUS имела устойчивость МБТ к комбинациям ПТП первого ряда в сочетании с канамицином и этионамидом (ОШ 4,2; 95 % ДИ 1,71–10,27), при широком спектре лекарственной устойчивости МБТ (ОШ 3,92; 95 % ДИ 1,50–10,23) и при регистрации устойчивости к препаратам первого и второго ряда, с обязательной резистентностью к капреомицину, исключая антибиотики фторхинолонового ряда (ОШ 3,92; 95 % ДИ 1,50–10,23).

Заключение. В результате проведенного исследования выделены основные бактериологические предикторы формирования неудачи в лечении больных МЛУ ТБ, позволяющие уже на начальном этапе противотуберкулезной терапии прогнозировать неблагоприятный исход и применять меры коррекции лечебного воздействия по его предотвращению.

Ю. И. Фещенко, И. В. Зволь, М. А. Полянская, Н. И. Юхно
ВЛИЯНИЕ БУДЕСониДА В ЭФФЕКТИВНОМ ДОСТАВОЧНОМ УСТРОЙСТВЕ НА
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины», г. Киев

Цель исследования: изучить влияние будесонида Novolizer в монотерапии на функциональные показатели дыхания у больных с персистирующей бронхиальной астмой.

Материал и методы: в исследовании участвовали 40 больных персистирующей БА легкой и средней степени тяжести (ОФВ₁ (83,1 ± 3,1) % от должного): 20 — «стероид наивные», 20 — получали ИКС (в дозах эквивалентных будесониду 400 мкг и 800 мкг) в момент включения («стероидные»); 28 женщин и 12 мужчин в возрасте в среднем (50,7 ± 2,4) года, средняя длительность заболевания БА (9,5 ± 0,9) года. Будесонид (Тафен Новолайзер) назначали в суточной дозе 400 мкг и 800 мкг исходя из степени тяжести и текущего контроля астмы — у стероид-наивных больных в дозе 200 мкг 1 вдох 2 раза в сутки, у ранее принимавших ИКС — 8 пациентов — по 2 ингаляции (400 мкг) 2 раза в сутки; 12 пациентов — по 1 ингаляции (200 мкг) 2 раза в сутки в течение 3 месяцев.

Функция внешнего дыхания (ФВД) («Master Screen PFT» «Cardinal Health» (Germany) проводилась исходно, через 1, 2, 3, 4 недели, и к концу третьего месяца исследования. Исследовались показатели ОФВ₁, МОС₇₅, МОС₅₀, МОС₂₅, ПСВ.

Результаты: у всех больных исходно отмечались достаточно высокие показатели ФВД, средний ОФВ₁ составил (83,1 ±

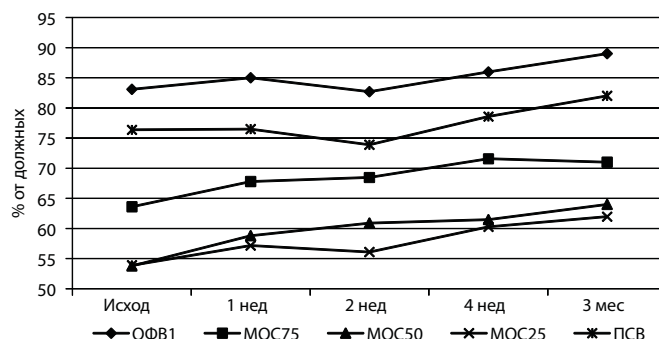


Рис. 1. Влияние будесонида на динамику показателей ФВД.

3,1) % от должных величин. В течение лечения отмечалась тенденция к увеличению ОФВ₁ от 83 до 88 %, а также бронхиальной проходимости на уровне мелких и средних бронхов, а в группе стероид-наивных пациентов к концу 3-го месяца достоверно увеличились ОФВ₁ и пикового объема скорости выдоха (рис. 1)

Вывод: Будесонид Novolizer в монотерапии улучшает функциональные показатели у больных персистирующей бронхиальной астмой.

Ю. І. Фещенко, Л. О. Яшина, С. М. Москаленко, О. В. Поточняк, В. В. Куц
ВПЛИВ АНТИДЕПРЕСИВНОЇ ТЕРАПІЇ НА ЯКІСТЬ СНУ В ПАЦІЄНТІВ З ХОЗЛ ТА СУПУТНІМ
ДЕПРЕСИВНИМ ЕПІЗОДОМ

ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины», г. Киев

ХОЗЛ — захворювання, якому притаманні системні прояви, яке з часом, особливо при тяжкому перебігу, сприяє розвитку супутніх захворювань, або більш тяжкому перебігу вже існуючих. Задишка, обмеження фізичної активності, поганий сон внаслідок ХОЗЛ, недостатньо помітна відповідь на лікування поряд з іншими можливими причинами призводять до виникнення депресивних епізодів у хворих на ХОЗЛ, що в свою чергу в ще більшій мірі посилює страждання хворих та погіршує їх якість життя. Поганий сон внаслідок хвороби — слабе місце як при ХОЗЛ, так і при депресивному епізоді й один з головних чинників погіршення якості життя. Тому ефективне лікування супутньої ХОЗЛ депресії здатне зменшити симптоми, запобігти чи сповільнити прогресування захворювання, підвищити функціонування й покращити якість життя. В даний час основним доведеним засобом вибору терапії депресії є антидепресанти, ефективність та результативність застосування яких підтверджені даними численних рандомізованих, плацебо-контрольованих досліджень. Більшість антидепресантів, як один із їх ефектів, покращують якість сну, змінюючи порушену в таких хворих архітектоніку сну в позитивному напрямку.

Мета: вивчити ефективність терапії агомелатину на архітектоніку сну в пацієнтів з ХОЗЛ та супутнім депресивним епізодом (ДЕ). Робота виконувалась за рахунок коштів державного бюджету.

Методи дослідження: в дослідженні приймали участь 30 (26 %) хворих з ХОЗЛ (розподілення за групами згідно GOLD А — 2, В — 11, D — 17 хворих), (чоловіків — 20, жінок — 10, серед-

ній вік (61,7 ± 1,9) роки, стаж захворювання (14,8 ± 1,1) років), із виявленим (PHQ-9 > 15) та підтвердженим консультацією психіатра депресивним епізодом. Усі пацієнти отримували базисну терапію ХОЗЛ відповідно до тяжкості захворювання та агомелатин у дозі 25 мг за 1 годину до сну протягом 12 тижнів. При обстеженні хворих використано методи суб'єктивного та об'єктивного дослідження, в тому числі полісомнографічне обстеження хворих (на візиті 1, 2 — через 2 тижні, 5 — через 12 тижнів лікування) за допомогою («Somnostar Pro», «Cardinal Health» (Germany)) з метою вивчення особливостей та впливу лікування за допомогою антидепресантів на архітектоніку сну.

Результати: перед початком дослідження в усіх пацієнтів були встановлені відхилення від норми в архітектоніці сну: скорочення III та IV стадії NREM фази сну до — (8,2 ± 2,5) % від загальної тривалості сну, подовження тривалості REM фази сну — (37,6 ± 3,6) % загальної тривалості сну, ефективність сну на початку лікування складала (67,9 ± 5,1) %. Через 12 тижнів лікування відмічена значна позитивна динаміка показників архітектоніки сну: подовжилась тривалість глибокого повільного сну, зокрема, III стадії сну (12,9 ± 2,0) % та VI стадії NREM фази сну (4,7 ± 1,5) % (p < 0,05) відповідно, скоротилась тривалість REM фази сну (23,3 ± 2,7) % (p < 0,001) та підвищилась ефективність сну — (77,3 ± 3,2) % (p < 0,05).

Висновки: застосування агомелатину в комплексній терапії ХОЗЛ з депресивним епізодом покращує архітектоніку сну, зокрема зменшує тривалість REM фази сну, підвищує тривалість глибокого сну та покращує ефективність сну.

Ю. І. Фещенко, Л. О. Яшина, С. Г. Іщук, О. О. Ваднєв ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ В ХВОРИХ НА ХОЗЛ З ГІПЕРКАПНІЄЮ

Державна установа "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України", м. Київ

Обґрунтування. З огляду на те, що саме легенева недостатність з гіперкапнією є прогностично несприятливим ускладненням ХОЗЛ, ми поставили завдання пошуку взаємозв'язків між показниками якості життя та результатами капнометрії в хворих на ХОЗЛ з тяжким та дуже тяжким перебігом.

Дана робота виконується з метою вивчити вплив порушень газообміну на параметри якості життя в хворих на ХОЗЛ. Робота виконана за рахунок коштів державного бюджету України.

Матеріали та методи. Обстежено 100 хворих на ХОЗЛ, проведено анкетування за допомогою опитувальника якості життя госпіталю святого Георгія та капнометрію (на комплекті для дослідження кардіореспіраторної системи "Охусон Про" фірми "Cardinal Health", Німеччина). Серед обстежених пацієнтів відібрано 13 хворих на ХОЗЛ III та IV стадій з високою (більше 5,5 %) концентрацією CO_2 наприкінці видиху (FETCO_2) та проведено кореляційний аналіз показників якості життя з FETCO_2 (за методом Пірсона, MS Excel, пакет Microsoft Office Professional 2007, ліцензія Russian Academic OPEN No Level № 43437596).

Результати. На рисунку показано, що зі збільшенням концентрації вуглекислого газу наприкінці видиху, що має місце при гіперкапнії, погіршуються показники якості життя: наростає рахунок балів всіх 4 доменів опитувальника якості життя госпіталю святого Георгія.

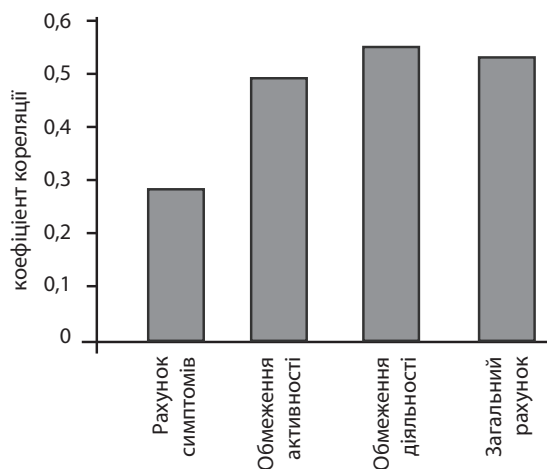


Рис. Коефіцієнти кореляції Пірсона (r) для концентрації CO_2 наприкінці видиху та показників якості життя.

Висновок. Серед досліджених показників якості життя обмеження діяльності та обмеження активності є категоріями, що при гіперкапнії погіршуються в найбільшій мірі з коефіцієнтом кореляції $r = 0,55$ та $0,49$ відповідно. Гіперкапнія є вагомим чинником формування інвалідності в хворих на ХОЗЛ.

Ю. І. Фещенко, Л. А. Яшина, І. В. Чумак ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРЫ СНА И ВЛИЯНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ЕЕ ФАЗ НА СЕРДЕЧНЫЙ РИТМ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ГУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», г. Київ

Цель исследования — выявить связь между нарушением ритма сердца и продолжительностью фаз сна у больных тяжелой бронхиальной астмой.

Материалы и методы исследования: обследовано 60 пациентов с тяжелой, частично-контролируемой БА (27 мужчин и 33 женщины в возрасте от 24 до 83 лет), FEV_1 — $(56,4 \pm 2,0) \%$. Пациентам были проведены холтеровский мониторинг ЭКГ с измерением нарушений ритма сердца и полисомнография, с измерением фаз сна.

Результаты исследования. У исследуемых больных была измерена продолжительность фаз сна: REM фаза составила $(21,5 \pm 3,0) \%$ от общего количества сна (норма 20–25 %). Были выявлены уменьшения III фазы сна $(12,5 \pm 1,7) \%$ и IV фазы сна $(0,6 \pm 0,2) \%$

(норма III–IV фаз в сумме 15–23 %). Холтеровский мониторинг выявил наличие суправентрикулярных экстрасистол за ночной период $(27,1 \pm 2,6) \%$, за сутки $(119,5 \pm 31,2) \%$. При проведении корреляционного анализа выявлено наличие статистически достоверной ($p < 0,05$) обратной связи между количеством суправентрикулярных экстрасистол за ночь и продолжительности IV фазы сна ($r = -2,634$) и между количеством суправентрикулярных экстрасистол за сутки с III фазой сна ($r = -2,245$).

Выводы. Снижение продолжительности III и IV фаз сна повышает риск возникновения суправентрикулярных экстрасистол, что свидетельствует о повышении риска аритмий и косвенно отражает повышение риска сердечно-сосудистых заболеваний у данной группы пациентов.

Г. С. Харченко-Севрюкова

ЗАХВОРЮВАННЯ ПАРОДОНТУ В ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ
ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Державна установа "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України", м. Київ

Мета дослідження: вивчити особливості захворювання тканин пародонту в хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ).

В дослідженні приймали участь 22 хворих (15 чоловіків і 7 жінок у віці від 40 до 79 років) на ХОЗЛ із тяжким перебігом (FEV_1 — $(31,6 \pm 2,1) \%$; FEV_1/FVC — $(35,6 \pm 3,4)$). Зворотність бронхообструкції (FEV_1) в пробі з бронхолітиком — $(3,9 \pm 0,5) \%$.

Методи дослідження: клінічні, рентгенологічні, функціональні — спірометрія на апараті "Master Screen PFT" фірми "Cardinal Health" (Німеччина), статистичні.

Щільність альвеолярної кістки (ЩАК) і втрату висоти альвеолярного відростку досліджували за допомогою багатозрізової комп'ютерної томографії (БЗКТ) яка проводилась на КТ сканері Aquilion TSX-101A "Toshiba" (Японія) з використанням ліцензійної програми Vitrea 2.

Результати дослідження. У всіх досліджуваних хворих на підставі клінічних симптомів, даних пантомограми і БЗКТ було діагностовано захворювання пародонту. При цьому в 5 (22,7 %) із 22 хворих визначена повна вторинна адонтія. Ці пацієнти мали знімні зубні протези. У інших хворих спостерігалась втрата значної кількості зубів і при дослідженні лікарем стоматологом діагностований генералізований пародонтит — у 12 (54,6 %) хворих — I ступеню і у 5 (22,7 %) — II ступеню.

Виміри втрати висоти альвеолярного відростку проводились тільки при наявності збережених зубів, де вдавалося диференціювати емалево-цементну частину зубу. Втрата висоти альвеолярного відростку в досліджуваних хворих складала $(4,8 \pm 1,2)$ мм, що свідчило про високу активність резорбтивно-деструктивних процесів у тканинах пародонту. Враховуючи наявність великої розбіжності між середніми, максимальними й мінімальними значеннями денситометричних показників, яка

пов'язана зі значною відмінністю структурно — функціональних змін у кістках щелеп, проводили дослідження ЩАК у декількох точках з урахуванням вищеперерахованих показників.

При дослідженні щільності альвеолярної кістки виміри проводили в трьох точках із правої й лівої сторони: 1 точка — між 1 і 2 зубом, 2 точка — між 3 і 4 зубом і 3 точка — бугор верхньої щелепи (ретромаларний простір), а при відсутності зубів — враховувались місця їх проекції (таблиця).

Таблиця.

Щільність альвеолярної кістки (од. Хаунсфілда (НУ))

Значення ЩАК	Права сторона			Ліва сторона		
	1 точка	2 точка	3 точка	1 точка	2 точка	3 точка
Середнє	$384,4 \pm 46,3$	$379,4 \pm 50,6$	$92,4 \pm 34,4$	$481,2 \pm 55,4$	$390,2 \pm 49,2$	$138,9 \pm 39,9$
Максимальне	$440,6 \pm 92,0$	$357,2 \pm 94,9$	$367,9 \pm 79,2^*$	$399,2 \pm 102,2$	$488,2 \pm 86,1$	$386,9 \pm 76,3^*$
Мінімальне	$-84,7 \pm 47,4^{\#}$	$-74,1 \pm 47,4^{\#}$	$-259,1 \pm 48,6^{\#}$	$40,3 \pm 60,9^{\#}$	$-39,9 \pm 49,6^{\#}$	$-165,6 \pm 60,1^{\#}$

* — різниця статистично значима порівняно з середнім значенням ЩАК ($p < 0,05$), $^{\#}$ — різниця статистично значима порівняно з середнім значенням ЩАК ($p < 0,001$)

Наявність низьких значень денситометричних показників ЩАК свідчила про виражені остеопоротичні зміни альвеолярної кістки, активні прояви резорбтивно-деструктивних процесів.

Висновки: При обстеженні хворих на хронічне обструктивне захворювання легень із тяжким перебігом були виявлені виражені резорбтивно-деструктивні захворювання тканин пародонту — генералізований пародонтит, остеопоротичні зміни альвеолярної кістки, у 22,7 % хворих — повна вторинна адонтія.

О. Л. Цимбаліста, Я. В. Семкович, М. Я. Семкович УСКЛАДНЕНА ПНЕВМОНІЯ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ: СПОСОБИ КОРЕКЦІЇ ВОЛЕМІЧНОГО СТАТУСУ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Ускладнені форми пневмонії та інші важко перебігаючі захворювання супроводжуються розладами кровообігу й обміну, характеризуються глибокими порушеннями гомеостазу. Інфузійна терапія (ІТ) була й залишається одним з основних інструментів впливу на гомеостаз при критичних станах різної етіології. Обстежено й проліковано 148 дітей, хворих на пневмонію, ускладнену токсичним синдромом і гнійним ендобронхітом. Дітей поділено на дві групи. Діти, яким проводилась стандартна терапія (Наказ №18 від 13.01.2005 МОЗ України "Протокол лікування пневмонії в дітей"), належали до групи порівняння. Діти, котрим в лікуванні проводили інфузійну терапію з використанням інфузійного коефіцієнта, склали основну групу. Токсичний синдром супроводжується гіперкатаболізмом, збільшенням витрат води шляхом перспірації, синдромом "сухих легенів", що вимагає в першу добу збільшення об'єму водного навантаження з корекцією поточних патологічних втрат (ППВ): $V = \text{ФП} \times 1,2 + \text{ППВ}$, де ФП-фізіологічна потреба; 1,2-інфузійний коефіцієнт. З другої доби лікування об'єми інфузійної терапії зменшуються: $V = \text{ФП} \times 1,1$. Дітям основної групи з гнійним ендобронхітом, через виражену експектораторію, ФП розраховували: $V = \text{ФП} \times 0,7 + \text{ППВ}$. Зважаючи на патогенетичні механізми нейроендокринної регуляції водно-електролітного обміну, на другу добу об'єм водного навантаження склав: $V = \text{ФП} \times 0,9$. Оцінюючи респіраторну функцію легень, виявлено зниження парціального тиску кисню капілярної крові (pO_2) в обох групах, однак, значно більше при токсичному синдромі ($p < 0,05$). Оцінка показників кислотно-лужної рівноваги при гнійному ендобронхіті дала змогу діагностувати компенсований респіраторний ацидоз. У дітей з токсичним синдромом спостерігається респіраторний алкалоз з компенсованим метаболічним ацидозом. Аналіз динаміки лікування токсичного синдрому дозволив встановити зростання насичення гемоглобіну киснем (SaO_2) у пацієнтів основної

групи через шість годин, на другу й третю доби лікування ($p < 0,05$). У групі порівняння SaO_2 тільки до другої доби лікування мала деяку тенденцію до зростання ($p < 0,05$). Застосування комбінованої терапії зумовило зростання pO_2 капілярної крові основної групи та з запізненням у дітей групи порівняння: на другу добу — до $(85,46 \pm 0,46)$ мм. рт. ст. ($p < 0,001$) і $(80,96 \pm 0,49)$ мм. рт. ст. ($p < 0,01$) та на третю добу — до $(91,09 \pm 0,27)$ мм. рт. ст. ($p < 0,01$) і $(85,14 \pm 0,30)$ мм. рт. ст. ($p < 0,05$) відповідно. Зменшення гіпервентиляції сприяло нормалізації парціального тиску вуглекислого газу капілярної крові (pCO_2) у всіх дітей з токсичним синдромом, однак, з вищими темпами в перші дві доби в ітей основної групи ($p < 0,001$). В результаті нормалізації газового складу крові вдітей з токсичним синдромом основної групи відмічено зменшення компенсаторної тахікардії на другу добу лікування ($p < 0,001$). Результати лікування дітей з гнійним ендобронхітом основної та групи порівняння встановили зростання SaO_2 через шість годин від початку терапії в основній групі ($p < 0,01$). На другу й третю добу SaO_2 досягає нормальних величин тільки в основній групі. Через шість годин від початку терапії pO_2 підвищився ($p < 0,001$) тільки у дітей основної групи. У дітей, які отримували запропоновану комплексну терапію, терміни лікування в відділенні анестезіології та інтенсивної терапії (ВАІТ) були коротшими. У хворих з гнійним ендобронхітом перебування у ВАІТ склало $(2,7 \pm 0,19)$ — в основній групі проти $(3,8 \pm 0,06)$ доби в групі порівняння ($p < 0,01$), а при токсичному синдромі — $(3,1 \pm 0,24)$ проти $(4,0 \pm 0,45)$ доби в основній і групі порівняння відповідно. З метою диференціації гнійного ендобронхіту та токсичного синдрому при пневмонії в дітей раннього віку доцільно визначати показники кислотно-лужної рівноваги. Використання інфузійної терапії з врахуванням інфузійного коефіцієнта дозволяє скоротити терміни перебування дітей, хворих на ускладнену пневмонію, у відділенні інтенсивної терапії.

О. Л. Цимбаліста, О. І. Гаврилюк ЕФЕКТИВНІСТЬ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ В ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ПНЕВМОНІЮ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

219 дітям (64,8 %) з клініко-рентгенологічною формою пневмонії та клінікою гнійного ендобронхіту, за показаннями, в перші дні з часу госпіталізації проводилась діагностично-санаційна бронхоскопія.

Аналізуючи результати бактеріологічного дослідження отриманого аспірату трахеобронхіального дерева, встановлено, що у 141 дитини (64,4 %) посів дав позитивний ріст, з них — 112 (79,4 %) у вигляді монокультури й 29 (20,6 %) — комбінації мікроорганізмів. Найчастіше висівали *St. pneumonia* (27,7 %), в тому числі в 12,1% випадків у комбінації з грибами роду *Candida*, *St. aureus* (22,0 %), включаючи 8,5 % в асоціації з *Candida*, *St. pyogenes* (12,1 %), *Moraxella cat.* (9,9 %), *Acinetobacter* (7,1 %). Рідше висівали *Kl. pneumonia* (6,4 %), *Ps. aeruginosae* (5,7 %).

З метою вивчення ефективності антибіотикотерапії при пневмонії в дітей, проведено аналіз антибіотикограм.

Чутливість *St. pneumonia* до цефалоспоринів III покоління різко знижена (цефтріаксону натрієвої солі — 76,9 %, цефтази-

диму — 84,6 %), в той же час відзначається висока чутливість до азитроміцину (97,4 %), інгібітор-захищених пеніцилінів — 97,4 %. Наростає резистентність до карбопенемів (5,2 %), причому повна резистентність у цих випадках становить 2,6 %. Досліджуючи антибіотикограму *St. aureus*, встановлено його стабільно високу чутливість у більшості випадків до карбопенемів (96,8 %), азитроміцину (96,8 %), інгібітор-захищених пеніцилінів (96,8 %). Наростає резистентність до цефепіму гідрохлориду (повна — 3,2 %, неповна — 9,7 %). У п'ятій частини дітей *St. aureus* резистентний до амікацину сульфату (19,4 %, з яких у 16,1 % випадків — повна резистентність). Важливо відмітити високу частоту росту випадків резистентності висяених мікроорганізмів з групи стрептококів (*St. pyogenes*) до цефалоспоринів III-IV покоління (цефтріаксону натрієвої солі — 29,4 %, цефтазидиму — 17,7 %, цефепіму гідрохлориду — 11,8 %, з яких повна резистентність спостерігається в 17,7 %, 11,8 % і 5,9 % випадків відповідно), амікацину сульфату (23,5 %, причому в половині з цих

випадків знаходимо повну резистентність), неповну резистентність до меропенему (5,9 %), азитроміцину (5,9 %). При цьому паралельно спостерігається висока ефективність імipенему (100 %), інгібітор-захищених пеніцилінів (100 %). Вивчаючи чутливість мораксели до протимікробних препаратів спостерігаємо резистентність до цефалоспоринов III покоління — цефтріаксону натрієвої солі (35,7 %), цефтазидиму (28,6 %), високу чутливість до імipенему (100 %) та інгібітор-захищених пеніцилінів (92,9 %). Спостерігається доволі висока резистентність до амікацину сульфату (14,3 %, з яких у 7,1 % — повна). Вивчаючи антибіотикограму *Kl. pneumoniae*, спостерігається стійкий ефект карбопенемів (100 %). Важливо відзначити низьку чутливість збуд-

ника до цефалоспоринов III покоління: цефтріаксону натрієвої солі, цефтазидиму (55,6 %). Має місце висока резистентність *Ps. aeruginosa* до більшості антибіотиків резерву: цефепіму гідрохлориду (25,0 %), карбопенемів (25,0 %).

Отже, основними збудниками пневмонії в дітей шкільного віку слід вважати *St. pneumoniae* (27,7 %) і *St. aureus* (22,0 %). Одночасно заслуговує на увагу порівняно висока частота висіву *Ps. aeruginosa* (5,7 %).

Незавжди обґрунтоване використання антимікробних препаратів при попередніх епізодах респіраторних інфекцій у дітей зумовило доволі високу резистентність до антибіотиків, зокрема, з групи резерву.

Н. В. Чаплинська

КЛІНІКО-РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВЕРХНЬО- ТА СЕРЕДНЬОЧАСТКОВИХ НЕГОСПІТАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЙ

ДВНЗ „Івано-Франківський національний медичний університет“

Мета дослідження: вивчити клініко-рентгенологічні особливості перебігу верхньо- та середньочасткових пневмоній.

Матеріал та методи дослідження. Проведено аналіз історій хвороб пацієнтів із негоспітальними пневмоніями (НП), які перебували в диференційно-діагностичному відділенні (ДДВ) обласного клінічного фтизіо-пульмонологічного центру (ОКФПЦ) з вересня по листопад 2012 року. Серед 56 хворих на НП у 21 (37,5 %) мали місце пневмонії нижньої частки, а у 35 (62,5 %) — пневмонії верхньої та середньої часток, які й відібрано для подальшого дослідження. Верхньочасткові пневмонії діагностовано у 21 хворого, середньочасткові — у 14 хворих. Середній вік пацієнтів становив $51,17 \pm 3,28$ років. Серед обстежених було 19 жінок та 16 чоловіків.

Результати дослідження та їх обговорення. З'ясовано, що у понад 30 % випадків верхньо- та середньочасткові НП характеризувалися поступовим початком та бідністю об'єктивної клінічної симптоматики захворювання. Такі показники загального аналізу крові, як кількість лейкоцитів та зсув лейкоцитарної формули вліво, мали достовірно ($p < 0,001$) низьку діагностичну цінність, а показник ШОЕ був більш інформативним.

До госпіталізації в ДДВ 6 (17,1 %) хворих розпочали антибактеріальну терапію (АБТ) в амбулаторних умовах, 9 (25,7 %) — в умовах стаціонарів за місцем проживання. Таким чином, 15 (42,9 %) хворих були скеровані в ДДВ ОКФПЦ через відсутність позитивної клініко-лабораторної і/або рентгенологічної динаміки в процесі лікування, решта — 20 (57,1 %) — у зв'язку з виявленими вогнищево-інфільтративними змінами в верхній і середній частках легень та настороженістю щодо туберкульозу при первинному рентгенологічному обстеженні.

Призначення антибактеріальних препаратів в умовах ДДВ проводилося відповідно до групи хворих на НП та з врахуван-

ням медикаментозної терапії на попередніх етапах (згідно Наказу МОЗ України №128 від 10.03.2007 року). Середня тривалість лікування хворих становила $13,48 \pm 0,90$ днів.

Після проведеного лікування в ДДВ більше половини (18 (51,4 %)) хворих виписані з повним розсмоктуванням легеневої інфільтрації, 8 (22,9 %) — з частковим розсмоктуванням та 9 (25,7 %) — з ознаками формування пневмофіброзу. У 8 (22,9 %) пацієнтів діагностовано затяжний перебіг пневмонії, що зумовлено наявністю і/або поєднанням таких факторів ризику як вік понад 50 років (6), хронічний бронхіт (2), бронхіальна астма (1), оперативні втручання на грудній клітці в анамнезі (1), серцева недостатність (2), гепатит (1), виразкова хвороба (1).

Висновки. У понад 50 % випадків, коли на первинному й вторинному рівнях надання медичної допомоги основна увага приділялася рентгенологічній картині, а саме верхньо- та середньочастковому розташуванню вогнищево-інфільтративних змін у легеневій тканині, що й зумовлювало підозру на туберкульоз, діагноз останнього не підтверджено. Тому слід пам'ятати, що локалізація процесу в легенях є тільки опосередкованою діагностичною ознакою.

Очевидною є цінність рентгенографії ОГК не лише в факті візуалізації пневмонічної інфільтрації, але і в оцінці динаміки патологічного процесу та підтвердженні видужання.

Доцільним вважаємо врахування наявності в пацієнтів факторів ризику можливого затяжного перебігу пневмонії, оскільки в таких випадках рентгенологічна картина «відстає» від клінічних проявів недуги. Це вимагає від лікаря динамічного спостереження та висококваліфікованої оцінки клінічних та рентгенологічних даних із подальшою своєчасною корекцією лікування, а також недопущення передчасності та поспішності висновків щодо специфічності процесу.

С. О. Черенько, О. А. Рева, О. М. Рекалова, С. Г. Ясир, Ю. О. Матвієнко
ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛЕЙКОЦИТАРНОГО ІМУНОМОДУЛЯТОРА В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ
ХВОРИХ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»

Мета дослідження: встановити вплив лейкоцитарного імуномодулятора на показники імунологічної реактивності та ефективність хіміотерапії хворих на мультирезистентний туберкульоз (МРТБ).

Матеріали та методи. Клініко-імунологічне контрольоване дослідження включало 36 хворих на мультирезистентний туберкульоз і туберкульоз із розширеною резистентністю. Розподіл хворих на основну та контрольну групи проводили методом підбору пар за характером туберкульозного процесу, профілем медикаментозної чутливості мікобактерій туберкульозу. У хворих основної групи на фоні інтенсивної фази хіміотерапії застосовували лейкоцитарний фактор переносу (18 осіб), у 17 хворих контрольної групи проводили лише хіміотерапію. В дослідженні застосовували лейкоцитарний імуномодулятор «Immodin», виробництва Севафарма (Чеська Республіка). Вивчали вміст в крові лейкоцитів та їх окремих популяцій, стан фагоцитарної ланки імунітету, вміст цитокінів в сироватці крові (TNF α , IL-4, IL-6, IL-2).

Результати та обговорення. В результаті комплексного лікування із застосуванням лейкоцитарного імуномодулятора у достовірно більшій кількості хворих на МРТБ досягнуто значного покращення за 2 місяці, що проявлялось зникненням клінічних симптомів, виразним розсмоктуванням інфільтративних змін в легенях, загосненням і регресією каверн — у 55,5 % хворих проти 22,2 % в контрольній групі ($p < 0,05$). В 11,1 % хворих не відмічено позитивної клінічної динаміки. Лейкоцитарний фактор переносу мав добру переносимість і не викликав будь-яких побічних реакцій протягом курсу застосування.

При обстеженні клітинної ланки імунітету у хворих на МРТБ обох груп до призначення імуномодулятора на фоні хіміотерапії встановлено вірогідне зменшення загальної кількості CD3 лімфоцитів ($(62,2 \pm 3,0) \%$ і $(63,1 \pm 2,8) \%$ проти $(71,5 \pm 0,8) \%$ у здорових осіб), кількості CD4 лімфоцитів ($(35,0 \pm 2,1) \%$ і $(36,3 \pm$

$1,9) \%$ проти $(41,2 \pm 0,9) \%$ у здорових осіб), збільшення кількості CD8 лімфоцитів ($(33,5 \pm 3,4) \%$ і $(36,7 \pm 2,7) \%$ проти $(25,5 \pm 0,6) \%$ у здорових осіб) зменшення показника імуnoreгуляторного індексу, певні ознаки активації В-системи імунітету, що проявлялось вірогідним підвищенням концентрації імуноглобуліну М порівняно зі здоровими ($(3,27 \pm 0,7) \text{ г/л}$ і $(3,5 \pm 0,4) \text{ г/л}$ проти $(2,2 \pm 0,2) \text{ г/л}$ у здорових осіб). Після курсу лікування лейкоцитарним імуномодулятором у хворих основної групи, на відміну від контрольної, відмічали вірогідні позитивні зміни з боку Т-ланки імунітету, які проявлялись збільшенням абсолютної кількості CD3 лімфоцитів, в основному, за рахунок абсолютної та відносної кількості їх Т-хелперної фракції — CD4 лімфоцитів ($(39,6 \pm 1,9) \%$ проти $(35,0 \pm 2,1) \%$ до лікування) з деякою тенденцією до зменшення кількості CD8 лімфоцитів ($(24,6 \pm 1,8) \%$ проти $(33,5 \pm 3,4) \%$ до лікування), що привело до статистично значимого зростання імуnoreгуляторного індексу й наближення його рівня до групи здорових ($(1,8 \pm 0,09) \text{ у. о.}$ ($1,4 \pm 0,1) \text{ у. о.}$), зниження концентрації IgM, який являється антиген-розпізнаючими рецепторами В-лімфоцитів ($(2,4 \pm 0,2) \text{ г/л}$ проти $(3,27 \pm 0,7) \text{ г/л}$ до лікування). Зменшення активності гуморальних реакцій у хворих на МРТБ і свідчило про зниження активності Т-хелперної відповіді за 2 типом. В контрольній групі зрушені показники не зазнали суттєвих змін. У всіх хворих МРТБ спостерігали підвищений рівень як прозапальних, так й антизапальних цитокінів протягом періоду спостереження (крім IL-6 у хворих основної групи після курсу лікування імуномодулятором — $(2,3 \pm 0,06) \text{ пг/мл}$ проти $(3,7 \pm 0,7) \text{ пг/мл}$ до лікування, значення показника у здорових осіб — $(2,1 \pm 0,1) \text{ пг/мл}$).

Лейкоцитарний фактор переносу позитивно впливає на імунологічні показники, сприяючи зменшенню імунологічних змін та нормалізації балансу Th1 / Th2-клітинної відповіді й підвищує ефективність лікування у 88,9 % хворих на мультирезистентний туберкульоз.

С. О. Черенько, С. Л. Матвієва

ВПЛИВ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЗМІН ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ НА ПЕРЕБІГ
ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ХІМІОТЕРАПІЇ

*ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»
Харківський національний медичний університет*

Мета роботи: оцінити вплив функціонального стану щитоподібної залози на перебіг туберкульозу легень та ефективність протитуберкульозної хіміотерапії.

Матеріали та методи: обстежено 150 хворих з вперше діагнованим туберкульозом легень. Всім хворим до початку лікування проведено ультразвукове дослідження ехоструктури щитоподібної залози за допомогою діагностичного апарату SSF-240A виробництва Toshiba Medical Systems з використанням лінійного датчика. У всіх хворих до початку лікування та через 2 місяці хіміотерапії методом хемілюмінесценції на аналізаторі AIA-600 (виробництва Японії, Toson Bioscience) досліджено рівні в системному кровообігу вільного тироксину, тиреотропного гормону гіпофізу та антитіл до тиреоглобуліну й тиреопероксидази паралельно з визначенням рівня утримання фактору некрозу пухлин-альфа, інтерферону-гамма, інтер-

лейкінів-2; -6; -4. Вивчалися кореляції між клінічним перебігом вперше діагнованого туберкульозу легень, функцією щитоподібної залози та даними цитокінами.

Результати та обговорення: більш ніж у половини (57,33 %) хворих на туберкульоз виявлені зміни ехоструктури щитоподібної залози. Зміни об'єму залози без порушення її структури виявлено в 30 хворих (20 %), з них в 21 хворого виявлена гіпоплазія щитоподібної залози (14 %) й у 9 — гіперплазія залози (6 %). Дифузна патологія щитоподібної залози без порушення її об'єму виявлена в 39 хворих (26,59 %). В 12 (8 %) хворих встановлено поєднання зміни об'єму щитоподібної залози з порушенням її структури: в 6 хворих (4 %) діагнована дифузна патологія у поєднанні з її гіперплазією й у 6 — дифузна патологія й гіперплазія (4 %). В 5 хворих виявлена вогнищева патологія в вигляді вузлових утворень різних розмірів (3,33 %)

і в 5 хворих — дифузно-вузлові зміни (3,33 %). Серед хворих з дифузною патологією в 15 змін структурі відповідали автоімунному тиреоїдиту (комірчаста структура з ділянками гіпо- і гіперехогенності — «мозаїчність», хвилясті контури), підтверджену присутністю в системному кровообігу антитіл до тиреопероксидази, з них у трьох хворих встановлений гіпотиреоз. У хворих на туберкульоз встановлено зниження рівня утримання вільного тироксину до низько-нормальних значень цього показника. При туберкульозі в поєднанні з тиреопатіями відзначено більш значне зниження рівня тироксину та підвищення рівня тиреотропного гормону гіпофізу. Продемонстровано підвищення рівнів утримання прозапальних цитокінів: фактору некрозу пухлин-альфа та інтерлейкіну-6 та зниження рівня протизапального інтерлейкіну-4 у всіх хворих на туберкульоз легень. Встановлені зміни більш виразні у хво-

рих на туберкульоз легень з тиреопатіями. Встановлена позитивна кореляція між рівнями тироксину, інтерлейкіну-6 та клінічною вагою туберкульозу. Також встановлено зниження функції щитоподібної залози під впливом протитуберкульозної хіміотерапії. Ефективність хіміотерапії у хворих на туберкульоз без тиреопатій вище в порівнянні з хворими на туберкульоз без тиреопатій, що підтверджено скороченням термінів припинення інтоксикації бактеріовиділення та загоєння каверн у хворих на туберкульоз без тиреоїдної патології.

Висновки: великий відсоток виявлених тиреопатій обґрунтовує необхідність скринінгу функціонального стану щитоподібної залози у хворих на туберкульоз для виявлення його прихованих порушень та їх корекції з метою відновлення цитокінової рівноваги та поліпшення наслідків протитуберкульозної терапії.

Ю. Ю. Чумак

О ЗНАЧЕНИИ КОМОРБИДНОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТА

ГУ «Луганский государственный медицинский университет», г. Луганск

В настоящее время более 300 миллионов населения планеты страдают бронхиальной астмой (БА), а к 2025 году их численность увеличится на 100 тысяч человек.

В последнее десятилетие отмечается высокий рост сочетанной патологии БА с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), а именно неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ), удельный вес которого среди всех заболеваний ЖКТ достигает 11–14 % по данным разных авторов. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости у пациентов с БА часто выявляются повышенная эхогенность и диффузная неоднородность паренхимы печени, что при дальнейшем исследовании приводит к заключению о наличии у пациента стеатогепатита печени.

Учитывая развитие оксидантного стресса, синдрома эндогенной метаболической интоксикации (СМИ) у пациентов выявляется синдром вторичного иммунодефицита. Вторичное иммунодефицитное состояние с дисбалансом Т-лимфоцитов хелперов II типа, СМИ, системное воспаление отмечены и у больных БА. Однако, особенности течения БА у больных с НАСГ, а также направления рациональной коррекции этой коморбидности нуждаются в тщательном изучении.

Таким образом, определение особенностей клиники и патогенеза коморбидности БА с НАСГ, а также выбор рациональной терапии является перспективным направлением внутренней медицины и пульмонологии.

О. Г. Чуменко, Е. В. Осацька, М. А. Афанасьєвська

ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ НА КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ, ПОЄДНАНОЇ З ХРОНІЧНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Луганський державний медичний університет

Міська лікарня № 8, м. Луганськ

Луганська обласна клінічна лікарня

Мета роботи: вивчити особливості клінічного перебігу бронхіальної астми (БА) в поєднанні з хронічним некалькульозним холециститом (ХНХ) на тлі терапії з додаванням тіотриазоліну (Тн) та атоксілу (Ат).

Матеріали та методи. Було обстежено 81 хворий на БА середньотяжкого перебігу в поєднанні ХНХ. Діагноз, ступінь тяжкості та обсяг терапії хворим із БА та ХНХ встановлювались згідно існуючим протоколам. При оцінці клінічних симптомів БА використовували астма-рахунок. Всім хворим проводилося спірометричне дослідження та ультразвукове дослідження (УЗД) печінки та жовчовивідних шляхів. За проведенням лікуванням хворі були розподілені на дві групи: зіставлення, до складу якої ввійшло 40 осіб, що отримували лише базисне лікування, та основну групу, яку склав 41 хворий, що додатково до базисної терапії отримували Тн в дозі 2,0 мл 2,5 % розчину внутрішньом'язово двічі на добу впродовж 10 днів та в той же

період Ат усередину по 1 чайній ложці 3 рази на добу між прийомами їжі та інших лікарських препаратів. Контрольну групу склали 32 здорові особи.

Результати та їх обговорення. До початку лікування всі клінічні, інструментальні та лабораторні показники досліджених хворих були порівняні між собою.

Після терапії із додаванням до базисних засобів Тн та Ат у пацієнтів групи порівняння респіраторний синдром усувався на 2 дні раніше, ніж в основній групі. Астма-рахунок у хворих групи порівняння був на 1,9 балів менше, ніж в основній групі.

Астено-невротичний синдром перед випискою відзначався в 22,6 % обстежених групи порівняння, що було менше, ніж в основній групі в 1,5 рази.

Диспепсичний синдром перед випискою із стаціонару в хворих групи порівняння зберігався в 19,4 % випадків, що було менше в 2,3 рази ніж у пацієнтів основної групи.

У спірограмах пацієнтів групи порівняння після завершення курсу лікування ті величини FEV_1 становила $(80,2 \pm 3,1) \%$ ($p < 0,05$), FVC — $(76,2 \pm 5,2) \%$, добові коливання PEF зменшилися й стали рівні $(19,7 \pm 1,5) \%$. Показник зворотності бронхіальної обструкції в тесті із сальбутамолом після лікування ті зменшився до $(18,3 \pm 1,2) \%$. У хворих із основної групи динаміка показників спірограми була менш повільною: FEV_1 у пацієнтів складав $(74,8 \pm 4,3)$, FVC — $(71,4 \pm 4,9) \%$, добова варіабельність PEF дорівнювала $(21,3 \pm 1,9) \%$, показник зворотності в тесті із β_2 -агоністом — $(21,5 \pm 2,1) \%$.

При проведенні УЗД у хворих групи порівняння збільшення його об'єму спостерігалось 22,6 % обстежених, що було на

17,4 % менше, ніж у пацієнтів основної групи. Скорочення жовчного міхура менш, ніж на 60 % після жовчогінного сніданку в пацієнтів із групи порівняння спостерігалось у 25,8 % випадків, що було в 2 рази менше ніж в основної групи.

Середня тривалість перебування в стаціонарі хворих групи порівняння була в 1,1 рази нижче, ніж у хворих основної групи.

Таким чином, лікування з додаванням до базисних засобів тіатриазоліну позитивно впливало на клінічний перебіг бронхіальної астми поєднаної з хронічним некалькульозним холециститом за рахунок позитивної динаміки проявів респіраторного, астено-невротичного та диспепсичного синдромів.

Н. С. Чурсіна, О. В. Корж

ЕФЕКТИВНІСТЬ АНТИРЕТРОВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА КО-ІНФЕКЦІЮ ТУБЕРКУЛЬОЗ/ВІЛ

*КЛПУ «Обласна клінічна туберкульозна лікарня» м. Донецьк
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького*

На сьогодні вважається, що раннє приєднання антиретровірусної терапії (АРТ) в пацієнтів з ко-інфекцією туберкульоз/ВІЛ сприяє зниженню летальності, особливо при рівні CD4, нижчому за 50 клітин/мкл. Повідомлення про вплив АРТ на ефективність лікування туберкульозу нечисленні й у ряді випадків суперечливі.

Мета дослідження: визначити ефективність приєднання АРТ до комплексної хіміотерапії туберкульозу у хворих на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ на стаціонарному етапі лікування.

Матеріали та методи. Обстежено 91 хворого на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ, котрий отримував АРТ у період знаходження у стаціонарних відділеннях Донецької ОКТЛ, і в яких кількість CD4 перед початком АРТ була нижчою за 200 кл/мкл (медіана — 37 кл/мкл). Період спостереження складав від 7 до 390 днів (медіана — 92 дні). У 12 осіб АРТ було призначено на догоспітальному етапі й туберкульоз (ТБ) розвинувся після АРТ, у 79 хворих діагноз ТБ був встановлений раніше, і дані особи почали отримувати противірусне лікування після або одночасно із прийомом протитуберкульозних засобів. Групу порівняння складали 58 пацієнтів, які не отримували АРТ, із кількістю CD4, меншою за 200 кл/мкл (медіана — 61 кл/мкл) і періодом спостереження від 7 до 209 днів (медіана — 73 дні).

Результати та обговорення. Із 12 хворих, які розпочали АРТ до розвитку ТБ, у 6 осіб захворювання виникло після 90 днів прийому антиретровірусних препаратів (АРП). Серед даних пацієнтів помер 1 (16,7 %), проте смерть була пов'язана з розвитком лімфоми. В інших 6 осіб ТБ розвинувся в перші 43 дні АРТ, що дозволило розглядати його, як асоційований із запальним синдромом відновлення імунної системи (СВІС). Серед даних осіб від прогресуючого перебігу туберкульозу померло 2 особи, або 33,3 %. Загалом із 12 пацієнтів даної групи 8 осіб (66,7 %) успішно закінчили інтенсивну фазу (ІФ) лікування та були переведені у підтримуючу фазу (ПФ), 1 хво-

рий (8,3 %) був переведений до 4-ї категорії в зв'язку з мультирезистентністю, і 3 особи (25,0 %) померли. Із 79 хворих, які розпочали АРТ після діагностування ТБ, померло 15 (19,0 %), у тому числі від запального СВІС — 9 (11,4 %) осіб. Причиною смерті в 12 із 15 померлих осіб було прогресування туберкульозу (80,0 %). Успішно завершили ІФ та були виписані на амбулаторне лікування 47 хворих (59,5 %), 1 пацієнт (1,3 %) закінчив повний курс лікування, 10 хворих (12,7 %) було переведено до 4-ї категорії через виявлення мультирезистентності, у 3 випадках (3,8 %) відбувся відрив від лікування й 3 пацієнти продовжили лікування за місцем проживання.

Із загальної кількості хворих, що перебували на АРТ, деструкцію в легенях визначено в 25 випадках (27,5 %), бактеріовиділення за мазком — у 19 (20,9 %). На фоні лікування протягом періоду спостереження закриття порожнин розпаду відбулося у 6 хворих (24,0 %), абацилірування за мазком відзначено у 12 бактеріовиділювачів (63,2 %), середній термін абацилірування досягав $(63,1 \pm 5,1)$ днів. Летальність складала 19,8 % (18 осіб) або 66,7 випадків/100пацієнто-років.

В групі порівняння завершили ІФ та були виписані на амбулаторне лікування 28 осіб (48,3 %), 9 пацієнтів продовжили лікування за місцем проживання (17,2 %), у 6 пацієнтів відбувся відрив від лікування і 5 хворих переведено до 4-ї категорії через мультирезистентність. Протягом стаціонарного етапу лікування деструкції в легенях закрилися у 2 випадках із 16 (12,5 %), бактеріовиділення за мазком припинилося у 13 випадках із 18 (72,2 %), середній термін абацилірування складав $(59,6 \pm 5,1)$ днів. Летальність дорівнювала 17,2 % (10 осіб), або 88,5 випадків/100 пацієнто-років.

Висновки. Призначення АРТ у період стаціонарного лікування хворих на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ не впливало на показники летальності, частоту та терміни абацилірування, проте сприяло загоєнню порожнин розпаду.

О. С. Шальмін, О. М. Разнатовська

ОСОБЛИВОСТІ ЦИТОКІНОВОГО ПРОФІЛЮ У ХВОРИХ НА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТИПУ СПЕЦИФІЧНОГО ПРОЦЕСУ

Запорізький державний медичний університет

Мета: виявити особливості цитокінового профілю у хворих на хіміорезистентний туберкульоз легень (ХРТБ) в залежності від типу специфічного процесу.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження цитокінового профілю проводили на початку лікування в 60 хворих на ХРТБ. Значення аналогічних показників порівнювали з такими в 30 здорових добровольців. Середній вік хворих на ХРТБ склав $(42,6 \pm 1,6)$ років. Чоловіків було 47 (78,3 %), жінок 13 (21,7 %). За типами специфічного процесу хворих на ХРТБ на вперше діагностований туберкульоз легень (ВДТБ) було 24 (40,0 %), з рецидивами специфічного процесу (РТБ) — 18 (30,0 %) та з хронічним процесом (ХТБ) — 18 (30,0 %).

Дослідження рівнів інтерлейкінів IL-2, IL-6, IL-4, IL-10 та туморнекротичного фактору альфа (TNF- α) у сироватці крові проведено методом твердофазного імуноферментного аналізу за допомогою наборів "Ani Biotech Oy, Origenium Laboratories Busines Unit" (Finland), пкг/мл. Результати дослідження оброблені сучасними методами аналізу на персональному комп'ютері з використанням статистичного пакету ліцензійної програми «STATISTICA® for Windows 6.0» (Stat Soft Inc., № AXXR712 D833214FAN5).

Результати та їх обговорення. Серед клінічних форм переважав інфільтративний туберкульоз — у 32 (53,3 %), ($\chi^2 = 12,9$; $p < 0,005$). Дисемінований встановлено в 12 (20,0 %), фіброзно-кавернозний — в 16 (26,6 %). Деструктивний процес у легенях та бактеріовиділення діагностовано у всіх хворих (100,0 %). Встановлено профілі резистентності МБТ: монорезистентність — у 8,3 %, полірезистентність — у 35,0 %, мультирезистентність — у 26,7 %, розширена медикаментозна резистентність — у 30,0 %.

При аналізі цитокінів виявлено вірогідне зростання TNF- α при ВДТБ у 52,2 рази ($p < 0,02$), при РТБ — у 53,3 рази ($p < 0,02$), при ХТБ — у 19,5 рази ($p < 0,005$); IL-6 при ВДТБ у 28,3 рази, при РТБ — у 24,0 рази ($p < 0,005$), при ХТБ — у 11,9 рази ($p < 0,005$);

IL-2 при ВДТБ у 2,7 рази ($p < 0,04$), при РТБ — у 1,6 рази, при ХТБ — у 3,2 рази ($p < 0,05$); на тлі підвищення IL-4 при ВДТБ у 3,5 рази, при РТБ — у 1,6 рази та IL-10 при ВДТБ у 8,9 рази, при РТБ — у 6,4 рази ($p < 0,02$), при ХТБ — у 4,7 рази ($p < 0,05$). У хворих на ХТБ: TNF- α був вірогідно нижчим по відношенню до ВДТБ та РТБ у 2,6 та в 2,7 рази, відповідно; IL-6 в 2,4 рази по відношенню до РТБ; IL-2 — в 1,9 рази по відношенню до РТБ.

Про стан балансу раннього й пізнього прозапальних цитокінів до протизапальних дозволив судити розрахунок коефіцієнтів TNF- α /IL-10 та IL-6/IL-10. Встановлено, що незалежно від типу процесу в усіх хворих спостерігався дисбаланс цитокінів з переважанням продукції TNF- α .

Проведено аналіз кореляційних зв'язків між цитокінами. Встановлено вірогідно високі прямі кореляційні зв'язки при ВДТБ між TNF- α та IL-6 ($r = 0,689$; $p < 0,001$), IL-4 ($r = 0,675$; $p < 0,001$) та IL-10 ($r = 0,696$; $p < 0,001$); IL-6 й IL-4 ($r = 0,991$; $p < 0,001$) та IL-10 ($r = 0,996$; $p < 0,001$); IL-4 та IL-10 ($r = 0,993$; $p < 0,001$). При РТБ між: TNF- α та IL-6 ($r = 0,899$; $p < 0,001$), IL-4 ($r = 0,934$; $p < 0,001$) та IL-10 ($r = 0,930$; $p < 0,001$); IL-6 й IL-4 ($r = 0,869$; $p < 0,001$) та IL-10 ($r = 0,877$; $p < 0,001$); IL-4 та IL-10 ($r = 0,956$; $p < 0,001$). При ХТБ між: TNF- α та IL-10 ($r = 0,488$; $p < 0,05$); IL-6 та IL-10 ($r = 0,944$; $p < 0,001$). Так, при всіх типах визначалась вірогідно висока сильна пряма кореляція між раннім і пізнім прозапальними цитокінами (TNF- α і IL-6) й протизапальними цитокінами (IL-4 і IL-10).

Висновки. У всіх хворих на ХРТБ переважав гуморальний тип імунітету. Найбільш глибокі порушення зафіксовано серед хворих з ВДТБ та РТБ з найвищими показниками TNF- α , IL-6 та IL-10, вираженим дисбалансом цитокінів з переважанням продукції TNF- α , вказуючи не лише на переважання гуморального імунітету, але й на прогресування активності специфічного процесу. У хворих на ХТБ прогресивне зниження TNF- α вказувало на утворення фокального некрозу та поширення фіброзу.

О. С. Шальмін, Р. М. Ясінський, О. А. Растворов
КОНЦЕНТРАЦІЯ α_1 -АНТИТРИПСИНУ У ПЛАЗМІ КРОВІ ХВОРИХ НА ВІЛ/СНІД-АСОЦІЙОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Запорізький державний медичний університет

Одним із головних інгібіторів протеїназ крові є α_1 -антитрипсин (α_1 -АТ). Активний туберкульоз легень супроводжується підвищенням рівня α_1 -АТ, який є маркером прогресуючого перебігу туберкульозу легень. Високий рівень α_1 -АТ свідчить про наявність вираженої протеолітичної агресії. В той же час подальше зниження рівню α_1 -АТ вказує на несприятливий перебіг туберкульозу в результаті розвитку дефіциту захисних механізмів.

Мета роботи. Визначити рівні α_1 -АТ у хворих на вперше діагностований туберкульоз та рецидив туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів та встановити особливості його розподілу в залежності від перебігу ко-інфекції, клініко-лабораторних та рентгенологічних показників при ко-інфекції.

Матеріали та методи. Обстежено 51 пацієнта, які лікувалися в Запорізькому обласному протитуберкульозному клінічному диспансері та 18 практично здорових осіб. Хворих роз-

поділено на 4 групи. 1 групу склали 19 хворих на вперше діагностований ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз легень (ВДТБ/СНІД), 2 групу — 17 хворих на вперше діагностований туберкульоз легень (ВДТБ), 3 — 7 пацієнтів з рецидивом туберкульозу при ко-інфекції (РТБ/СНІД), 4 — 8 хворих на рецидив туберкульозу (РТБ). Використовували клінічні, рентгенологічні, мікробіологічні, лабораторні та біохімічні методи досліджень. Ступінь інтоксикації визначали за клінічними (загально-інтоксикаційні симптоми) та біохімічними показниками: рівнями тимолової проби, сіромукоїдів, С-реактивного білку, ревматоїдного фактору, АСЛО, альбуміну та білкових фракцій. Рівні CD₄⁺-клітин та α_1 -АТ визначали методом імуноферментного аналізу. Для визначення α_1 -АТ використовували набір Immundiagnostik. Статистичну обробку матеріалів проводили з використанням програми Statistica Stat soft inc 8.0.360.

Результати дослідження. Встановлено підвищені рівні

α_1 -АТ у хворих всіх груп порівняно з контролем: $527,8 \pm 75,6$ мг/дл при ВДТБ/СНІД ($p < 0,0005$), $470,9 \pm 71,1$ мг/дл при ВДТБ ($p < 0,001$), $405,1 \pm 97,5$ мг/дл при РТБ/СНІД ($p < 0,01$) та $509,8 \pm 125$ мг/дл при РТБ ($p < 0,005$) проти $221,2 \pm 16,8$ мг/дл при контролі.

У пацієнтів з ВІЛ/СНІД-асоційованим туберкульозом при вираженому інтоксикаційному синдромі рівень α_1 -АТ перевищував показник хворих зі слабо вираженою або відсутньою інтоксикацією: $607,4 \pm 77,7$ мг/дл проти $282,1 \pm 47,6$ мг/дл відповідно ($p < 0,01$).

Виявлено відмінності у рівнях α_1 -АТ залежно від поширеності туберкульозного ураження. При поширеному ураженні легеневої тканини концентрація α_1 -АТ становила $756,4 \pm 136,4$ мг/дл і перевищувала таку при обмеженому туберкульозі — $334,5 \pm 68,2$ мг/дл ($p < 0,01$). У випадках поширеного ураження

з деструкціями спостерігалася тенденція до зниження концентрації α_1 -АТ — $498,1 \pm 93,4$ мг/дл.

Встановлено зв'язок між концентрацією α_1 -АТ в плазмі крові та рівнем CD_{4+} -клітин ($r = +0,8$; $p < 0,05$). Достовірна різниця в рівнях α_1 -АТ хворих з ко-інфекцією з рівнем CD_{4+} -клітин менше 100 порівняно з іншими пацієнтами: $319,6 \pm 32,7$ мг/дл проти $612,1 \pm 85,8$ мг/дл ($p < 0,05$).

Висновки. При ВІЛ/СНІД-асоційованому туберкульозі легень зростає концентрація α_1 -АТ в плазмі крові пацієнтів, переважно при вираженому інтоксикаційному синдромі та поширеному туберкульозному ураженні. При вираженому імунodefіциті та появі розпаду в легенях відбувається зниження концентрації α_1 -АТ, що свідчить про виснаження компенсаторних можливостей організму.

О. С. Шевченко, О. І. Чопорова

ІНДИВІДУАЛІЗАЦІЯ КОМПЛЕКСНОЇ АНТИМІКОБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ЗА ДАНИМИ ВНУТРІШНЬОПЕЧІНКОВОЇ РЕОВАЗОГРАФІЇ

Мета: проаналізувати вплив змін внутрішньопечінкової гемодинаміки (ВПГ) на переносимість та ефективність лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень (ВДТЛ). Для цього були співставлені результати реовазогепатографічного обстеження (РВГО), частота токсичних й алергічних побічних реакцій (ПР) та ефективність лікування хворих на ВДТЛ.

Матеріали й методи. Під спостереженням було 89 хворих на ВДТЛ, переважно з інфільтративною формою у фазі розпаду, чоловіки (87 %), середній вік ($39,3 \pm 4,7$) років, які отримували стандартну антимікобактеріальну терапію (САМТ). Проаналізовано мікробіологічні й рентгенологічні методи оцінки ефективності лікування, а також клінічні ознаки та лабораторні маркери переносимості терапії.

Результати та їх обговорення. За даними РВГО виявлено два типи порушень ВПГ. У 41 (46,0 %) пацієнта виявлена гіпокінетична дистонія судин печінки (ДСП), у 32 (36,0 %) пацієнтів — гіперкінетична ДСП, причому перший тип порушення ВПГ відповідав більшій активності ВДТЛ. Ймовірність виникнення ПР на фоні САМТ залежала від стану ВПГ. Токсико-алергічні ПР при гіперкінетичній ДСП виникали у ($15,60 \pm 0,06$) % хворих, що в 2,1 рази частіше ($p < 0,05$), ніж при гіпокінетичній ДСП. Токсичні реакції виникали при гіпокінетичній ДСП у ($26,82 \pm 0,07$) % хворих, що в 1,5 рази частіше ($p < 0,05$), ніж при гіперкінетичній ДСП. Алергічні реакції виникали при гіперкінетичній ДСП у ($21,80 \pm 0,07$) % хворих, що у 1,5 рази частіше ($p < 0,05$), ніж при гіпокінетичній ДСП. Встановлено, що зміни ВПГ впливають на ефективність САМТ: при гіпокінетичній ДСП вилікуван-

ня туберкульозу легень досягнуто майже в 2 рази менше, ніж при гіперкінетичній ДСП. Найбільш інформативними показниками РВГ для оцінки ураження судинного русла печінки є інтервал В-Д (час максимального кровонаповнення печінки), ПТСД (периферійний тонус судин середнього та дрібного калібру), As/Ad (співвідношення амплітуд анакроти/катакроти реографічної хвилі).

Висновки: У 46 % хворих на вперше діагностований туберкульоз легень виникає гіпокінетична дистонія судин печінки, у 36 % хворих — гіперкінетична дистонія цих судин. Перший тип дистонії судин печінки відповідає більшій вираженості бронхолегеневих ознак і симптомів інтоксикації, занедбаності туберкульозного процесу.

Гіперкінетична дистонія судин печінки сприяє виникненню токсико-алергічних й алергічних побічних реакцій, а гіпокінетична дистонія судин печінки сприяє розвитку токсичних побічних реакцій на фоні антимікобактеріальної терапії.

Ефективність лікування хворих на вперше виявлений туберкульоз легень при гіпокінетичній дистонії судин печінки в 2 рази менша, ніж при гіперкінетичній дистонії цих судин, що потрібно враховувати при складанні індивідуального режиму комплексної терапії.

4. Найбільш інформативними показниками реовазогепатографії є інтервал В-Д (час максимального кровонаповнення печінки), ПТСД (периферійний тонус судин середнього та дрібного калібру), As/Ad (співвідношення амплітуд анакроти/катакроти реографічної хвилі).

**М. М. Шило, Р. А. Рожанський, М. Л. Ординський, О. Р. Малеш, Л. К. Голубченко ,
М. Б. Монастирський, Р. Б. Джула, З. М. Джула**

ПОЛІМОРФІЗМ ПАРАМЕТРІВ ІМУНОЛОГІЧНОЇ РЕАКТИВНОСТІ ОРГАНІЗМУ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ДІТЕЙ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПАРОДОНТА, МЕШКАНЦІВ РАЙОНІВ ЕКОЛОГІЧНОГО ЗАБРУДНЕННЯ

*Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького
Комунальний заклад "Рівненський обласний протитуберкульозний диспансер"
Комунальний заклад "Обласний дитячий туберкульозний санаторій "Новостав"*

В останні десятиріччя спостерігається значне зниження якості здоров'я населення, в тому числі й за рахунок вираженої поліморбідності. До таких поліморбідних станів можна віднести розвиток патології пародонта у хворих на туберкульоз. Особливої актуальності проблема поєднаної патології набуває в умовах сучасної епідемічно несприятливої ситуації щодо туберкульозу. В процесах розвитку патології пародонта найбільш обґрунтована роль мікробних й імунних механізмів, а їх перебіг залежить від факторів резистентності. Тому вивчення основних факторів місцевого й загального імунітету при патології пародонта у хворих на туберкульоз являється актуальною проблемою.

Метою роботи стало вивчення показників імунологічної реактивності організму при захворюваннях пародонта у хворих на туберкульоз дітей, мешканців радіаційно забруднених внаслідок аварії на ЧАЕС північних районів Рівненщини. Проаналізовані показники імунологічної реактивності організму в 72 дітей 12–15-ти річного віку із захворюваннями пародонта на тлі клінічних форм первинного туберкульозу, серед яких у 61 (84,5 %) дитини виявлено хронічний катаральний гінгівіт (I-а група), а у 11 (15,3 %) — локалізований пародонтит. Контрольну групу склали 20 практично здорових дітей з інтактним пародонтом. У дітей з локалізованим пародонтитом встановлено зниження загальної кількості Т-лімфоцитів ($32,9 \pm 1,0$ %), а в обстежених з хронічним катаральним гінгівітом це зниження було менш вираженим ($41,4 \pm 1,3$ %) при нормі ($52,5 \pm 2,6$ %), ($p < 0,05$). Функціональна активність Т-лімфоцитів (РБТЛ з ФГА) у хворих з локалізованим пародонтитом становила ($33,8 \pm 1,3$ %), а в дітей з хронічним катаральним гінгівітом — ($48,3 \pm 1,4$ %) при нормі ($74,3 \pm 2,7$ %), ($p < 0,05$). Специфічна реактивність організму до туберкуліну (РБТЛ з ППД) у дітей I й II-ої груп стано-

вила ($3,8 \pm 0,2$ %) і ($3,5 \pm 0,3$ %) при нормі ($2,0 \pm 0,2$ %), ($p < 0,05$). Кількість В-лімфоцитів складала ($25,7 \pm 0,8$ %) у дітей I-ої групи й ($20,6 \pm 0,6$ %) у дітей II-ої групи, ($p < 0,05$). У групі дітей з локалізованим пародонтитом рівень IgA перевищував величину норми в 1,7 рази — ($392,7 \pm 12,4$) мг/дл проти ($226,5 \pm 15,4$) мг/дл, ($p < 0,05$), а в дітей з явищами гінгівіту рівень IgA був в 1,3 рази вище, ніж у здорових осіб ($305,6 \pm 10,5$) мг/дл проти ($226,5 \pm 15,4$) мг/дл, ($p < 0,05$). Рівень IgG у дітей I-ої групи перевищував показники норми в 1,6 рази ($1879,2 \pm 27,3$) мг/дл при нормі ($1204,8 \pm 23,4$) мг/дл, ($p < 0,05$), а в дітей з гінгівітом — в 1,3 рази — ($1528,4 \pm 23,4$) мг/дл, ($p < 0,05$). Вміст IgM у дітей обох груп визначався нижче показника в здорових осіб. Встановлено підвищений вміст імуноглобуліну класу E більше, ніж в 2 рази в дітей з пародонтитом — ($315,7 \pm 10,5$) МО та в 1,5 рази в дітей з катаральним гінгівітом — ($262,6 \pm 15,5$) МО при нормі ($175,5 \pm 15,0$) МО, ($p < 0,05$). Рівень ЦІК у дітей обстежуваних груп перевищував показники у здорових осіб, але більш виражено це зростання спостерігалось в дітей з локалізованим пародонтитом — ($188,4 \pm 12,6$) у. о. проти ($78,5 \pm 10,5$) у. о. або в 2,4 рази; в дітей з катаральним гінгівітом це зростання становило ($152,4 \pm 16,5$) у. о. проти ($78,5 \pm 10,5$) у. о. або в 1,9 рази. Встановлено зростання титру мікробних антитіл більше, ніж у 3 рази в дітей з локалізованим пародонтитом ($15,3 \pm 1,4$) од. опт. щлн. та в 2 рази — в дітей з катаральним гінгівітом ($10,7 \pm 1,4$) од. опт. щлн. при нормі ($5,7 \pm 1,9$) од. опт. щлн.

Таким чином, виявлені порушення показників імунологічної реактивності організму віддзеркалюють взаємозв'язок між станом імунологічної реактивності організму й запальним ураженням тканин пародонта та вказують на пригнічення як клітинної, так і гуморальної ланок імунітету в дітей з патологією пародонта на тлі клінічних форм первинного туберкульозу.

М. М. Шило

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ХВОРОБ ПАРОДОНТА В ДІТЕЙ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД КЛІНІЧНИХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Екологічне забруднення довкілля виявляє негативний вплив на погіршення здоров'я населення України, в тому числі дитячого. Значну загрозу здоров'ю людей несуть ксенобіотики, серед яких особлива роль належить радіонуклідам, якими внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС забруднена значна частина території України. Наслідки аварії на ЧАЕС виявляють свій негативний вплив як на загальносоматичний, так і стоматологічний стан здоров'я населення. Негативний вплив на розвиток запальних захворювань пародонта виявляє також поєднана дія загальних та місцевих факторів на тлі зміненої реактивності організму, викликаній соматичною патологією.

Метою роботи було вивчення поширеності запальних хвороб пародонта в дітей шкільного віку, які проживають на радіаційно забруднених територіях, в залежності від клінічних

форм туберкульозу. Дослідженнями було охоплено 150 (100 %) хворих на туберкульоз дітей, серед яких 93 (62,0 %) - були мешканцями забруднених радіонуклідами внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС північних районів Рівненської області (основна група). Групу порівняння склали 57 (38,0 %) хворих на туберкульоз дітей з радіаційно незабруднених (умовно чистих) районів цієї ж області. В якості контролю обстежено 55 практично здорових дітей віком від 6 до 17 років. У хворих основної групи патологію пародонта виявили в 82 ($88,17 \pm 5,62$) % обстежених, у хворих групи порівняння — в 46 ($80,70 \pm 4,56$) %, що у 3,0 рази більше, ніж серед дітей контрольної групи — 12 ($21,82 \pm 4,12$ %), ($p < 0,05$). Обстежувані обох груп були розподілені на 3 підгрупи в залежності від клінічних форм туберкульозу: діти з групи підвищеного ризику захворювання на

туберкульоз; діти з клінічними формами первинного туберкульозу; діти підліткового віку з вторинними формами туберкульозу легень. У дітей з групи підвищеного ризику захворювання на туберкульоз патологію пародонта констатовано в $(80,96 \pm 4,8) \%$ обстежених основної та $(75,0 \pm 4,1) \%$ групи спостереження; при клінічних формах первинного туберкульозу — в $(89,28 \pm 5,2) \%$ обстежених основної групи та $(83,34 \pm 4,9) \%$ групи порівняння; у хворих з клінічними формами вторинного туберкульозу легень — у $(90,91 \pm 5,6) \%$ обстежених основної та $(82,61 \pm 4,8) \%$ групи порівняння. З віком у хворих на туберкульоз дітей обох груп обстеження частота ураження тканин пародонта збільшувалася незалежно від форми туберкульозу. Так, якщо у віці 6–8 років в інфікованих МБТ дітей патологія пародонта зустрічалася в $(14,29 \pm 2,6) \%$ обстежених основної та $(12,50 \pm 2,8) \%$ групи порівняння, то в дітей 12–14 років вона зростала до $(33,34 \pm 4,4) \%$ в основній групі та до $(31,25 \pm 4,2) \%$ у групі порівняння, ($p < 0,001$). Аналогічна тенденція стосувалася частоти ураження пародонта в дітей з клінічними формами первинного туберкульозу — від $(10,71 \pm 2,6) \%$ у дітей 6–8 років основної групи та від $(5,56 \pm 1,6) \%$ групи порівняння до

$(42,86 \pm 3,8) \%$ у дітей 12–14 років основної та до $(44,44 \pm 4,2) \%$ групи порівняння ($p < 0,001$). У дітей як основної, так і групи порівняння виявлено вірогідне збільшення частоти як гінгівіту, так і пародонтиту з віком, причому в дітей основної групи спостерігалось збільшення поширеності гінгівіту та пародонтиту при всіх формах туберкульозу, що вірогідно визначалося при первинних формах туберкульозу у віці 12–14 років стосовно гінгівіту — $(21,43 \pm 2,4) \%$ проти $(16,67 \pm 1,8) \%$, ($p < 0,05$) та пародонтиту у віці 15–17 років — $(10,72 \pm 1,3) \%$ проти $(5,56 \pm 1,6) \%$, ($p < 0,05$), а також вірогідне збільшення поширеності пародонтиту на загаль серед усіх обстежених основної групи проти групи порівняння при усіх трьох формах туберкульозу — відповідно $(9,52 \pm 1,8) \%$, $(14,29 \pm 2,2) \%$ та $(15,91 \pm 2,3) \%$ проти $(6,25 \pm 1,4) \%$, $(11,11 \pm 1,6) \%$ та $(13,04 \pm 1,8) \%$, ($p < 0,05$).

Таким чином, частота ураження тканин пародонта у хворих на туберкульоз дітей з територій радіаційного забруднення була більш виражена при усіх формах туберкульозу й в усіх вікових категоріях. З віком у дітей при обтяжених формах туберкульозу частота катарального гінгівіту зменшується на тлі зростання поширеності пародонтиту.

Л. П. Шубина, В. М. Савченко, С. Н. Беляева, Л. Ш. Дудченко ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

Крымское республиканское учреждение «НИИ физических методов лечения и медицинской климатологии им. И.М.Сеченова» МЗ АР Крым, г. Ялта

Несмотря на достигнутые успехи за последние два десятилетия в лечении больных бронхиальной астмой (БА), на доступность эффективных лекарственных препаратов в Украине достичь полного контроля и удержания длительной ремиссии у этой категории больных не удастся. Известно, что достижение контроля над симптомами астмы возможно, в основном, при регулярном использовании назначенных лекарственных средств, т.е. приверженности больных к базисной лекарственной терапии. Большинству больных БА показано санаторно-курортное лечение (СКЛ) на климатическом курорте как этап медицинской реабилитации. На курорте, благодаря длительному сроку лечения, возможно проведение образовательных программ, формирование доверия к врачу и создание комплайенса между врачом и пациентом.

Цель исследования — изучить приверженность больных БА к базисной лекарственной терапии во время СКЛ на Южном берегу Крыма.

Обследовано 70 больных БА, поступивших на лечение в отделение пульмонологии института из различных районов АР Крым. Средний возраст пациентов составил $47,4 \pm 1,72$ лет. БА I степени диагностирована у 6 (8,6 %), II степени — у 50 (71,4 %) и III степени — у 14 (20 %) больных.

При поступлении в клинику не получали базисную терапию 18 (25,7 %) больных, из них терапия не была показана трем больным (4,3 %) по причине легкого течения заболевания и была показана 15 (21,4 %) больным. На базисной противовоспалительной терапии находились 52 (74,3 %) поступивших больных. Из препаратов базисной терапии 23 человека использовали монопрепараты ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС): Бекламетазон — 12 больных (17,1 %), Фликсотид — 11 больных (15,7 %) и 29 человек комбинированные препараты (ИГКС и β_2 -агонист длительного действия): Серетид — 23 больных (32,8 %), Симбикорт — 6 больных

(8,6 %). У 9 (12,8 %) больных БА была контролируемой, у 43 (61,4 %) больных — неконтролируемой, т.е. пациенты получали базисную терапию ИГКС в неадекватных дозах, приступы удушья у них отмечались от 4 до 15 раз в сутки. Следовательно, 58 (82,8 %) больных, поступивших на этап СКЛ, не получали необходимой лекарственной противовоспалительной терапии и имели неконтролируемое течение БА.

Всем больным было проведено комплексное СКЛ с применением климатических процедур в зависимости от сезона года, лечебной гимнастики, классического массажа грудной клетки, гипоксически-гиперкапнической стимуляцией дыхания в виде специальных тренировок. Из обследованной группы пациентов на этапе СКЛ базисная терапия была впервые назначена 4 больным, 2 пациентам доза противовоспалительных препаратов была увеличена. 50 пациентов оставались на ранее назначенной дозе ИГКС. К концу срока лечения на курорте клинко-функциональное состояние большинства больных существенно улучшилось: у 24 (34,3 %) больных отмечалось контролируемое течение, что позволило пересмотреть объем базисной терапии и снизить дозу ИГКС, у 21 (21,9 %) больного — частично контролируемое течение. У 10 (10,4 %) больных течение заболевания было неконтролируемым.

Выводы. Среди больных БА, направляемых на СКЛ, лишь в 12,8 % случаев принимались базисные противовоспалительные препараты в достаточных дозах, а в 21,4 % случаев необходимая базисная терапия не принималась. 82,8 % больных БА имелось неконтролируемое течение БА и только у 17,2 % больных течение заболевания было контролируемым. Лечение больных БА на курорте в специализированном учреждении позволило улучшить их состояние за счет коррекции базисной терапии, осуществления реабилитационных мероприятий и повышения приверженности больных к базисной лекарственной терапии.

В. А. Шупер, Ю. И. Вагина, С. В. Шупер
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*ГУ «Луганский государственный медицинский университет»
ЛГМБ № 1, г. Луганск*

Высокая частота заболеваемости, наличие «атипичных» возбудителей, формирование резистентности микроорганизмов обуславливает актуальность проблемы своевременной диагностики и адекватной терапии внегоспитальной терапии.

Целью исследования явился анализ структуры госпитализации по поводу негоспитальной пневмонии на примере терапевтического отделения городской многопрофильной больницы, оценка эффективности диагностики и лечения данной патологии.

Материалы и методы. За период с января по декабрь 2012 года под наблюдением находилось 289 больных, госпитализированных в терапевтическое отделение по поводу негоспитальной пневмонии (23 % от всех госпитализированных за этот период больных). Отмечен рост частоты госпитализации по поводу пневмонии за последние 3 года в пределах 7–10 % ежегодно. В структуре госпитализированных пациентов больных с пневмонией трудоспособного возраста (моложе 65 лет) было 68,5 %, старше 65 лет — 41,5 %. У 287 больных была диагностирована негоспитальная пневмония средней тяжести, у 2 — тяжелая. Госпитализация была обусловлена наличием модифицирующих факторов (возраст старше 65 лет, наличие сопутствующих заболеваний, осложнений, факторов риска). У

25 больных (9,7 %) диагностирована двусторонняя пневмония, у 18 пациентов (6,2 %) пневмония осложнялась плевритом, у 4 пациентов (1,4 %) сформировались абсцессы легкого.

Согласно приказу МЗ Украины № 128 при лечении негоспитальной пневмонии 3 клинической группы всем больным назначалась стартовая комбинация цефалоспоринов III поколения и макролидов. В 3 случаях (1 %) данная комбинация была отменена в связи с индивидуальной непереносимостью с переходом на фторхинолоны III поколения.

Результаты и обсуждение. Средние сроки госпитализации составили 14 дней (от 10 до 21 дня). Выздоровление по основному заболеванию достигнуто у 275 пациентов (95 %), у 10 пациентов (3,5 %) в ходе дифференциальной диагностики выявлен рак легкого, 4 больных (1,4 %) направлены для дальнейшего лечения в противотуберкулезный диспансер.

Вывод. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о высокой частоте госпитализаций по поводу пневмонии, что обусловлено наличием модифицирующих факторов. Стартовая комбинация антибиотиков (цефалоспорины III поколения+макролиды) является эффективной в 95 % случаев. В 5 % случаев под маской пневмонии выявляется рак легкого или туберкулез.

Н. В. Щербенюк
АНАЛІЗ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ХІМІОТЕРАПІЇ ІНФЕКЦІЙНОГО ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У СТАЦІОНАРІ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Антибактеріальна хіміотерапія інфекційного загострення хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) є предметом обговорення, оскільки наявність різних груп антибактеріальних препаратів (АБП) припускає особливості тактики вибору антибіотика.

Мета дослідження: вивчити реальну практику застосування антибактеріальних препаратів при лікуванні інфекційного загострення ХОЗЛ у стаціонарах м. Вінниці та виявити відповідність призначень діючим національним рекомендаціям.

Матеріали та методи: проведено ретроспективний фармакотерапевтичний аналіз стаціонарного лікування 268 хворих з інфекційним загостренням ХОЗЛ за даними медичних карт стаціонарного хворого за 2011 рр. Середній вік пацієнтів — $52,41 \pm 0,50$ року (від 24 до 65 років). Жінки склали 37,7 %, чоловіки — 62,3 %. Середня тривалість госпіталізації — $11,61 \pm 0,21$ днів. Діагностика ХОЗЛ відповідала вимогам наказу МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. ХОЗЛ I ст. було діагностовано у 16 хворих (6,0 %), II ст. — 95 (35,4 %), III ст. — 138 (51,5 %), IV ст. — 19 (7,1 %).

Результати. При лікуванні інфекційного загострення ХОЗЛ антибактеріальна терапія була призначена 257 пацієнтам (95,9 %), в середньому одному хворому призначалося $1,43 \pm 0,05$ (від 0 до 5) АБП. Антибіотикотерапію не отримували 11 хворих (4,1

%), хоча згідно чинного наказу мали отримувати всі хворі з встановленим інфекційним загостренням ХОЗЛ. Більшість хворих (58,2 %) отримувало один АБП. Два АБП протягом стаціонарного лікування отримували 29,9 % пацієнтів. Три АБП було призначено 6,7 % хворих, чотири — 0,4 %, п'ять — 0,8 %.

Найбільш часто застосовувалися такі групи АБП: фторхінолони (ФХ) III покоління отримували 46,3 % хворих, II покоління — 7,8 % хворих, IV покоління — 1,6 %; цефалоспорины (ЦС) III покоління — 32,3 %, II покоління — 14,8 %, IV покоління — 12,8 %, захищені ЦС III покоління — 5,8 %; макроліди — 17,1 %; аміноглікозиди — 9,7 %. Найбільш популярними препаратами були: левофлоксацин — 40,5 % призначень, цефтріаксон — 23,0 %, цефуроксим — 14,8 %, цефепім — 12,8 %, амікацин — 9,7 %. У комбінованій терапії використовувалися 19 схем. З найбільшою частотою застосовували комбінації ФХ III покоління з ЦС II покоління (9,3 %) та ФХ III покоління з ЦС III покоління (7,4 %). Очевидно, що зустрічаються призначення АБП, спектр дії яких не відповідає найбільш ймовірним збудникам ХОЗЛ.

Висновки. Принципи лікування хворих на ХОЗЛ не завжди відповідають національним стандартам: практично не призначаються захищені амінопеніциліни, а переважають фторхінолони — препарати альтернативної терапії.

М. М. Юсупалиева, В. И. Яковлев, А. У. Юсупалиев

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К НАЗНАЧЕНИЮ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В СОЧЕТАНИИ С ГИПОКСИЧЕСКИ-ГИПЕРКАПНИЧЕСКИМИ ТРЕНИРОВКАМИ БОЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ

ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского», г. Симферополь

С целью разработки показаний к выбору того или иного метода физиотерапии больных хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ) на базе пульмонологического отделения КРУ «НИИ физических методов лечения и медицинской климатологии им. И. М. Сеченова» (г. Ялта) проведено сравнительное изучение эффективности отдельного применения дециметрово-волновой терапии (ДМВТ), амплипульс-терапии (АПТ), электростимуляции диафрагмы (ЭСД), внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК), неинвазивной магнитолазеротерапии (НМЛТ), а также комбинированного назначения этих факторов с гипоксически-гиперкапническими тренировками (ГТТ). Объектом исследования были 409 больных ХОЗЛ 1–2 стадий, разделенных на 12 групп. В 6 группах лечение проводилось с отдельным применением ГТТ, ДМВТ, АПТ, ЭСД, ВЛОК и НМЛТ; в 5 группах использовалась комбинация перечисленных факторов с ГТТ, больные контрольной группы получали только климатолечение. Курс каждого вида воздействия составлял 10 процедур. До и после лечения проводилось комплексное клинично-функциональное обследование, а также оценка непосредственных и отдаленных (через 1 год) результатов лечения.

Получены следующие данные. Отдельное применение ГТТ приводило к выраженному локальному и незначительному системному противовоспалительным эффектам (уменьшение показателей воспаления в целом на 31,6 % и 7,8 % соответственно), достоверному улучшению легочной вентиляции (на 19,0 %), бронхиальной проходимости (на 9,4 %), увеличению легочных объемов (на 9,6 %). Из 5 изученных физических факторов в большей мере подавлению местного воспаления способствовала ЭСД (на 35,5 %), затем АПТ (на 30,4 %) и ДМВТ (на 27,8 %). Системный компонент воспалительного процесса более всего угнетала ДМВТ (на 10,1 %), далее ВЛОК (9,1 %) и НМЛТ (8,5 %). На

функцию внешнего дыхания наибольшее влияние оказывала ЭСД (в целом на 9,6 %). При сочетанном применении физических факторов и ГТТ наибольшее противовоспалительное действие проявила комбинация ДМВТ с ГТТ — уменьшение выраженности местного и системного воспаления на 59,8 % и 17,2 % соответственно. Использование ЭСД с ГТТ привело к снижению локальных признаков воспаления на 65,6 %, системных — 10,1 %; АПТ и ГТТ — на 53,6 % и 9,9 %; ВЛОК и ГТТ — на 46,7 % и 3,8 %; НМЛТ и ГТТ — на 42,8 % и 11,5 % соответственно. ФВД более всего улучшилась под влиянием ЭСД с ГТТ (на 16,2 %), затем ДМВТ с ГТТ (на 12,0 %) и АПТ с ГТТ (на 11,5 %).

Полученные данные позволили сформулировать следующие рекомендации по дифференцированному назначению физиотерапевтических комплексов больным с ХОЗЛ на этапе реабилитации:

1. При значительной активности воспалительного процесса и наличия системных признаков воспаления методом выбора является комбинация ДМВТ с ГТТ.

2. При минимальных или незначительных проявлениях системного компонента воспаления и наличии выраженных локальных воспалительных изменений целесообразно применение ЭСД с ГТТ.

3. При незначительных признаках системного и местного воспаления показано назначение ВЛОК с ГТТ или НМЛТ с ГТТ. При выраженных функциональных нарушениях методом выбора является сочетанное назначение ЭСД с ГТТ или ДМВТ с ГТТ. При умеренных функциональных нарушениях следует использовать комбинацию АПТ с ГТТ. Согласно полученным данным, в сравнении с отдельным применением физиотерапевтических факторов дополнительное назначение ГТТ способствовало увеличению непосредственных благоприятных результатов лечения на 31,5% и отдаленных — на 16,1%.

М. М. Юсупалиева, В. И. Яковлев, А. У. Юсупалиев

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НЕИНВАЗИВНОЙ МАГНИТОЛАЗЕРОТЕРАПИИ И ЭНДОНАЗАЛЬНОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского», г. Симферополь

Важным элементом реабилитации больных бронхиальной астмой (БА) является санаторно-курортное лечение (СКЛ), включающее климатические процедуры и физиотерапевтические методы, в том числе лазеротерапию. В большинстве случаев при БА воспалительный процесс охватывает все дыхательные пути, в том числе верхние отделы и полость носа, в связи с чем целесообразным представляется физиотерапевтическое воздействие не только на грудную клетку и организм в целом, но также и эндоназально.

На базе пульмонологического отделения КРУ «НИИ физических методов лечения и медицинской климатологии им. И. М. Сеченова» (г. Ялта) и специализированного Алуштинского санатория «Ветеран» проведено сравнительное изучение эффективности применения неинвазивной магнитолазероте-

рапии (НМЛТ) и комбинации НМЛТ с эндоназальным лазерным облучением (ЭНЛО) при БА. В работу было включено 157 больных БА легкой и средней степени тяжести без сопутствующего диагноза аллергического ринита, разделенных методом рандомизации на 3 группы: больные I-й группы получали НМЛТ; II-й — НМЛТ в сочетании с ЭНЛО; III-й (контрольная) — только климатолечение. НМЛТ и ЭНЛО осуществлялись с использованием многофункциональной лазерной физиотерапевтической системой «Фотоника Плюс» (Украина) курсом 10–12 процедур ежедневно. Всем больным до и после лечения проводилось комплексное обследование, включавшее спирометрию, общий анализ крови и мокроты, определение в сыворотке крови показателей перекисного окисления липидов (ПОЛ), антиоксидантной защиты (АОЗ), иммунологическо-

го статусу, изучение двигательных возможностей пациентов с помощью 6-минутного шагового теста, а также качества жизни (КЖ) с использованием русскоязычной версии опросника MOS SF-36 (Medical Outcome Study Short Form - 36).

Сопоставление динамики результатов обследования после лечения по группам выявило более выраженное позитивное влияние комбинированного применения НМЛТ с ЭНЛО на клиническое состояние, функцию внешнего дыхания, двигательные возможности больных, показатели иммунитета и системы ПОЛ-АОЗ. У пациентов, получавших НМЛТ с ЭНЛО по сравнению с другими группами достоверно в большей степени уменьшилось содержание эозинофилов в мокроте ($19,7 \pm 1,9$ до $13,2 \pm 2,0$ клеток в поле зрения), возросло среднее значение ОВФ1 (на $11,8 \pm 1\%$), оптимизировалась АОЗ — общая антиоксидантная повысилась с $4,2 \pm 0,1$ до $5,4 \pm 0,1$ мМоль/л, каталазная активность — с $14,9 \pm 1,2$ до $19,1 \pm 1,4$ мМоль/мин.

К концу пребывания на курорте во всех группах отмечена

значительная позитивная динамика всех показателей КЖ. Однако сопоставление сдвигов отдельных параметров по группам выявило, что изменения некоторых из них при использовании НМЛТ были более выраженными, чем в контроле. В частности, физическая активность возросла на 11,4 баллов (в контроле — на 8,1; $p < 0,05$), роль физических проблем уменьшилась на 24,5 баллов (в контроле — на 19,8; $p < 0,01$). У пациентов, получавших НМЛТ с ЭНЛО по сравнению с контрольной группой достоверно в большей мере также повысились следующие параметры: социальная активность — на 14,0 баллов (в контроле — на 9,4; $p < 0,05$), психическое здоровье — на 9,5 баллов (в контроле — на 7,0; $p < 0,05$), общее здоровье — на 10,9 баллов (в контроле — на 6,5; $p < 0,01$). Использование комбинации НМЛТ с ЭНЛО в большей степени, чем только НМЛТ, способствовало восстановлению социальной активности пациентов и уменьшению роли эмоциональных и физических проблем в ограничении их жизнедеятельности.

В. О. Юхимець, В. В. Куц

ДОСВІД СТВОРЕННЯ ІТ-ІНФРАСТРУКТУРИ ІНФОРМАЦІЙНОГО СУПРОВОДУ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОГО КЛІНІЧНОГО ЗАКЛАДУ

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського Національної академії медичних наук України», м. Київ

Ефективна діяльність сучасного клінічного медичного закладу неможлива без потужної інформаційної підтримки, яка передбачає можливість накопичення, користування й обміну актуальною фаховою інформацією. Найбільш доцільним ми вважаємо реалізацію цього завдання шляхом створення власної інформаційної системи. Досвід, накопичений нами в процесі створення та експлуатації локальної комп'ютерної мережі (ЛКМ), яка існує у Національному інституті фтизіатрії й пульмонології ім. Ф. Г. Яновського з 1999 року й постійно розвивається, дозволяє запропонувати оптимальний варіант побудови інфраструктури такої системи.

Уже на етапі проектування було прийнято стратегічне рішення про побудову такої ІТ-інфраструктури, яка б базувалась на використанні переважно власних ресурсів. Також було вирішено створити корпоративний веб-сайт, який був би одночасно джерелом інформації про діяльність інституту для фахівців та населення України, а також світової спільноти, і засобом комунікації із зацікавленою аудиторією, та розмістити його на власному технічному майданчику, не використовуючи ресурси та послуги інтернет-провайдерів.

Сьогодні ІТ-інфраструктура нашої установи складається з: ЛКМ типу Intranet із централізованим серверним вузлом, на одному із серверів якого розміщується корпоративна електронна База знань; програмного шлюзу/прокси-серверу, який забезпечує контрольований доступ користувачів ЛКМ до мережі Інтернет та захист внутрішньої мережі від зовнішніх загроз; власного поштового сервера на базі Microsoft Exchange та веб-сервера з розміщенням на ньому веб-сайтом.

Корпоративна електронна База знань, яка створювалась одночасно із ЛКМ з метою підтримки фахової інформованості наукових співробітників і лікарів, побудована на основі СУБД MS Access й є довідково-реферативною картотекою розміще-

них на дискових масивах сервера електронних документів. Доступ із робочих станцій безпосередньо до першоджерел здійснюється за економним транспортним протоколом HTTP, що значно спрощує побудову такої системи, забезпечує високу швидкість доступу та безпеку інформації, зменшує навантаження на локальну мережу.

Захист інформації в ЛКМ забезпечується комплексом організаційно-технічних заходів, включаючи використання корпоративної антивірусної системи. Зокрема, для оптимізації роботи ІТ-персоналу запроваджений програмний комплекс для постійного спостереження за станом обладнання, програмного забезпечення та технічних елементів ІТ-інфраструктури, який дозволяє дистанційно здійснювати: контроль за загальним станом мережі, керування серверами, контроль за станом комп'ютерів клієнтів мережі, керування комутаційними вузлами, контроль і управління блоками безперебійного живлення, які захищають сервери, контроль і управління корпоративною електронною поштою, контроль активності користувачів, стану захисту та управління доступом до мережі Інтернет, контроль за станом антивірусного захисту.

Безперервне функціонування ІТ-інфраструктури, наповнення інформацією власної Бази знань та підтримку веб-сайту забезпечує створений в інституті відділ інформаційно-комп'ютерних технологій. Окрім інженерно-технічних працівників, у його штаті передбачена посада фахівця з пошуку в Інтернеті медичної інформації (зі знанням іноземних мов), основним завданням якого є наповнення Бази знань найновішою інформацією з питань наукової тематики інституту та доведення її до відома всіх зацікавлених користувачів мережі.

На даний час ЛКМ інституту об'єднує близько 120 робочих місць, розміщених в усіх наукових та майже всіх клінічних підрозділах.

В. А. Юхимец, Т. Б. Рагузина
ИНФОРМАЦИОННОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО
КЛИНИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Государственное учреждение «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины»

Вторым уровнем внедрения информационной системы, базирующейся на созданной ИТ-инфраструктуре, является построение корпоративной автоматизированной базы данных, позволяющей в удобной для медицинских работников форме накапливать и использовать специализированную информацию, основным источником которой уже достаточно давно стала Глобальная всемирная сеть Интернет. В последнее десятилетие широкое распространение получили электронные журналы, автоматизированные базы данных, экспертные системы, отдельные подборки информации, существующие исключительно в электронной форме, открытые для свободного доступа и распространяемые через каналы Интернета или посредством электронной почты, позволяющие осуществлять оперативный доступ к профессиональной информации и существенно облегчающие использование этой информации в повседневной работе.

Подобная автоматизированная база знаний была создана в институте в 2000 году, один из основных разделов которой — электронная справочно-информационная картотека «Научно-информационная база данных» — содержит библиографические описания и рефераты обширного информационного массива по профильным проблемам научной и клинической деятельности института, насчитывающего сегодня более 21 тысячи

записей. Электронная картотека снабжена двухуровневой поисковой системой: встроенным механизмом поиска непосредственно по картотеке, построенным на алгоритме фильтрации поисковых запросов, и интеллектуальным поисковым механизмом «IBM Omnifind Yahoo! Edition», осуществляющим полнотекстовый поиск по всему информационному массиву, объем которого на сегодняшний день превышает 17 Гбайт.

Наполнение картотеки и информационного массива осуществляется высококвалифицированным специалистом по менеджменту электронных ресурсов отдела информационно-компьютерных технологий, основными обязанностями которого является поиск специализированной информации в Интернете, информирование сотрудников института о пополнении информационного массива посредством внутренней электронной почты, обслуживание индивидуальных информационных запросов, обучение ученых и врачей современным методам поиска и обработки информации.

«Кто предупрежден — тот вооружен» — с развитием современных ИТ-технологий и Интернета это древнее изречение в XXI веке обрело совершенно новое качественное наполнение. Мощное современное информационное сопровождение позволяет существенно повысить эффективность работы медицинского клинического учреждения.

В. І. Яковенко, Ю. І. Івон, М. І. Бабіч
УСКЛАДНЕННЯ ВІДЕОТОРАКОСКОПІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ШТУЧНОГО ПНЕВМОТОРАКСУ
ТА ЇХ ПРОФІЛАКТИКА

Обласний протитуберкульозний диспансер, м. Херсон

Вступ. У сучасних умовах епідемічної ситуації зростає значення інтенсивного комплексного лікування хворих на туберкульоз легень з використанням штучного пневмотораксу (ШП). Найбільш частою перешкодою повноцінного спадання легені є плевральні зрощення, які викликають травму паренхіми легені при дихальних рухах, створюють загрозу напруженого пневмотораксу або кровотечі при розриві, служать причиною рецидивів після припинення ШП.

Мета роботи: на основі десятирічного досвіду використання ШП та розділення зрощень за допомогою відеоторакоскопії (ВТС), ми провели аналіз власних ускладнень ВТС при корекції неефективного ШП.

Матеріали та методи. У дослідження включено 32 випадки перепалювання зрощень із метою корекції неефективного ШП в 2011 році. Потреба у ВТС виникає приблизно в 31–33 % випадків накладення ШП, що збігається з даними літератури. Чоловіків у дослідженні було 21 (65,6 ± 8,40) %, жінок — 11 (34,4 ± 8,40) %. Вік хворих — від 19,2 до 64,3 років, у середньому 36,4 ± 2,73 року. ВТС проводилась за допомогою напівжорсткого відеоторакоскопа «Olympus» в боковому положенні пацієнта за умови однолегеневої вентиляції. Розташування торакопортів визначалося за попереднім рентгенологічним обстеженням. Після розділення зрощень виконувався ретельний гемостаз і санація плевральної порожнини. Наступного дня прово-

дився рутинний рентгенологічний контроль і манометрія тиску в плевральній порожнині.

Результати. Інтраопераційних ускладнень не було. Для їхньої профілактики було достатньо дотримання простих правил: правильне розміщення торакопортів; використання L-образного електрода з внутрішнім каналом для відсмоктування диму; послідовне перепалювання зрощень зі збереженням правильного кута робочого інструмента; розділення зрощень тільки в напрямку «від судини».

Найбільш частим ускладненням була обмежена підшкірна емфізема, яка спостерігалася в 15 хворих ($46,9 \pm 5,85$ %), та не вимагала додаткових лікувальних заходів. Для її профілактики після завершення маніпуляцій остаточно перевіряється стан гемостазу в ділянках перепалювання зрощень, місць розміщення торакопортів, ушивання їх окремими вертикальними матрацними швами.

Скопичення ексудату після BTC спостерігалось в 7 хворих ($21,9 \pm 4,31$ %). Як правило, було досить 1–2 пункцій для його видалення. Методом надійної профілактики ми вважаємо застосування аргонно-плазмової коагуляції в апікальних зонах плеври та місцях розділення зрощень.

У однієї хворої ($3,1 \pm 3,08$ %) при виділенні легені із площинних зрощень була пошкоджена каверна. Виконана торакотомія, кавернотомія, санація за допомогою аргонно-плазмової коагуляції й ушивання. В подальшому була виконана екстраплевральна торакопластика.

У 2 хворих ($6,3 \pm 4,28$ %) з масивними площинними зрощеннями верхньої частки з парієтальною плеврою не вдалося уникнути розвитку ригідного пневмотораксу, що потребувало тривалого дренивання з застосуванням активної аспірації. Віддалений результат — сприятливий.

Таким чином, якщо не враховувати підшкірну емфізему й надмірну ексудацію після BTC, серйозні ускладнення зустрілися тільки в 3 випадках ($9,4 \pm 5,15$ %).

Висновки. Відеоторакоскопічна корекція ШП є рутинним і безпечним втручанням. Правильна передопераційна оцінка поширеності зрощень і стану легені дозволяє оптимально розташувати інструменти і забезпечує достатній обсяг маніпуляцій без втрати відеоконтролю. При відсутності можливості виконати BTC і розділити зрощення від підтримки неповноцінного ШП краще відмовитися.

О. О. Яковлева, Т. М. Маслоїд

ЗАСТОСУВАННЯ КОМБІНОВАНОЇ ГІПОТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ КОМОРБІДНОСТІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ ТА ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАДІЙ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,

Актуальність проблеми. Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) відноситься до найбільш розповсюджених захворювань, що обумовлено, перш за все, забрудненням оточуючого середовища, високою розповсюдженістю тютюнопаління, а також збільшенням кількості інфекційних захворювань дихальної системи. Гіпертонічна хвороба (ГХ) та ХОЗЛ є найбільш частими коморбідними станами в клініці внутрішніх хвороб. Частота ГХ при ХОЗЛ варіює дуже широко, досягаючи, по даним окремих публікацій, 76,3 % і в середньому складає 34,3 %. Основним механізмом артеріальної гіпертензії на фоні ХОЗЛ, як системної, так і легеневої, є гіпоксія. Зв'язок системної артеріальної гіпертензії з функціональним станом системи зовнішнього дихання дозволяє корегувати рівень артеріальної гіпертензії в процесі лікування бронхообструктивного синдрому. З іншого боку, лікування ХОЗЛ з ГХ та підвищеним тиском у легеневій артерії неможливо без антигіпертензивних засобів. Інгібітори АПФ в останній час, за рядом досліджень, знайшли своє застосування при лікуванні системної та легеневої гіпертензії у хворих з ХОЗЛ.

Мета дослідження. Дослідити вплив комбінованої гіпотензивної терапії на показники тиску в легеневій артерії в залежності від стадій ХОЗЛ.

Матеріали та методи досліджень. При поступленні в пульмонологічне відділення ВОКЛ ім. М. І. Пирогова, під час загострення, було обстежено 38 пацієнтів з ХОЗЛ II–III стадій з легеневою гіпертензією та коморбідною гіпертонічною хворобою II стадії. Діагноз верифіковано за розробленим нами детальним протоколом обстеження хворого, інструментально-лабораторними методами, згідно наказів МОЗ України № 128 та № 54. Ступінь задишки оцінювалися за опитувальником Британської медичної дослідницької ради — MRC-тесту. Задишка оцінювалась по 5 ступеням (від 0 до 4 ступеня), з більшим показником ступеня збільшувалась задишка. Тиск у великому колі крово-

бігу контролювали при допомозі добового моніторування. Середній тиск у легеневій артерії визначали при допомозі доплер — ехокардіографії, по часу прискорення потоку в тракті правого шлуночка. За міжнародними рекомендаціями, критерієм наявності легеневої гіпертензії було взято (тиск) в легеневій артерії 36 мм рт. ст. і вище. Крім базисної терапії ХОЗЛ, для корекції системної та легеневої гіпертензій використовували комплексну гіпотензивну терапію: блокатор повільних кальцієвих каналів (амлодипін у дозі 5 мг один раз на добу) та інгібітор АПФ (раміприл, вітчизняного виробника, у дозі 5 мг один раз на добу) протягом 3 місяців.

Результати досліджень. Середній вік хворих складав $51,88 \pm 2,26$ років. Серед них було 11 жінок, 27 чоловіків. Пацієнтів було поділено на дві групи: 18 осіб з ХОЗЛ II стадії та 20 осіб з ХОЗЛ III стадії. Посилення кашлю після проведеного лікування в хворих не відзначалось. Ступінь задишки по MRC-тесту в першій групі пацієнтів до лікування відповідав $2,50 \pm 0,13$ балів, а після лікування $1,63 \pm 0,15$. В другій групі пацієнтів показники задишки до лікування становили $2,94 \pm 0,17$ балів, а після лікування $2,00 \pm 0,16$. Результати MRC-тесту показали, що задишка зменшилась у всіх пацієнтів. Показники середньодобового артеріального систолічного та діастолічного тиску зменшились на 10–15 %. Тиск в легеневій артерії в першій групі пацієнтів до прийому препаратів відповідав $38,13 \pm 0,36$ мм рт. ст., після проведеної терапії $33,36 \pm 0,58$ мм рт. ст. ($p < 0,001$). В другій групі хворих тиск в легеневій артерії до проведеної терапії дорівнював $42,41 \pm 0,60$ мм рт. ст., а після лікування $37,36 \pm 0,27$ мм рт. ст. ($p < 0,001$).

Висновки. Застосування амлодипіну та раміприлу на тлі базисної терапії ХОЗЛ позитивно впливає на динаміку артеріального тиску в легеневій артерії та на системному рівні. Тому дану комбінацію препаратів можна використовувати при коморбідності ХОЗЛ з гіпертонічною хворобою.

О. О. Яковлева, А. О. Жамба**МЕТАБОЛІЧНА КОРЕКЦІЯ УШКОДЖЕНЬ КАРДІОРЕСПІРАТОРНОЇ СИСТЕМИ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ З УРАХУВАННЯМ ФЕНОТИПУ N-АЦЕТИЛТРАНСФЕРАЗИ 2***Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова*

Мета дослідження. Оптимізація базисної фармакотерапії бронхіальної астми (БА) шляхом метаболічної корекції ушкоджень кардіореспіраторної системи з урахуванням фенотипу ацетиляторного статусу пацієнтів.

Матеріали й методи. Групу хворих на БА склали 138 пацієнтів, котрі на момент обстеження перебували на лікуванні в пульмонологічному відділенні ВОКЛ. Одним з критеріїв включення хворих в дослідження був: верифікований діагноз — персистуюча бронхіальна астма середнього ступеню тяжкості в стадії загострення. Верифікацію діагнозу БА та наступне лікування хворих проводилось згідно міжнародних рекомендацій та Наказу МОЗ України. За дизайном у залежності від призначеної фармакотерапії пацієнти були поділені рандомізованим методом на наступні групи: 1 — пацієнтам призначили базисну терапію в поєднанні з кардонатом (100 мг L-карнітину, 50 мг лізину, 50 мг кокарбоксілази, 50 мг піридоксаль-5-фосфату, кобаламід); 2 — в комплексі до базисної терапії призначили мілдронат в капсульній формі (250 мг 3-(2,2,2-триметилгідрозиний) пропіонату дигідрату); 3 — до базисної терапії приєднували ін'єкційне введення мілдронату (1 мл розчину = 100 мг 3-(2,2,2-триметилгідрозиний)пропіонату дигідрату), з переходом на капсульовану форму (група „ступеневої терапії“); 4 — група порівняння: хворі отримували базисну терапію БА без метаболічних коректорів. Пацієнтам проводили клінічне обстеження, АСТ-тест контроль, оцінку функції зовнішнього дихання, ЕКГ-дослідження, холтерівське моніторування ЕКГ, визначення середньомолекулярних речовин (СМ) в крові та лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ), рівня тропоніну І (ТІ), КФК-МВ, визначення активності N-ацетилтрансферази 2 (NAT 2) до лікування, через один та два місяці фармакотерапії.

Результати. У групі порівняння на тлі застосування лише препаратів базисної фармакотерапії БА прослідковується

тенденція до збільшення ЧСС, кількості суправентрикулярних (СЕ) та шлуночкових екстрасистол (ШЕ); подовження інтервалів Q-T, Q-Td, Q-Tc, Q-Tdc; збільшення тяжкості ендogenous інтоксикації, підвищення вмісту СМ та показника ЛІІ в крові. На тлі базисної терапії в комплексі з кардонатом через 2 місяці лікування достовірно зменшилась ЧСС, кількість СЕ, кількість та тривалість епізодів ішемії, тривалість інтервалів Q-T і Q-Tc та його просторової дисперсії. Застосування кардонату протягом двох місяців достовірно збільшувало активацію процесів ацетилювання. Кардонат сприяв зниженню рівня СМ в крові та показника ЛІІ; спостерігалось зменшення рівнів маркерів кардіотоксичності: ТІ та КФК-МВ в крові майже вдвічі через 2 місяці фармакотерапії. Після двох місяців лікування мілдронатом у капсульованій формі на тлі базисної терапії спостерігалась достовірна динаміка зменшення ЧСС; у швидких ацетиляторів зменшилась кількість і тривалість епізодів больової та безбольової ішемії. Мілдронат спричинював ефект зниження рівнів ТІ на 45,9 % та КФК-МВ (-38,3 %, $p < 0,001$) у швидких ацетиляторів. Застосування мілдронату за схемою ступеневої терапії призводило до достовірного приросту активності NAT2 та до зниження рівнів маркерів кардіотоксичності ($p < 0,01$).

Висновки. При порівнянні запропонованих схем фармакотерапії встановлено, що застосування кардонату на тлі базисної терапії є більш ефективним у хворих з повільним типом ацетилювання, а призначення мілдронату — у швидких ацетиляторів. Відмінності в впливі мілдронату та кардонату на клінічні симптоми, електричну гетерогенність міокарда, рівні маркерів кардіотоксичності, показники ендogenous інтоксикації та активності ферменту ацетилювання NAT2 є підґрунтям для індивідуального підходу щодо призначення кардіопротекторів у хворих на БА.

О. Б. Яременко, П. Ф. Дудка, Ю. В. Кузнєцова-Арабулі, Д. В. Добрянський, О. І. Бодарецька, І. П. Тарченко**ОКИСНЮВАЛЬНА МОДИФІКАЦІЯ БІЛКІВ ЯК РАННІЙ ІНДИКАТОР ПОРУШЕННЯ БІОЕЛЕКТРИЧНИХ ПРОЦЕСІВ НА РІВНІ КЛІТИННИХ МЕМБРАН У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ (ХОЗЛ)***Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ*

Респіраторна гіпоксія є одним з ініціаторів вільнорадикальних процесів та окиснення білків. Порухнення нативної конформації білків сприяє посиленню протеолітичних та деструктивних процесів на рівні клітинних мембран. Повна чи часткова інактивація при цьому мембранних транспортерів, зокрема Na^+/K^+ , Mg^{2+} -АТФ-аз негативно позначається на електричній стабільності міокарда.

Мета роботи. Встановити взаємозв'язок між активністю процесів окиснення білків та порушенням електричної стабільності міокарда, зокрема — виникненням аритмій у хворих на ХОЗЛ.

Об'єкт та методи дослідження. Основну клінічну групу склали 38 хворих на ХОЗЛ II стадії в фазі загострення. В групу контролю увійшли 22 здорові особи. Показники окиснювальної модифікації білків (ОМБ) визначали спектрофотометрично

при довжині хвилі збудження 356, 370, 430, 530 нм і розраховували в одиницях оптичної щільності в мл плазми крові. Визначення мембранних АТФ-аз — загальної, Na^+/K^+ - та Mg^{2+} -проводили спектрофотометрично й розраховували в мкмоль/Рн/мг/год. Холтерівське добове ЕКГ-моніторування проводили з використанням системи «Кардіотехніка 4000 АД» з реєстрацією I , V_4 , V_6 відведень.

Результати та їх обговорення. У хворих на ХОЗЛ спостерігали ушкодження білкових молекул та утворення білкових агрегатів, про що свідчило зниження оптичної щільності плазми крові при довжині хвилі збудження 356, 370, 430 і 530 нм на 21 %, 22 %, 20 % та 26 % відповідно. Білкові конгломерати, як правило, виступають ініціаторами вільнорадикальних та каталітичних процесів на рівні клітинних мембран. Посилення при цьому деструктивного окиснення білкових молекул біомем-

ран сприяє інактивації мембранних транспортерів, зокрема Na^+/K^+ - та Mg^{2+} -АТФ-аз, що несприятливо впливає на електричну стабільність міокарда. Підтвердженням негативної дії продуктів ОМБ на електричну стабільність міокарда є встановлені нами суттєве збільшення величини співвідношення між показниками ОМБ у хворих на ХОЗЛ з аритміями та здорових осіб. Так, у пацієнтів з життєво небезпечними порушеннями серцевого ритму (пароксизми шлуночкової тахікардії, групові та ранні шлуночкові екстрасистолі) коефіцієнт співвідношення при довжині хвилі збудження 370 і 430 нм складав відповідно $1,5 \pm 0,36$ та $1,4 \pm 0,25$ (обидва $p < 0,05$), тоді як у хворих без аритмій — $0,7 \pm 0,18$ і $0,4 \pm 0,14$ (обидва $p < 0,05$).

Посилення окисних процесів на рівні клітинних мембран сприяє зниженню рівня транспортерів АТФ-аз. Порівняно зі здоровими особами середній рівень Na^+/K^+ -АТФ-ази в обсте-

жених основної клінічної групи знизився на 16 %, що може супроводжуватись послабленням активності Na^+/K^+ -наосу та пригніченням процесу гідролізу АТФ. Порушення Na^+/K^+ -співвідношення між внутрішньоклітинним та позаклітинним середовищем негативно впливає на повільну діастолічну деполаризацію клітин водія ритму й може сприяти виникненню аритмій.

Висновки. Посилення процесів окиснення білків на рівні клітинних мембран супроводжується зменшенням рівня мембранних транспортерів АТФ-аз, зниженням їх функціональної активності та підвищенням електричної нестабільності міокарду. Зростання коефіцієнта співвідношення між показниками ОМБ у хворих на ХОЗЛ та здорових осіб в межах 1,3–1,7 є несприятливим прогностичним чинником стосовно виникнення життєво небезпечних порушень серцевого ритму.

О. Б. Яременко, Л. Б. Петелицька

УРАЖЕННЯ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ І ЛЕГЕНІВ ПРИ СИСТЕМНИХ НЕКРОТИЗУЮЧИХ ВАСКУЛІТАХ (РЕТРОСПЕКТИВНИЙ КОГОРТНИЙ АНАЛІЗ)

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

Актуальність. Ураження органів дихання у хворих з ревматологічними захворюваннями, зокрема системними некротизуючими васкулітами (СНВ), є однією з важливих проблем не тільки для ревматологів, але й для пульмонологів та терапевтів, оскільки воно може бути раннім та єдиним проявом дебюту захворювання. Клінічна картина варіює від безсимптомного перебігу до виникнення потенційно небезпечних для життя ускладнень, таких як дифузна альвеолярна кровотеча та субглотковий стеноз [1]. При цьому рання діагностика суттєво впливає на тактику лікування та прогноз хворих з бронхолегневими проявами системних васкулітів.

Мета: вивчити частоту та особливості клінічних проявів уражень дихальної системи у хворих з СНВ.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз медичної документації 192 хворих із підтвердженим діагнозом СНВ (вузликовий поліартеріїт (ВП), гранулематоз з поліангіїтом (ГПА), еозинофільний гранулематоз з поліангіїтом (ЕГПА), мікроскопічний поліангіїт (МПА) та недиференційований васкуліт (НВ)), які перебували на лікуванні в ревматологічних відділеннях Центральної міської (Олександрівської) клінічної лікарні м. Києва та Київської міської клінічної лікарні №3 з 1979 р. по 2012 р. Серед них було 112 хворих з ВП та 80 — з іншими СНВ (ГПА — 16,25 %, ЕГПА — 32,5 %, МПА — 15 %, НВ — 36,25 %).

Результати. В дебюті захворювання симптоми ураження дихальної системи спостерігали в 93 % хворих з ЕГПА, у 93 % хворих з ГПА, у 30 % хворих з ВП, у 75 % хворих з МПА та 28 % хворих з НВ. На ранніх стадіях ВП визначали такі ознаки ураження органів дихання: кашель (у 19,6 % хворих), задишка (у 15,1 %), біль в грудній клітці (у 4,48 %). На час встановлення діагнозу ВП частка хворих з ураженням органів дихання збільши-

лася до 38,4 %, що було представлено переважно в вигляді пульмоніту та плевриту. У розпалі захворювання ураження органів дихання відзначали в усіх хворих з ЕГПА і МПА, у 93 % хворих з ГПА та 62 % хворих з НВ (табл.).

Таблиця.

Спектр ураження дихальної системи у хворих з системними некротизуючими васкулітами в стадії розгорнутих клінічних проявів

Прояви уражень органів дихання	ГПА, %	ЕГПА, %	МПА, %	НВ, %
Ураження верхніх дихальних шляхів (ВДШ)	92,3	26,9	-	3,45
Синдром бронхіальної астми	-	100	-	6,89
Пульмоніт	53,8	42,3	100	34,5
Кровохаркання	15,4	11,5	33,3	-
Плеврит	-	15,4	16,7	6,89
Емфізема	15,4	11,5	-	-
Субглотковий стеноз	15,4	-	-	-

Висновки. Найхарактернішими варіантами ураження ВДШ і легенів у хворих з МПА був пульмоніт (100 %), який супроводжувався в третини хворих кровохарканням; у хворих з ГПА — синусити (92 %) та пульмоніт (54 %); у хворих з ЕГПА — бронхіальна астма (100 %) та асоційований з еозинофілією пульмоніт (42 %). Це відповідає літературним даним і знаходить відображення в класифікаційних критеріях цих васкулітів. Хоча ураження дихальної системи не належить до класифікаційних критеріїв ВП, однак в дебюті захворювання воно зустрічається в 30 % хворих (переважно у вигляді пульмоніту), в розгорнутій стадії — у 38 % і може становити безпосередню загрозу для життя.

А. Г. Ярешко, М. Г. Бойко, М. В. Куліш, А. К. Вородюхіна, Н. М. Алієва, Ю. О. Красношапка, В. Г. Бондаренко, Д. В. Безручко, О. А. Пось

ДИНАМІКА ЧАСТОТИ ТА ПРОФІЛЮ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ МІКОБАКТЕРІЙ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ В ПОЛТАВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Серед факторів, які сприяють подальшому розвитку епідемії туберкульозу, перш за все, виділяють зростання частоти випадків хіміорезистентного туберкульозу легень, що негативно впливає на ефективність хіміотерапії в таких хворих. Тому метою нашого дослідження було вивчення динаміки частоти та профілю хіміорезистентності мікобактерій туберкульозу (МБТ), що виділяють хворі на вперше діагностований туберкульоз легень у Полтавській області.

Були проаналізовані дані бактеріологічних досліджень та результати визначення чутливості МБТ до основних протитуберкульозних препаратів (ПТП) у 2263 хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, які були обстежені в лабораторії Полтавського обласного клінічного протитуберкульозного диспансеру протягом 2010–2012 років.

Аналіз результатів показав, що кількість бактеріовиділювачів серед хворих на вперше діагностований туберкульоз легень в Полтавській області протягом останніх трьох років зберігається на майже одному рівні: в 2010 р. — 42,15 %, в 2011 р. — 39,95 %, в 2012 р. — 41,49 % ($p > 0,05$), але спостерігається чітка тенденція до зменшення кількості випадків хіміорезистентності серед хворих на вперше діагностований туберкульоз легень. Так у 2010 р. резистентність до одного або декількох

ПТП була виявлена у 43,22 % пацієнтів, в 2011 р. — у 39,44 %, а в 2012 р. — у 34,19 % ($p > 0,05$) хворих. У профілі резистентності протягом останніх трьох років спостерігається тенденція до збільшення кількості монорезистентності (в 2010 р. — 28,81 %, в 2011 р. — 31,25 %, в 2012 р. — 34,58 %, $p > 0,05$) і зменшення частоти виявлення мультирезистентності (в 2010 р. — 38,98 %, в 2011 р. — 39,29 %, в 2012 р. — 27,10 %, $p > 0,05$) серед хворих на вперше діагностований туберкульоз легень.

У профілі монорезистентності протягом останніх трьох років відмічається збільшення випадків стійкості до ізоніазиду (в 2012 р. — 24,32 %, проти 17,65 % — в 2010 р., $p > 0,05$) та рифампіцину (в 2010 р. — 5,88 %, в 2011 р. — 2,86 %, в 2012 р. — 16,22 %, $p > 0,05$), зменшення частоти виявлення резистентності до етамбутолу (з 29,41 % — в 2010 р. до 8,11 % — в 2012 р., $p > 0,05$). Найчастіше продовжує виявлятися стійкість до стрептоміцину.

Отже, зменшення в Полтавській області частоти хіміорезистентності й, особливо, мультирезистентності, є обнадійливим фактором щодо підвищення ефективності лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, але викликає занепокоєння зростання монорезистентності до ізоніазиду та до рифампіцину, що може призвести до швидкого збільшення випадків мультирезистентності.

А. Г. Ярешко, М. Д. Колбун, В. Г. Печериця, М. М. Коптєв, М. В. Куліш, А. К. Вородюхіна, О. А. Пось **ЕФЕКТИВНІСТЬ ДІЇ ЕЛЕКТРОМАГНІТНОГО ПОЛЯ МІЛІМЕТРОВОГО ДІАПАЗОНУ НА ТОЧКИ АКУПУНКТУРИ В ЛІКУВАННІ ВПЕРШЕ ВІЯВЛЕНОГО, ХРОНІЧНОГО ТА ВІЛ/СНІД-АСОЦІЙОВАНОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ**

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Сьогодні все очевиднішим стає той факт, що поліхіміотерапія в лікуванні туберкульозу, не дивлячись на суттєві досягнення, майже вичерпала свої резерви, й подальше підвищення її ефективності можливе за умов розробки нових патогенетичних методів лікування.

Метою дослідження було підвищення ефективності хіміотерапії хворих на деструктивний туберкульоз легень шляхом доповнення хіміотерапії дією на точки рефлексотерапії електромагнітним полем, спектр випромінювання якого має широкий діапазон міліметрових частот.

Проведено аналіз ефективності лікування 228 хворих, із яких 170 хворих (контроль) отримували стандартну хіміотерапію відповідно до категорії й 58 хворих (основна), у яких стандартна хіміотерапія була доповнена дією електромагнітного поля апаратом інформаційно-хвильової терапії (ІХТ «Поріг») академіка Колбуна М. Д. В основній групі у 41 хворого був вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень (ВДТБ), у 10 — хронічний хіміорезистентний туберкульоз легень (ХТБ) і в 7 — ВІЛ-СНІД-асоційований туберкульоз (ТБ + СНІД). Вони склали 3 основних групи пацієнтів (1-ї

групи). В контрольній групі в 99 хворих був ВДТБ, у 56 — ХТБ і в 15 — ВІЛ-СНІД-асоційований туберкульоз легень. Хворі основних і контрольних груп були ідентичні за статтю, віком, тяжкістю туберкульозного процесу. Діагноз туберкульозу у хворих обох груп був підтверджений клінічно, бактеріологічним та рентгенологічним обстеженням. Лікування хворих основної й контрольної групи здійснювалося за стандартними режимами. Хворі основної групи наряду з хіміопрепаратами отримували інформаційно-хвильову терапію із застосуванням апарату «ІХТ-Поріг» акад. М. Д. Колбуна, що генерує електромагнітні хвилі міліметрового діапазону. Випромінювач апарату спрямовували перпендикулярно до поверхні тіла (оголеної або через бавовняну тканину) на відстані 1 см від шкіри над проекцією патологічного процесу в легенях, печінкою, рефлексотерапевтичними точками загальної й направленої дії за показаннями. Тривалість опромінення кожної зони складала не менше 3 хв. Тривалість курсу ІХТ складала не менше 30 процедур.

Встановлено, що застосування електромагнітного поля суттєво покращує клінічний перебіг хвороби, полегшує пере-

носимість хіміотерапії, прискорює нормалізацію гемограми.

Після завершення курсу стаціонарного лікування встановлено, що у хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень, які отримували з хіміотерапією ІХТ, припинення бактеріовиділення збільшилось на 7,37 %, розсмоктування інфільтрації — на 10,69 % ($p < 0,05$) і закриття порожнин розпаду — на 25,59 % ($p < 0,01$) більше, ніж у контрольній групі.

У хворих на хронічний туберкульоз легень досягнуто збільшення припинення бактеріовиділення на 49,4 % ($p < 0,01$), розсмоктування інфільтрації — на 16,43 % ($p < 0,05$) і закриття каверн — на 29,63 % ($p < 0,01$) порівняно з пацієнтами контрольної групи.

У хворих на ВІЛ-СНІД-асоційований туберкульоз також спостерігається підвищення припинення бактеріовиділення на 53,33 % ($p < 0,01$), розсмоктування інфільтрації — на 40,0 % ($p < 0,01$) і закриття каверн — на 21,43 % ($p < 0,01$), порівняно з хворими контрольної групи.

Таким чином, отримані результати показали, що дія електромагнітного поля міліметрового діапазону в комплексному лікуванні туберкульозу позитивно впливає на самопочуття хворих, покращує переносимість хіміопрепаратів, сприяє прискоренню розсмоктування інфільтративних змін в легенях, підвищує ефективність стандартних режимів лікування вперше діагностованого, хронічного та ВІЛ/СНІД-асоційованого деструктивного туберкульозу легень.

Л. А. Яшина, И. В. Чумак

ВЛИЯНИЕ НОЧНОЙ ДЕСАТУРАЦИИ НА ОБЩУЮ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И УРОВЕНЬ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины», г. Киев

Цель исследования — изучить взаимосвязь насыщения крови кислородом (SaO_2) и сердечного ритма в ночное время у больных тяжелой бронхиальной астмой.

Материалы и методы исследования: обследовано 60 пациентов с тяжелой, частично-контролируемой БА (27 мужчин и 33 женщины в возрасте от 24 до 83 лет), FEV_1 — $(56,4 \pm 2,0)$ %. Пациентам были проведены холтеровский мониторинг ЭКГ с измерением вариабельности ритма сердца (BPC) (SDANN — стандартное отклонение средних продолжительностей интервалов R-R в течении 5-минутных интервалов) и нарушение ритма сердца. Также проводился мониторинг SaO_2 в течении ночи.

Результаты исследования. Минимальное SaO_2 за ночь было ниже нормы $(84,1 \pm 1,2)$ % (при норме ≥ 88 %), среднее SaO_2 за ночь также было снижено — $(92,87 \pm 0,5)$ % (норма — 95–98 %). Наблюдались значительные отклонения в вариабельности сердечного ритма как в сторону снижения, так и увеличения — значения SDANN находились в пределах (40–

210) мс (при норме 92–162 мс). Значительное снижение SDANN отмечалось у 20 пациентов. Анализ результатов холтеровского мониторингирования ЭКГ выявил наличие суправентрикулярных экстрасистол (СЭ) у исследуемых больных на протяжении ночи $(27,1 \pm 2,6)$ % от общего количества СЭ за сутки. При проведении корреляционного анализа выявлено наличие статистически достоверной ($p < 0,05$) обратной связи между количеством СЭ и средней величины SaO_2 за ночь ($r = -2,645$) и прямой связи между SDANN и минимального ночного SaO_2 ($r = 2,114$).

Выводы. Снижение уровня SaO_2 увеличивает уровень СЭ и уменьшает уровень SDANN, что свидетельствует о нарушении вегетативного баланса, снижении общей вариабельности сердечного ритма у данной группы больных, снижении активности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, что косвенно отражает повышение риска сердечно-сосудистых заболеваний, в частности жизненно небезопасных аритмий.

Л. А. Яшина, Л. А. Савельева, Н. В. Крамарская

УЛУЧШЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ БУДЕСОНИДА В ЭФФЕКТИВНОМ ДОСТАВОЧНОМ УСТРОЙСТВЕ В БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины», г. Киев

Цель исследования: изучить эффективность Будесонида Новолайзер (Тафен) в монотерапии у пациентов с персистирующей бронхиальной астмой.

Материалы и методы. 40 больных персистирующей БА легкой и средней степени тяжести с ОФВ₁ ($83,1 \pm 3,1$) % от должного: 28 женщин и 12 мужчин в возрасте от 21 до 83 лет, в среднем ($50,7 \pm 2,4$) года, с длительностью БА ($9,5 \pm 0,9$) года. Пациенты были разделены на 2 группы — стероид-наивные и принимавшие ИКС, по 20 человек в каждой. Тафен Новолайзер назначали в суточной дозе 400 мкг и 800 мкг исходя из степени тяжести и текущего контроля астмы — у стероид-наивных больных в дозе 200 мкг 1 вдох 2 раза в сутки, у ранее принимавших ИКС — 8 пациентов — по 2 ингаляции (400 мкг) 2 раза в сутки; 12 пациентов — по 1 ингаляции (200 мкг) 2 раза в сутки в течение 3 месяцев.

Оценка контроля БА проводилась с помощью теста контроля над астмой (АСТ) перед началом лечения, через 1 и 3 месяца терапии; и опросник контроля астмы (АСQ) в начале исследования, через 1, 2, 4 недели и через 3 месяца.

Результаты. В обеих группах средний счет АСТ был сопоставлен: 15,7 в группе стероид-наивных больных и 16,5 — в группе стероидных (астма была не адекватно контролируемой), что подтверждалось результатами АСQ-опросника (уро-

вень 1,5 балла и более). Счет (АСТ) достоверно ($p < 0,05$) увеличился у всех пациентов уже через 4 недели терапии, и через 3 мес. лечения не было выявлено ни одного больного с неконтролируемым течением БА, АСТ составил > 20 баллов.

В группе у стероид-наивных больных через 4 недели лечения почти половина (45 %) больных (АСТ было > 20 баллов) хорошо контролировали свое заболевание, через 3 месяца их количество увеличилось до 80 %.

В группе ранее принимавших ИКС больных через 4 недели 55 % больных отмечало хороший контроль, а через 3 месяца — 70%, 15 % набрали по 25 баллов — т.е. достигли полного контроля БА

Оценка АСQ у исследуемых больных изначально была 2 балла — у стероид-наивных, 2,25 балла — у стероидных пациентов, что также указывало на отсутствие контроля заболевания. Через 4 недели АСQ уменьшился до 1,25 и 1,2 баллов соответственно, и через 3 месяца у всех пациентов — ≤ 1 балла, т.е. контроль заболевания значительно улучшился.

Вывод: назначение Будесонида Новолайзер (Тафен) в монотерапии позволило добиться хорошего контроля БА за счет сочетания высокоэффективного ИКС и эффективного доставочного устройства.