

Міністерство охорони здоров'я України
Ministry of Health of Ukraine

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
МОЗ України»

Ternopil State Medical University by I.Ia.Horbachevsky

Управління охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації
Management of guard of health of Ternopil regional state administration

Українське товариство фахівців з клінічної імунології та алергології
Ukrainian society of specialists is on clinical immunology and allergology



**Матеріали
IV Наукового симпозиуму
“Імунопатологія при захворюваннях органів
дихання і травлення”
(з міжнародною участю)**

**“Immunopathology in diseases of the respiratory and
digestive system ”
(with international participation)”**

**15-16 жовтня 2015 року
Тернопіль, Україна**

15-16 October, 2015, Ternopil, Ukraine

Тернопіль
“Укрмедкнига”

2015

З М І С Т

1. *Андрейчин С.М., Лотоцька С.В.* 8-9
КОРЕЛЯЦІЙНИЙ АНАЛІЗ ЛІКУВАЛЬНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ
ЕТЕРОСОРБЕНТІВ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА
ХОЗЛ
2. *Банадига Н.В.* 9-10
КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА ХАРЧОВОЇ
АЛЕРГІЇ У ДІТЕЙ
3. *Банадига Н.В., Волошин С.Б.* 10 -11
ОСОБЛИВОСТІ СИСТЕМНОГО ІМУНІТЕТУ У ДІТЕЙ З
АЛЕРГІЧНИМ ФЕНОТИПОМ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ
4. *Боднар Л.П., Степанова Г.М.* 11
ТЕРАПЕВТИЧНЕ НАВЧАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ
БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ ЯК ЗАСІБ ПРОФІЛАКТИКИ
РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОГО ЛЕГЕНЕВОГО СЕРЦЯ
5. *Butov DO, Shevchenko OS, Stepanenko HL* 11-12
ASSOCIATION OF C-REACTIVE PROTEIN GENE
POLYMORPHISM WITH RECURRENT PULMONARY
TUBERCULOSIS
6. *Волинець К.В., Господарський І.Я, Рега Н.І., Зарудна О.І., Ястремська С.О.* 12-13
ВПЛИВ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЇ КИСЛОТИ НА
ЦИТОКІНОВИЙ БАЛАНС У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ
ГЕПАТИТ С ІЗ СУПУТНЬОЮ КРІОГЛОБУЛІНЕМІЄЮ
7. *Городецький В.Є.* 13-14
ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ГІГІЄНИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ У
ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ
ЛЕГЕНЬ ЗАЛЕЖНО ВІД СТАДІЇ ЗАХВОРЮВАННЯ
8. *Грищук Л.А., Луцишин К.О., Єрмак І.З, Романів Т.В., Демчук Ю.В., Дереш Н.В., Кицай Л.Г.* 14-17
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК АМІОДАРОНОВОЇ ЛЕГЕНІ У
ПРАКТИЦІ ФТИЗІАТРА
9. *Грінченко Л.А., Мадич С.В.* 17-18
ЗАХВОРЮВАНІСТЬ СЕРЕД ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ НА
ТУБЕРКУЛЬОЗ ПО ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ
10. *Гнатюк М.С., Слабий О.Б., Коноваленко С.О.* 18-19
ОСОБЛИВОСТІ МІСЦЕВИХ ІМУННИХ РЕАКЦІЙ В

БРОНХАХ ПРИ РЕЗЕКЦІЇ РІЗНИХ ОБ'ЄМІВ ПАРЕНХІМИ
ЛЕГЕНЬ

- 11 *Гнатюк М.С., Коноваленко С.О., Татарчук Л.В.* 19
ЗМІНИ ЛОКАЛЬНИХ ІМУННИХ ПРОЦЕСІВ У
ДВНАДЦЯТИПАЛІЙ КИШЦІ ПРИ РЕЗЕКЦІЯХ РІЗНИХ
ОБ'ЄМІВ ПЕЧІНКИ
- 12 *Заєць Т.А., Марущак М.И., Дзыга С.В., Бакалець О.В., Бегощ Н.Б.* 20
ЗМІНИ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ
ГАСТРОДУОДЕНІТ
- 13 *Льницький Г. І.* 20-21
ЕЛЕМЕНТИ КОМП'ЮТЕРНО-ІНФОРМАЦІЙНОГО ТА
МАТЕМАТИЧНОГО МОДЕЛЮВАННЯ ПРИ ВІДБІРКОВІЙ
ОЦІНЦІ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ СИТУАЦІЇ З ТУБЕРКУЛЬОЗУ
- 14 *Караяни О.¹, Гинда С.¹, Лесник Э.², Нигуляну А.²* 21-22
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛЕТОЧНОГО
ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ
ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ И ПНЕВМОНИЕЙ С ТЯЖЕЛЫМ
ТЕЧЕНИЕМ
- 15 *Кізан Р.Л., Проць Л. Р., Медецька Н. В., Брик О.В.* 22-23
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СУЧАСНИХ МЕТОДІВ
ВИЯВЛЕННЯ МІКОБАКТЕРІЙ ТУБЕРКУЛЬОЗУ
- 16 *Кізан Р.Л., Білик С.О.* 23-24
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ДІАГНОСТИКИ АДЕНОМИ БРОНХА
- 17 *Корнага С.І., Медвідь Л.І., Корнага Т.В., Панькевич М.В.* 24-25
ГЕМОДИНАМІКА ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ
ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ
- 18 *Корнага С.І., Єрмак І.З., Корнага Т.В., Тхорик Ю.А.* 25-26
УРАЖЕННЯ СЕРЦЯ ПРИ САРКОЇДОЗІ
- 19 *Корнага С.І., Тхорик Н.В., Грінченко Л.А., Мадич С.В.* 26-27
ЧАСТОТА САРКОЇДОЗУ У ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОМУ
СТАЦІОНАРІ
- 20 *Кравченко Н.С., Кицай Л.Г., Кізан Р.Л., Ботюк Я.В., Романів Т.В., Саноцька М.В.* 27-28
СПЕЦИФІЧНІ І НЕСПЕЦИФІЧНІ ПОЗАЛЕГЕНЕВІ
УРАЖЕННЯ НА ФОНІ ВАЖКОЇ ФОРМИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

ЛЕГЕНЬ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК).

- 21 *Кравченко Н.С., Окусок О.М., Кицай Л.Г., Романів Т.В.* 28-29
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КО-ІНФЕКЦІЇ
ТУБЕРКУЛЬОЗУ/ВІЛ/СНІД.
- 22 *Крижановський Д.Г., Марченко Н.А.* 30
ЧАСТОТА ВИНИКНЕННЯ СИНДРОМУ ВІДНОВЛЕННЯ
ІМУННОЇ СИСТЕМИ ПРИ ПРИЗНАЧЕННІ
АНТИРЕТРОВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИМ НА КО-ІНФЕКЦІЮ
ТУБЕРКУЛЬОЗ/ВІЛ
- 23 *Лихацька Г.В., Бойко Т.В., Лихацька В.О.* 30-31
ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ГУМОРАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ У
ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ В ПОЄДНАННІ З
НЕСПЕЦИФІЧНИМ РЕАКТИВНИМ ГЕПАТИТОМ ТА ЇХ
КОРЕКЦІЯ УРСОСАНОМ
- 24 *Литвинюк О.П., Зайков С.В.* 31-33
ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ МЕДИЧНИХ
ПРАЦІВНИКІВ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА 2007-2014 РОКИ
- 25 *Lesnic E.¹, Todorico L.², Niguleanu A.¹, Caraiani O.³, Alexandru S.³* 33-34
**CLINICAL AND RADIOLOGICAL ASPECTS OF EXTENSIVE
PULMONARY INFILTRATIVE TUBERCULOSIS AND COMMUNITY
AQUIRED PNEUMONIA WITH SEVERE EVOLUTION**
- 26 *Лобанець В. Я., Романчук О.Я., Сагайдак Н.М., Мосейчук О.Б.* 34-35
СТАН ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕННЯ ЛІПІДІВ У ХВОРИХ
НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНО РЕФЛЮКСНУ
ХВОРОБУ ЗАЛЕЖНО ВІД ФОРМИ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА
ЗАПАЛЬНО-ДЕСТРУКТИВНИМИ ЗМІНАМИ У ПАРОДОНТІ
- 27 *Лотоцька О.В., Крицький Т.І., Крицька Г.А., Кондратюк В.А.,
Карп'юк І.В.* 36
СТАН ІМУННОЇ СИСТЕМИ ПІДДОСЛІДНИХЩУРІВ ПРИ
ВЖИВАННІ ПИТНОЇ ВОДИ З РІЗНИМ ВМІСТОМ СТЕАРАТУ
НАТРІЮ

- 28 *Лотоцька С.В., Андрейчин С.М.* 36-38
КОРЕЛЯЦІЙНИЙ АНАЛІЗ ЛІКУВАЛЬНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ
ЕТЕРОСОРБЕНТІВ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА
ХОЗЛ РІЗНОГО ВІКУ
- 29 *Луцишин К.О., Гришук Л.А., Білик С.О., Романів Т.В.,
Кицай Л.Г., Білик Н.М., Саноцька М.В.* 39-40
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНОЇ
ПАТОЛОГІЇ У ХВОРОГО НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ
- 30 *Мазур Л. П., Горошко Є. Л., Мазур П. Є., Локай Б. А.,
Креховська-Лепявко О. М.* 41-42
ФУНКЦІОНАЛЬНА АКТИВНІСТЬ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ
ПРИ ВІРУСНОМУ ГЕПАТИТІ С
- 31 *Мазур І.М., Корнага С.І., Романів Т.В., Кицай Л.Г., Саноцька
М.В.* 42-43
ЕНДОГЕННА ІНТОКСИКАЦІЯ У ХВОРИХ З РІЗНИМИ
КЛІНІЧНИМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ
- 32 *Малик А.* 43-44
РОЛЬ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО МЕТОДА
ХPERT/RIF В ДІАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА
- 33 *Маруцак М.І., Мялюк О.П., Матвейчева А.О., Пушкін В.Я.,
Касіян С.Р.* 44-45
АЛІМЕНТАРНЕ ОЖИРІННЯ У ХВОРИХ ТЕРАПЕВТИЧНОГО
ПРОФІЛЮ
- 34 *Небесна З. М., Волков К. С., Муха С. Ю.* 45-46
СУБМІКРОСКОПІЧНА ОРГАНІЗАЦІЯ СЕКРЕТОРНИХ
АЛЬВЕОЛОЦИТІВ АЛЬВЕОЛ РЕСПІРАТОРНОГО ВІДДІЛУ
ЛЕГЕНЬ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ОПІКАХ ЗА УМОВ
ПОЄДНАНОГО ЗАСТОСУВАННЯ СУБСТРАТУ
ЛІОФІЛІЗОВАНОЇ КСЕНОШКІРИ ТА ЕКЗОГЕННОГО
ПРЕПАРАТА СУРФАКТАНТУ
- 35 *Панасюк О.В., Мельник В.П., Радиш Г.В., Ничипоренко Л.С.,
Коломійчук Л.А., Садова-Андріанова Г.В.* 46-48
ДИНАМІКА ІМУННОГО СТАНУ У ХВОРИХ НА
МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ІЗ ПОЄДНАННЯМ
ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ПІД ЧАС КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ

- 36 *Пікас О.Б.* 48
**ЗАСТОСУВАННЯ ІМУНОФАНУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ
НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ, ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД
НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧАЕС, ЙОГО ЕФЕКТИВНІСТЬ**
- 37 *Попова Н.Г., Бруснік С.В., Попова Л.О.* 48-49
**ВПЛИВ МІКОПЛАЗМО-ГЕРПЕСВІРУСНОЇ АСОЦІАЦІЇ НА
ПЕРЕБІГ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ**
- 38 *Редько І.І., Чакмазова О.М.* 49-50
**СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ РЕСПІРАТОРНИХ
ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ**
- 39 *Самогальська О.Є., Лазарчук Т.Б., Лобанець Н.В., Баб'як О.В.* 50
**ЗМІНИ ОКРЕМИХ ЦИТОКІНІВ ПРИ ЦИРОЗІ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ
З РІЗНИМ ІНДЕКСОМ МАСИ ТІЛА**
- 40 *Сахелашвілі М.І., Платонова І.Л., Штибель Г.Д., Луцишин Т.В.* 51
**КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНІ ПАРАЛЕЛІ ПРИ ТУБЕРКУЛЬОЗІ
ЗАЛЕЖНО ВІД ЧУТЛИВОСТІ МБТ ДО
АНТИМІКОБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ**
- 41 *Собченко М.Я.* 51-52
**ЗВ'ЯЗОК МІЖ ІНТЕРЛЕЙКІНОВИМ ПРОФІЛЕМ ТА
ВИРАЖЕНІСТЮ ЗАПАЛЬНИХ, АТРОФІЧНИХ ПРОЦЕСІВ У
СЛИЗОВІЙ ОБОЛОНЦІ ШЛУНКА**
- 42 *Тодоріко Л.Д., Сем'янів І.О.* 52
**УРАЖЕННЯ ГЕПАТО-ПАНКРЕАТО-БІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ У
ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ
ЛЕГЕНЬ**
- 43 *Л.Д. Тодоріко, І.О. Сем'янів, І.В. Єременчук* 53
**ЧАСТОТА УРАЖЕННЯ ГЕПАТО-БІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ У
ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ЗАЛЕЖНО ВІД
СПЕКТРУ ЧУТЛИВОСТІ МІКОБАКТЕРІЙ ТУБЕРКУЛЬОЗУ**
- 44 *Швед М. І., Припхан І. Б., Вівчар Н. М., Чорна Я. В.* 54-55
**ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОРУШЕННЯ ПЕЧІНКИ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ
У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ ТА
СУБКЛІНІЧНИЙ ГІПОТИРЕОЗ.**

45	<i>O. Shevchenko , S. Tkachov</i> THE IMPACT OF THE LEVEL OF IMMUNODEFICIENCY SURVIVAL OF PATIENTS WITH TUBERCULOUS MENINGITIS IN THE BACKGROUND OF CO-INFECTION OF HIV / TB	55
46	<i>Федорців О.Є., Биць К.М.</i> ОСОБЛИВОСТІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В РАННЬОМУ ДИТЯЧОМУ ВІЩІ	55-56
47	<i>Яловський Ю.М.</i> ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЗА ДАНИМИ РАЙОННОГО ДИСПАНСЕРУ	57

І. Андрейчин С.М., Лотоцька С.В.

КОРЕЛЯЦІЙНИЙ АНАЛІЗ ЛІКУВАЛЬНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЕНТЕРОСОРБЕНТІВ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ХОЗЛ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», Тернопіль

Сучасна концепція патогенезу ХОЗЛ розглядає його як екологічно опосередковане хронічне запальне захворювання з переважним ураженням дистальних відділів дихальних шляхів, паренхіми легень і формуванням емфіземи, результатом якого є бронхіальна обструкція, яке завжди супроводжується продукцією біологічних маркерів ендотоксикозу. Основою лікування ХОЗЛ є фармакотерапія. На нинішньому рівні розвитку медицини лікарські препарати можуть тільки запобігти зростанню тяжкості стану і підвищити якість життя пацієнта, але не здатні повністю усунути морфологічні зміни, що виникли в ході розвитку хвороби.

Тому ми вирішили з метою зменшення проявів ендогенної інтоксикації (ЕІ) застосувати для пацієнтів диференційоване лікування і визначити клінічну ефективність вуглецевого (карболайн) та кремнійорганічного (ентеросгель) ентеросорбентів в комплексній терапії ХОЗЛ.

Під спостереженням знаходилося 155 пацієнтів. Всі хворі отримували базисну терапію (БТ) згідно наказу МОЗ України № 555 і були розділені на 3 групи згідно лікування, яке отримували. Групу порівняння (контрольну) склали 20 здорових людей, співставних за віком і статтю (І група). 51 хворий (33 %) на ХОЗЛ одержували лише БТ. Ще 52 особи (33,5 %), крім БТ додатково отримували перорально по 1 столовій ложці протягом 10 днів 3 рази на день за 2 години до або через 2 години після приймання їжі та медикаментозних засобів кремнійорганічний ентеросорбент «Ентеросгель» у вигляді гелю. Наступні 52 пацієнта (33,5 %) крім БТ додатково отримувала перорально по 1 чайній ложці протягом 10 днів 3 рази на день за 2 години до або через 2 години після приймання їжі та медикаментозних засобів вуглецевий ентеросорбент ІV покоління «Карболайн» у вигляді дрібних гранул.

Результати наших спостережень свідчать, що застосування БТ покращило стан пацієнтів і зменшило рівень інтоксикації, що проявилось зменшенням в сироватці крові рівня молекул середньої маси (МСМ) при довжинах хвиль 254 і 280, еритроцитарний індекс інтоксикації (ЕІ), малоновий діальдегід (МДА), цитокінів (інтерлейкінів (ІЛ) 1 β і 10, фактора некрозу пухлин α (ФНП- α)), циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) і імуноглобуліна (Іg) Е та зростанням рівнів лізоциму та супероксиддисмутази (СОД).

Проведений аналіз результатів лабораторних досліджень сироватки крові обстежених пацієнтів методом параметричної кореляції з визначенням лінійного коефіцієнта кореляції Пірсона (r) виявив позитивний кореляційний зв'язок середньої сили між МСМ₂₅₄ і МСМ₂₈₀ та іншими показниками ЕІ. Практично майже між всіма показниками він був прямим і лише з СОД оберненим. Як з лізоцимом, так і з ЕІ відмічався кореляційний зв'язок слабкої

сили. Варто відмітити, що навіть після проведеної БТ спостерігався кореляційний зв'язок між маркерами ендотоксикозу та показниками системи ПОЛ, цитокіновою системою й імунологічним статусом

Показниками, які мали кореляційні зв'язки зі всіма іншими були ІЛ-1 β та ФНП- α . Причому з СОД і лізоцимом ці зв'язки носили зворотній характер середньої сили, а зі всіма іншими – позитивний середньої сили, а між собою він був навіть сильним ($r = 0,722$, $p < 0,001$).

Після проведеного лікування ентеросгелем кореляційні зв'язки між СОД, ІgE, ЦІК і МСМ стали слабкими і недостовірними. Зате ці зв'язки посилилися і стали прямопропорційними середньої сили з лізоцимом та ЕП. Також спостерігалися сильні позитивні кореляційні зв'язки між МСМ та ІЛ-10.

Також варто відмітити, що після лікування хворих на ХОЗЛ БТ в поєднанні з ентеросгелем відмічалися позитивні середньої сили кореляційні зв'язки ще одного основного показника ендотоксикозу, а саме ЕП з іншими показниками, такими як МДА ($r = 0,638$, $p < 0,001$), лізоцимом ($r = 0,371$, $p < 0,01$), ІЛ-1 β ($r = 0,631$, $p < 0,001$), ІЛ-10 ($r = 0,641$, $p < 0,001$), ФНП- α ($r = 0,639$, $p < 0,001$). Аналізуючи кореляції маркерів ендотоксикозу, показників пероксидного окиснення ліпідів, антиоксидантного захисту та неспецифічних факторів імунітету в досліджуваних групах хворих на ХОЗЛ, відмічалися достовірні середньої сили прямі зв'язки між МДА та МСМ₂₅₄ і МСМ₂₈₀ ($r = 0,558$, $p < 0,001$ і $r = 0,459$, $p < 0,001$ відповідно), лізоцимом ($r = 0,409$, $p < 0,01$), ІЛ-1 β ($r = 0,603$, $p < 0,001$), ІЛ-10 ($r = 0,602$, $p < 0,001$), а також ФНП- α ($r = 0,533$, $p < 0,001$).

Лікування хворих на ХОЗЛ БТ в поєднанні з карболайном призвело до виникнення нових кореляційних зв'язків практично між всіма показниками різних ланок ендотоксикозу, які мали прямий середньої сили характер. Між деякими з них кореляційна залежність була тісною. Наприклад, між ІЛ-1 β і Іg E ($r = 0,702$, $p < 0,001$), ФНП- α і МСМ₂₈₀ ($r = 0,716$, $p < 0,001$), ІЛ-10 і ЕП ($r = 0,733$, $p < 0,001$). Лише між СОД і іншими показниками ендотоксикозу кореляційна залежність була слабкою і недостовірною.

Таким чином, узагальнюючи результати нашого дослідження, можемо зазначити, що застосування сорбентів у комплексній терапії ХОЗЛ сприяло нормалізації показників ендотоксикозу, призвело до ослаблення алергічного запалення та корекції обмінних процесів та імунного статусу хворого та зменшення ендотоксикозу. Сила кореляційних зв'язків була більш виражена при застосуванні базисної терапії з карболайном.

2. Банадига Н.В.

КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА ХАРЧОВОЇ АЛЕРГІЇ У ДІТЕЙ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім.І.Я.Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль*

Одними із перших проявів алергії в дитячому віці є харчова, яка має гастроінтестинальні та шкірні прояви. Морфо-функціональні особливості травної та імунної систем визначають високу поширеність алергічної

патології у дітей. Повне обстеження проведено 37 хворим із atopічним дерматитом (АД) віком від 7 місяців до 4 років. За тяжкістю перебігу АД основну групу склали пацієнти із середньотяжким (54,06 %) та тяжким (24,32 %) перебігом. Звертало увагу те, що тяжкий перебіг АД діагностований у дітей віком від 10 до 18 місяців життя. В ході обстеження виявили дефіцитну анемію у 29,73 % дітей та у 59,46 % випадків спостерігалася еозинофілія. У всіх пацієнтів рівень загального Ig E в сироватці крові був достовірно підвищеним, а максимальних значень сягав у віковій групі від 1.5 до 3 років життя ($175,16 \pm 11,03$ МО/мл). Визначення рівня специфічних антитіл класу Ig E підтвердили визначальне значення саме харчових алергенів (казеїн коров'ячого молока, білок (і/або жовток) курячого яйця, м'ясо курки, морська риба, горіхи, фрукти) у дітей перших 12-15 місяців життя. Полівалентна харчова сенсibiliзація (більше 3) підтверджена у 75,67 % випадків; у 13,51 % дітей до 5 і більше харчових алергенів. З високою частотою діагностовано порушення травлення: функціональні розлади жовчного міхура за гіпотонічним типом (56,76 %), дисфункція сфінктера Одді за панкреатичним типом (54,05 %). Особливу тривогу викликає те, що у 43,24 % хворих спостерігалась підвищена сенсibiliзація до інгаляційних алергенів (*D. pteronissinus*, *D. fariniae*), здебільшого у хворих старше 1-го року. Останнє збільшує ризик формування респіраторного алергозу. Такий спектр причинних алергенів вимагає: елімінаційної дієти, санації житла, нормалізації роботи органів травної системи, цілеспрямованого догляду за шкірою.

З. Банадига Н.В., Волошин С.Б.

ОСОБЛИВОСТІ СИСТЕМНОГО ІМУНІТЕТУ У ДІТЕЙ З АЛЕРГІЧНИМ ФЕНОТИПОМ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль

Значення імунологічних механізмів у виникненні та перебігу бронхіальної астми (БА) залишаються в колі підвищеної уваги дослідників, оскільки попри базисну слід диференційовано вирішити питання імуномодуючої чи специфічної імунотерапії. Обстежено 45 дітей віком від 3 до 18 років, серед яких у 41 (91,1 %) пацієнта БА була частково контрольована, у 4 (8,9 %) - ремісія. Діагностовані суттєві зміни з боку клітинного імунітету. Зокрема, зниженими були кількість CD3+ лімфоцитів ($p < 0,001$), CD4+ ($p < 0,01$) та CD8+ лімфоцитів ($p < 0,001$). Водночас, імунорегуляторний індекс підвищився не залежно від фази БА (відповідно: $2,46 \pm 0,06$ ($p < 0,01$) та $2,74 \pm 0,19$ ($p < 0,001$)). Встановлено підвищення відносного вмісту CD22+ ($p < 0,001$) та стан дисімуноглобулінемії. Зміни гуморальної ланки імунітету представлені першочергово істотно високим рівнем Ig E ($p < 0,001$) у поєднанні із нормальним рівнем IgA ($1,98 \pm 0,11$) г/л, IgG ($11,39 \pm 0,50$) г/л, IgM

(1,23±0,06) г/л. Алергічний фенотип БА характеризувався саме високим вмістом Ig E (474,06±68,42) МО/мл (p<0,001) в крові. При цьому у 15,4 % пацієнтів загальний Ig E сягав значень, більше 1000 МО/мл. Діагностовані зміни імунологічної рівноваги потребують на наступному етапі проведення визначення рівня специфічних Ig E, що дасть можливість скласти індивідуальні плани ведення хворого із алергічним фенотипом БА і забезпечити належну якість життя дитини.

4. Боднар Л.П., Степанова Г.М.

ТЕРАПЕВТИЧНЕ НАВЧАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ ЯК ЗАСІБ ПРОФІЛАКТИКИ РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОГО ЛЕГЕНЕВОГО СЕРЦЯ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського», Черкаський медичний коледж.

Мета – сформулювати основні принципи терапевтичного навчання пацієнтів, за участю медичних сестер, задля запобігання хронічного легеневого серця (ХЛС) у хворих на бронхіальну астму (БА) на основі динамічного аналізу даних анкетування.

Обстежено 35 хворих на БА, які пройшли навчання в астма-школі.

За даними аналізу анкет, терапевтичне навчання пацієнтів з БА та ХЛС за участю медичних сестер повинно включати формування у хворого:

- стійкого переконання щодо життєвої необхідності відмови від куріння;
- чіткого уявлення про необхідність уникати переохолодження, скорочувати перебування на свіжому повітрі у холодну пору, носити теплий, вільний, непромокаючий одяг і тепле, вільне, сухе взуття, не вживати алкоголь та інші психоактивні речовини тощо;
- оволодіння необхідними практичними навичками індивідуального зняття астматичного приступу;
- розуміння необхідності вчасно лікувати інфекційно-запальні хвороби органів дихання та інші хвороби, що ускладнюються розвитком легеневого серця;
- усвідомлення, що кожне захворювання на ГРВІ, грип, бронхіт суттєво формують незворотні зміни бронхо-легеневої і серцево-судинної систем, які пришвидшують формування ХЛС та перехід його з компенсованої форми у декомпенсовану;

Терапевтичне навчання хворих БА доцільно застосовувати у практичній роботі медичних сестер та астма-школах за участю лікарів.

5. Butov DO, Shevchenko OS, Stepanenko HL

ASSOCIATION OF C-REACTIVE PROTEIN GENE POLYMORPHISM WITH RECURRENT PULMONARY TUBERCULOSIS

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Background and objective: To study association of C-reactive protein gene polymorphism with recurrent pulmonary tuberculosis (RPTB).

Methods: The study comprised 130 individuals in Kharkiv region of Ukraine

including 100 patients with RPTB (group 1) and 30 healthy donors (group 2). Serum levels of C-reactive protein were evaluated by ELISA. Investigations of gene polymorphisms of these cytokines were performed using restriction analysis of the amplification products of specific regions of the genome. Polymorphic variant were examined: promoter region C3872T gene C-reactive protein.

Results: In the 1st group the levels of C-reactive protein were 5.70 ± 0.08 mg/L, while in 2nd group these value were 3.91 ± 0.20 mg/L ($p < 0.05$). Among patients with RPTB the heterozygous CT genotype was most prevalent: $68.00 \pm 4.66\%$ (N=68) for C-reactive protein ($p < 0.05$). The homozygous TT genotype was accordingly less common: $21.00 \pm 4.07\%$ (N=21) and remaining had homozygote CC genotype, i.e., $11.00 \pm 3.13\%$ (N=11) for C-reactive protein. In contrast, most of healthy donors had homozygous CC genotype with $56.67 \pm 9.05\%$ (N=17) with low frequency of mutations: $26.67 \pm 8.07\%$ (N=8) and heterozygous CT genotype $16.67 \pm 6.80\%$ (N=5) for C-reactive protein genes ($p < 0.05$).

Conclusion: Compared to healthy controls patients with RPTB had significantly higher levels of serum C-reactive protein. This coincided with greater frequency of heterozygous CT polymorphism C3872T genes of C-reactive protein. Further studies are warranted whether higher rate of recurrent TB has a causal immunogenetic relationship to polymorphism of genes encoding for C-reactive protein.

*б.Волинець К.В., Господарський І.Я, Рега Н.І., Зарудна О.І.,
Ястремська С.О.*

ВПЛИВ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЇ КИСЛОТИ НА ЦИТОКІНОВИЙ БАЛАНС У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С ІЗ СУПУТНЬОЮ КРІОГЛОБУЛІНЕМІЄЮ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

З метою вивчення впливу УДХК на клінічний перебіг і цитокіновий баланс у хворих нами було обстежено 66 хворих на ХГС. Тривалість гепатиту у них була від 1 до 8 років. При обстеженні у хворих на ХГС спостерігали значне зменшення продукції ІЛ-2 та ІФН- α , порівняно з показниками у практично здорових донорів крові ($P < 0,05$). Натомість показники ІЛ-4, ІЛ-6 і ТНФ- α були достовірно підвищеними ($P < 0,05$). Перелічені зміни свідчать про зниження рівня цитокінів, асоційованих з Т-хелпер-1 імунною відповіддю (ІЛ-2, ІФН- α), на тлі наростання тих, які зв'язані з активністю Т-хелперів 2-го типу. Окрім того, у хворих на ХГС була достовірно знижена продукція інтерферону. У пацієнтів з кріопатією 2-го типу перелічені зміни були виражені значно сильніше, а дисбаланс цитокінів – значно глибшим. У той же час, за наявності КГЕ 3-го типу спостерігали найменш виражені зміни показників досліджуваних цитокінів і менш глибокий дисбаланс, порівняно з пацієнтами без супутньої кріопатії. Прийом УДХК у хворих на ХГС значною мірою усував цитокіновий дисбаланс. Застосування УДХК сприяло зниженню вмісту Т-хелпер-2 асоційованих цитокінів і наростанню – Т-хелпер-1 асоційованих імунопептидів. У хворих з супутньою кріопатією 2-го типу лікувальний ефект УДХК був більш вираженим, а зміни концентрації цитокінів – більш глибокими. Під впливом

терапії в обстежуваних з 2-м типом кріопатії збільшився рівень ендogenousного інтерферону. На противагу цьому, при кріопатії 3-го типу ефект УДХК був мінімальним.

Таким чином, застосування УДХК сприяє відновленню цитокінового балансу у хворих на ХГС, сприяючи збільшенню рівня Т-хелпер-1 цитокінів у випадку зниження їх продукції, і зменшенню – Т-хелпер-2 цитокінів при підвищеному їх рівні.

7. Городецький В.Є.

ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ГІГІЄНИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ЗАЛЕЖНО ВІД СТАДІЇ ЗАХВОРЮВАННЯ.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОН України».

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) – системне захворювання, при якому в патологічний процес задіюються не тільки органи дихання, але і серцево-судинна, сечовидільна та травна системи. Інтерес до механізмів розвитку патології ротової порожнини при ХОЗЛ обумовлений тісною анатомічним та функціональним зв'язком травної та дихальної системи, спільністю їхньої іннервації, крово-, лімфо постачанням. Дані про особливості та частоту поєднаних патологій досить протирічні. Проте відомо, що при захворюваннях органів дихання відбуваються функціональні та морфологічні зміни в пародонтальному комплексі, пов'язані з порушеннями метаболізму, гемодинаміки, імунологічними і нейрорегуляторних порушеннями, зрушеннями мікробіоценозу. Причому між ураженими органами найчастіше є тісний функціональний зв'язок, який веде до взаємообтягуючого перебігу цих захворювань. При цьому терапія з приводу основного захворювання може впливати й на тканини порожнини рота.

Матеріали і методи. Діагноз ХОЗЛ був встановлений на підставі результатів клінічного дослідження, даних лабораторно-інструментальних досліджень. Гігієнічний стан порожнини рота визначали за допомогою індексу: Green-Vermillion, ОНІ-S (1964). Статистична обробка отриманих результатів проводилась за допомогою програмного забезпечення «Excel» («Microsoft», США) та «SPSS 17 (IBM) з використанням параметричних і непараметричних методів оцінки.

Результати. У дослідження було включено 86 пацієнтів віком у середньому (56±9) років, з них - 58 (67,4 %) чоловіків і 28 (32,6 %) жінок. Чоловіки виявились старшими за віком, який у середньому становив у них (58±8) років. а серед жінок - (52±10) років, $p=0,007$. Водночас, чоловіки та жінки не відрізнялися між собою суттєво за тривалістю захворювання, яка серед чоловіків становила (13±5) міс., а серед жінок - (12±5) міс., $p=0,27$.

ХОЗЛ II ст. діагностовано у 30 (34,9 %) хворих, ХОЗЛ III ст. - у 38 (44,2 %) хворих, ХОЗЛ III ст. - у 18 (20,9 %) хворих.

У цілому, індекс гігієни в усіх пацієнтів становив (2,43±0,76), із них - у 14

(16,3 %) він був класифікований як "добрий", у 21 (24,4 %) хворих - як "задовільний" та у 51 (59,3 %) хворих - як "поганий".

Пацієнти II та III стадій ХОЗЛ не відрізнялися між собою достовірно за віком, який становив, відповідно (53±11) років та (55±7) років, $p=0,42$. Середня тривалість хвороби була достовірно більшою у пацієнтів із III стадією ХОЗЛ і становила (13,7±4,2) міс. порівняно із (9,0±2,2) у пацієнтів із II стадією ХОЗЛ, $p<0,001$ (рис. 3.5, 3.7). Індекс гігієни ротової порожнини у пацієнтів III стадії становив (3,53±0,69) у порівнянні із (1,94±0,91) у пацієнтів II стадії, $p<0,001$.

Висновки.

1. У роботі встановлено наявність взаємозв'язків між стадією ХОЗЛ, наявністю інфекційних або неінфекційних загострень, станом гігієни ротової порожнини.
2. Тривалість захворювання та індекс гігієни ротової порожнини за даними множинної регресії є незалежними предикторами інфекційних загострень ХОЗЛ.
3. Догляд за станом ротової порожнини має потенційну роль у профілактиці розвитку інфекційних загострень ХОЗЛ і покращення якості життя пацієнтів.

8. *Гришук Л.А., Луцишин К.О., Єрмак І.З, Романів Т.В., Демчук Ю.В., Дереш Н.В., Кицай Л.Г.*

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК АМІОДАРОНОВОЇ ЛЕГЕНІ У ПРАКТИЦІ ФТИЗІАТРА

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»¹

КУТОР " Тернопільський обласний протитуберкульозний диспансер"².

Аміодарон – високоефективний антиаритмічний препарат (ААП) III класу (за класифікацією Е.М. VaughanWilliams), що має широкий спектр електрофізіологічних властивостей і застосовується як при надшлуночкових, так і при шлуночкових порушеннях ритму. Після 35 років клінічного застосування аміодарон залишається основним антиаритмічним засобом, який включено до останніх рекомендацій Європейського товариства кардіологів щодо лікування фібриляції передсердь, серцевої недостатності (СН), профілактики раптової смерті.

Висока ефективність аміодарону зумовлена сукупністю властивостей препарату, які відрізняють його від інших антиаритмічних засобів. Проте його застосування може супроводжуватися появою низки серйозних побічних ефектів, які на тлі терапії аміодароном спостерігаються дещо частіше, ніж під час лікування іншими антиаритмічними препаратами. За узагальненими даними, у разі використання низьких доз аміодарону (200 мг/добу) для профілактики пароксизмів фібриляції та тріпотіння передсердь загальна частота побічних ефектів коливається від 17 до 52%. В 1-15% випадків аміодарон

доводиться відмінити через важкі побічні ефекти, одним із найбільш серйозних серед яких є пошкодження легень. Амідарон – антиаритмічний препарат з доведеною легеневою токсичністю, і нині описано декілька варіантів токсичного ураження легень: гострий респіраторний дистрес-синдром, облітеруючий альвеоліт із пневмонією, одиничні інфільтрати. Втім, найбільш характерним є інтерстиціальний фіброз із подальшим розвитком пневмосклерозу. При цьому ураження легень перебігає за типом фіброзуючого альвеоліту і є загальною моделлю медикаментозного пошкодження легень.

Дослідження щодо частоти, загальних закономірностей виникнення амідаронової легені поодинокі та фрагментарні, хоча в останні роки цю патологію описують усе частіше, особливо в зарубіжній літературі. За даними деяких авторів, у 5-17% пацієнтів, які приймають амідарон, може спостерігатися токсичний вплив на легеневу тканину, і при цьому смертність становить 5-15%. Ураження легень може розвиватися в різні проміжки часу – від декількох тижнів до декількох років терапії зазначеним препаратом (у середньому 18-24 міс). Факторами, які зумовлюють токсичний вплив лікарського засобу на легеневу паренхіму, є високі дози, тривале використання (більше року), а також вік пацієнта понад 60 років.

Певну роль у виникненні амідаронової легені можуть відігравати й генетичні особливості організму, які на сьогодні до кінця не вивчені. Існує точка зору щодо генетичної схильності до підвищеного фіброзоутворення в легенях у відповідь на неспецифічне пошкодження епітелію, вивчається генетична схильність до розвитку дифузних захворювань легень. Крім того, наявність супутньої хронічної бронхолегеневої патології підвищує ризик токсичного ураження легень. Розпізнати ятрогенне пошкодження легень буває досить важко. Його клінічними проявами є виражена задишка, хрипи в легенях, гіпоксемія, збільшення ШОЕ, кількості лейкоцитів, активності лактатдегідрогенази. Значно ускладнює діагностику те, що симптоми медикаментозного пошкодження легень неспецифічні, і цей стан тривало перебігає під масками таких поширених серцево-судинних та легневих патологій, як СН, ХОЗЛ. Спостерігається прогресуючий кашель, задишка, у деяких випадках – субфебрилітет. У пацієнтів із ХОЗЛ ці симптоми розцінюються як загострення основного захворювання, що ускладнює діагностику «амідаронової легені»

Клінічний випадок: Пацієнтка С., 66 років, пенсіонерка. Зміни в легенях виявлені під час лікування в кардіології з приводу ІХС. Періодично 2-3 рази на рік отримує кордарон для відновлення ритму. В 60-тих роках хворіла на туберкульоз (ТБ) легень з бактеріовиділенням, лікувалась, ефективно. Рецидивів туберкульозу не було. В кардіології отримала курс неспецифічної АБ-терапії. При контрольному Ro-обстеженні без динаміки, скерована в Тернопільський обласний протитуберкульозний диспансер для подальшої діагностики та лікування.

Під час перебування у стаціонарі хворій були виконані наступні дослідження: 1. Загальний аналіз крові (гіпохромна анемія, підвищення ШОЕ).

2. Біохімічний аналіз крові (підвищення рівня білка, креатиніну). 3. ЕКГ-ознаки гіпертрофії лівого шлуночка. 4. Ро-обстеження в 1-2 сегментах легень метаспецифічний фіброз. Вогнищеві тіні високої інтенсивності. З обох сторін в середніх і нижніх легневих полях наявні ділянки інфільтративних змін. При виписці динаміка розсмоктування інфільтративних змін. ЗЗТБ без динаміки.

5. Комп'ютерна томографія ОГП (Рис.1-3). В S1 – S2 легень фіброз, щільні кальциновані дрібні вогнища. З обох сторін переважно у верхніх та середніх відділах на фоні ущільненого інтерстицію визначаються інфільтрати по типу матового скла, різні по формі та розмірах – в верхніх частках в центральних відділах зливного, дифузного характеру, в середній та нижній частках – більше вогнищезового характеру. Інфільтрати локалізуються перибронховаскулярно, біля між часткової плеври, тоді як периферичні відділи легень відносно збережені. Трахея і бронхи прохідні. Кальциновані бронхопультмональні лімфовузли з обох сторін. Вільна рідина, газ в плевральних порожнинах не визначається. Органи середостіння розміщені серединно. Визначаються біфуркаційні, паратрахеальні лімфовузли середостіння до 8 мм, ущільнені. Серце розширене в поперечнику. Випоту в перикарді не виявлено. Наднирники не потовщені. Дрібні кальцинати в селезінці. Збільшена ліва частка щитовидної залози, в структурі є вузли d- 10 - 14мм з включеннями кальцію.

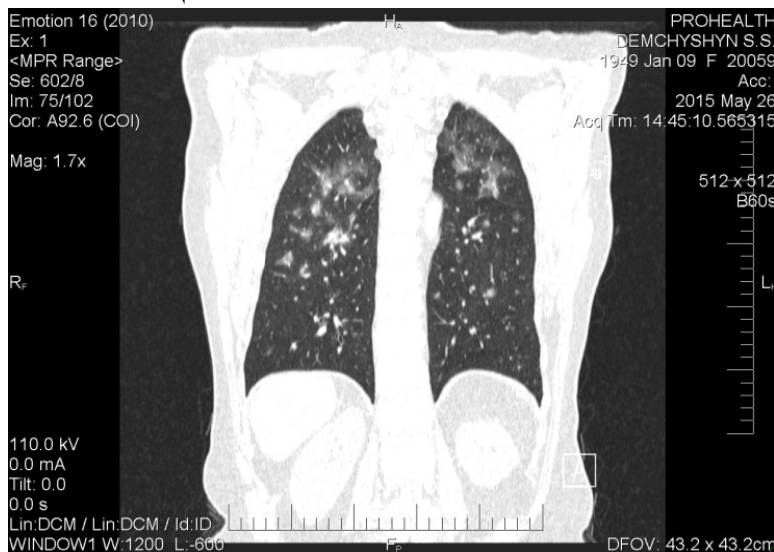


Рис 1-3. Комп'ютерна томографія пацієнтки С

Висновок: Залишкові зміни ТБ легень. Ознаки двобічного ураження по типу пневмоніту (зміни не специфічні, можуть відповідати ряду захворювань в тому числі аміодаронової легені, ЕАА, інтерстиціальної пневмонії).

Враховуючи анамнез життя (часті курси лікування кордароном) та клініко – рентгенологічні дані пацієнтці верифіковано діагноз: Гіперсенситивний пневмоніт « Аміодаронова легеня» , залишкові зміни перенесеного ТБ (1960-1963р.р.).

Хворій проведена гормонотерапія по знижуючій інтермітуючій схемі, препарати калію, вазодилататори. Пацієнтка виписана із покращенням клініко-рентгенологічних даних.

9. Грінченко Л.А., Мадич С.В.

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ СЕРЕД ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ПО ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ

КУТОР « Тернопільський обласний протитуберкульозний диспансер»,
м. Тернопіль, Україна

Кількість дітей, виявлених з туберкульозом по області за останні роки різко зменшилась, показник на 100 тис-0,6. Це найнижчий показник по Україні (середній показник 7,4 на 100 тис). В 2013р- 4,8 на 100 тис. населення , в 2012 р. цей показник становив 5,3. По кількості випадків- в 2011 році- 7, в 2012- 9, в 2013р- 8. Зменшення кількості дітей пов'язано з критично низьким показником виконання плану туберкулінодіагностики (16,4%), не виявляються діти з первинними формами туберкульозу при профоглядах. На протязі року захворіло активними формами туберкульозу – 12 підлітків- 32,8 на 100 тис, (2013 р. – 6- 15,6 на 100 тис).

Аналізуючи структуру захворюваності встановлено наступне: 7 підлітків взяті на облік з приводу легеневого туберкульозу, 5- позалегеневого туберкульозу(1- тубплеврит, 4- туберкульоз шкіри). По 3 категорії-5 людей (1- інфільтративний туберкульоз, 4- туберкульоз шкіри), по 1 категорії- 3 підлітка, по категорії 4 - 4 випадки. У 6 підлітків зареєстровано запущену форму туберкульозу(з бациловиділенням), з них 4 підлітка лікувались з хіміорезистентним туберкульозом, у одного зареєстровано туберкульоз легень у поєднанні з ураженням хребта. У 4 підлітків гістологічно підтверджений туберкульоз шкіри(лікуються в Плотницькій лікарні), 1 підліток з туберкульозним плевритом.

Встановлено, що захворюваність туберкульозом підлітків збільшилась і становить по всіх формах туберкульозу на 100 тис. населення - 31,2 (2013 р. –15,6). Середній показник по Україні 23,1 на 100 тис.

На протязі останніх 5-ти років недовиконується план по туберкулінодіагностиці, в 2014р цей показник рекордно низький, відповідно частина дітей залишається поза увагою фтизіатрів, їм не проводиться хіміопрфілактика.

На протязі 2014 року по області підлягало туберкулінодіагностиці 175391

дитини, охоплено 28 808 дітей, відсоток охоплення становить 16,4% . В 2013 році підлягало туберкулінодіагностиці 174517 дитини, охоплено 42 883 дітей, що становило 24,6 %. 100- відсоткове виконання плану по туберкулінодіагностиці не виконав жоден район. Це пов'язано з відсутністю туберкуліну, який закупається за кошти місцевих бюджетів, неможливістю проведення закупки та відмовами (1,2%) від проведення проби Манту.

По області на тисячу дитячого населення припадає 164 проби, в 2013 році 246. Даний показник обумовлений тим, що в області несвоєчасно і в недостатній кількості закупаляти туберкулін за кошти місцевих бюджетів, мотивуючи дороговартістю даного препарату та неможливістю закупки. Якщо порівняти 2009, 2010, 2011 роки, то цей показник збільшувався кожного року, але в 2012 та особливо в 2013, 2014 роках відмічається катастрофічне зниження, що може обумовити ріст захворюваності запущеними формами туберкульозу у дітей.

10. Гнатюк М.С., Слабий О.Б., Коноваленко С.О.

ОСОБЛИВОСТІ МІСЦЕВИХ ІМУННИХ РЕАКЦІЙ В БРОНХАХ ПРИ РЕЗЕКЦІЇ РІЗНИХ ОБ'ЄМІВ ПАРЕНХІМИ ЛЕГЕНЬ

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Гобачевського МОЗ України", м Тернопіль

Відомо, що місцевим імунним реакціям належить важлива роль в патогенезі поразень органів дихальної системи та морфогенезі легень після їх резекції. Варто також зазначити, що багато питань, які стосуються місцевого імунного гомеостазу не досліджені і потребують свого вирішення. У експерименті на 33 статевозрілих щурах-самцях досліджені місцеві імунні реакції у слизовій оболонці головних та часткових бронхів. Дослідні тварини були розділені на 3-и групи. 1-а група (контрольна) нараховувала 12 щурів, 2-а – включала 11 тварин, яким виконували верхню правосторонню лобектомію, 3-я –10 дослідних щурів після правосторонньої пульмонектомії. Операції виконувалися в умовах тіопенталового наркозу з дотриманням правил асептики та антисептики.

Евтаназію білих щурів проводили через 3 місяці від початку досліду кровопусканням в умовах тіопенталового наркозу. В слизовій оболонці бронхів за допомогою імуногістохімічних та імунофлюоресцентних методів визначали число плазматичних клітин, які синтезують Jg A, Jg M, Jg G, Jg E, на 1 мм² досліджуваної тканини.

При гістологічному вивченні вказаних бронхів після лобектомії структурних змін не виявлено. Після правосторонньої пульмонектомії в слизовій оболонці досліджуваних структур спостерігалися помірно виражені судинні розлади, набряк, десквамація поодиноких епітеліоцитів, невеликі осередки дистрофій, некробіозу епітеліоцитів, стромальних структур. Зростала при цьому інфільтрація слизової оболонки бронхів лімфоцитами, гістіоцитами, плазматичними клітинами, збільшувалося число плазматичних клітин, що продукують Jg A, Jg M, Jg G, Jg E. Морфометрично виявлено виражену

варіабельність та нестабільність співвідношень між ними, що свідчило про порушення місцевих імунних реакцій. Слід зазначити, що знайдені імунні зміни корелювали з морфологічними пошкодженнями стінки досліджуваних бронхів. Таким чином, видалення великих об'ємів паренхіми легень може ускладнюватися порушеннями локального імунного гомеостазу.

І.І.Гнатюк М.С., Коноваленко С.О., Татарчук Л.В.

**ЗМІНИ ЛОКАЛЬНИХ ІМУННИХ ПРОЦЕСІВ У ДВНАДЦЯТИПАЛІЙ
КИШЦІ ПРИ РЕЗЕКЦІЯХ РІЗНИХ ОБ'ЄМІВ ПЕЧІНКИ**
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені
І.Я. Горбачевського МОЗ України"

Відомо, що резекція печінки у віддалені післяопераційні строки може ускладнюватися синдромом портальної гіпертензії, при якому зростає опір в системі ворітної вени, що суттєво погіршує венозний дренаж з травного каналу і призводить до патологічних змін у органах травної системи.

Експерименти проведені на статевозрілих щурах-самцях, яким здійснені резекції різних об'ємів печінки. Через 30 діб від початку експерименту проводили евтаназію тварин кровопусканням в умовах тіопенталового наркозу.

Виражена морфологічна перебудова судин мікрогемодинамічного русла та структур дванадцятипалої кишки спостерігалася вже після резекції 40 % об'єму печінки, а найбільш виражені морфологічні зміни визначалися при резекції більше 70 % паренхіми печінки. При цьому відмічалася венозне повнокров'я, стази у венозних структурах, сладж-феномен, тромбози, перивазальні крововиливами та набряк. Виявлені процеси призводили до дистрофічних, некробіотичних змін епітеліоцитів, ендотеліоцитів, стромальних структур, клітинної інфільтрації лімфоцитами, гістіоцитами, плазматичними клітинами та склерозування. У слизовій оболонці виражено зменшувалася кількість S IgA, число плазматичних клітин з Ig A, нерівномірно диспропорційно зростала кількість плазмоцитів з Ig G, Ig M, що свідчило про порушення локального імунного гомеостазу та зниження імунного захисту слизової оболонки дванадцятипалої кишки.

Отже, отримані результати свідчать, що резекції великих об'ємів паренхіми печінки призводять до виражених порушень локальних імунних реакцій у дванадцятипалій кишці, зниження імунного захисту та розвитку патологічних процесів.

12. Заєць Т.А., Марущак М.И., Дзыга С.В., Бакалець О.В., Бегощ Н.Б.

ЗМІНИ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГАСТРОДУОДЕНІТ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.
Горбачевського МОЗ України»*

У хворих на патологію органів травлення часто розвивається остеодефіцит (ОД). Однак, повністю не з'ясовані механізми його формування.

Мета роботи – вивчити тривалість захворювання, як предиктор розвитку структурно-функціональних змін кісткової тканини (КТ) у хворих на хронічний гастродуоденіт (ХГД).

Обстежено 30 хворих на ХГД. Серед обстежених було 17 чоловіків (56,7 %) та 13 жінок (43,3 %). Середній вік хворих становив $(37,13 \pm 2,16)$ років. Для характеристики гетерогенності змін мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) хворі були поділені на 2 групи: I групу становили 12 (40,0 %) пацієнтів з нормальною МЩКТ, II – 18 (60,0 %) обстежених з остеопенією. У кожній групі проводили оцінку основних денситометричних показників і вплив на них тривалості захворювання. Поміж хворих на ХГД було 14 обстежених з тривалістю захворювання до 5 років та 16 осіб з тривалістю від 6 до 10 років. Для верифікації діагнозу використовували широкий спектр клінічних і лабораторно-інструментальних обстежень. Денситометричне обстеження поперекового відділу хребта та проксимального відділу правої стегнової кістки проводили на апараті Lunar (США). Аналіз змін КТ залежно від тривалості захворювання виявив, що зі збільшенням давності хвороби поглиблюється ОД. Так, у пацієнтів із тривалістю захворювання від 6 до 10 років показники МЩКТ зменшились на 11,6 та 6,8 % у поперековому відділі хребта та правій стегновій кістці відповідно.

ВИСНОВОК: Глибина змін мінеральної щільності кісткової тканини за умов хронічного гастродуоденіту залежить від тривалості захворювання.

13. Ільницький Г. І.

ЕЛЕМЕНТИ КОМП'ЮТЕРНО-ІНФОРМАЦІЙНОГО ТА МАТЕМАТИЧНОГО МОДЕЛЮВАННЯ ПРИ ВІДБІРКОВІЙ ОЦІНЦІ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ СИТУАЦІЇ З ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Грунтуючись на комп'ютерно-інформаційних технологіях спостережень з елементами математичного моделювання проведена вибіркова оцінка захворюваності на туберкульоз в різних вікових категоріях населення (діти, підлітки, дорослі) на етапі прогресуючого погіршення (2000-2004 рр.) та в умовах відносної стабілізації (2005-2009 рр.) епідемії. При аналізі використані статистичні дані, форми звітності та цифрові матеріали банку даних по Львівській області і Україні.

Отримані результати досліджень дозволили стверджувати, що серед загальної популяції населення середній показник захворюваності на

туберкульоз в Україні значно перевищував такий у Львівській області незалежно від вікового цензу. В той же час, захворюваність у вогнищах туберкульозної інфекції свідчила про зростання даного показника у Львівській області як у дитячому, підлітковому віці так і у дорослих, що обґрунтувало більш якісну реалізацію протиепідемічних лікувально-профілактичних заходів.

Застосування комп'ютерно-інформаційного та цифрового моделювання і обробки отриманих результатів досліджень дозволило узагальнити, об'єктивізувати та визначити основні напрямки протидії туберкульозу в умовах відносної стабілізації епідеміологічної ситуації.

14. Караяни О.¹, Гинда С.¹, Лесник Э.², Нигуляну А.²

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ И ПНЕВМОНИЕЙ С ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ

Институт Пневмофтизиологии им. Кирилла Драганюка, Республика Молдова¹
Кафедра Пневмофтизиологии, Кишиневский Государственный Университет Медицины и Фармации им. Н. Тестемицану, Республика Молдова²

Туберкулез является актуальной проблемой для общественного здравоохранения Р. Молдова. В 2001 Молдова приняла рекомендованную ВОЗ-ом стратегию по борьбе с туберкулезом – DOTS, в основе которой лежит пассивный метод выявления туберкулеза, базирующийся на данных микроскопического исследования и, как результат, встречающий затруднения при проведении дифференциальной диагностики.

Цель: сравнительное изучение показателей клеточного иммунитета у больных с распространенным туберкулезом легких и пневмонией с тяжелым течением.

Материал и методы: в ретроспективное, селективное и описательное исследование были включены 129 больных с распространенным инфильтративным туберкулезом легких (основная группа - ОГ) и 65 пациентов с пневмонией с тяжелым течением (контрольная группа - КГ). Полученные результаты сравнивали с данными 50 здоровых добровольцев.

Результаты Содержание естественных киллеров (CD-16) до начала лечения было повышено в обеих группах в сравнении со здоровыми ($t=5,4$; $p<0,001$ для ОГ и $t=4,7$; $p<0,001$ для КГ). После лечения отмечено снижение содержания CD-16 в обеих группах, но только в основной группе это снижение было достоверным ($t=5,56$; $p<0,001$). Содержание CD3-лимфоцитов в обеих группах значимо не различалось и было достоверно ниже, чем у здоровых ($t=16,6$; $p<0,001$ для ОГ и $t=12,0$ $p>0,001$ для КГ). После лечения содержание CD3-лимфоцитов повысилось достоверно только в основной группе ($t=2,1$;

$p < 0,05$). Содержание CD4-лимфоцитов не выявило достоверных различий в обеих группах, и также при сравнении со здоровыми добровольцами. После лечения содержание CD4-лимфоцитов в основной группе достоверно повысилось ($t=2,1$; $p < 0,05$), а в группе сравнения отмечено только устойчивая тенденция к повышению. Содержание CD8-лимфоцитов в обеих группах было примерно одинаковым и достоверно ниже, чем у здоровых ($t=18,6$; $p < 0,001$ для ОГ и $t=14,8$ $p > 0,001$ для КГ). После лечения содержание CD8-лимфоцитов в основной группе и в группе сравнения имели устойчивую тенденцию к повышению, более выраженную в группе сравнения, поэтому после выписки содержание CD8-лимфоцитов в контрольной группе было достоверно выше, чем в основной группе ($t=2,14$; $p < 0,05$). Функциональная активность лимфоцитов Т в тесте бласттрансформации лимфоцитов с фитоагглютинином в обеих группах без значимых различий и достоверно ниже, чем у здоровых добровольцев ($t=14,8$; $p < 0,001$ для ОГ и $t=14,4$ $p > 0,001$ для КГ). После лечения функциональная активность лимфоцитов Т достоверно повысилась в основной группе ($t=2,2$; $p < 0,05$).

Выводы: подавление количественных и функциональных параметров лимфоцитов Т и их субпопуляций, отмечается как при туберкулезе легких, так и при пневмонии с тяжелым течением, однако более выраженное у больных туберкулезом. В динамике измененные показатели эффективнее нормализуются у больных туберкулезом легких, чем при тяжелой пневмонии. Это может быть обусловлено коротким сроком лечения больных с пневмонией, в течение которого не происходит нормализация клеточного иммунитета.

15. Кізан Р.Л., Проць Л. Р., Медецька Н. В., Брик О.В.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ВІЯВЛЕННЯ МІКОБАКТЕРІЙ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

КУТОР «Тернопільський обласний протитуберкульозний диспансер»,
м. Тернопіль, Україна

Згідно з даними офіційної статистики захворюваність на туберкульоз в Україні зменшується, проте відсоток стійких його форм невпинно зростає. Саме тому своєчасна діагностика туберкульозу та швидке і достовірне визначення медикаментозної чутливості його збудника стає дедалі актуальнішою.

На даний час, крім клініко – рентгенологічного обстеження у хворих з підозрою на туберкульоз, широко використовуються методи бактеріологічного обстеження хворих: бактеріоскопічний, бактеріологічний (культуральний) – посіви на щільні та рідке середовища з подальшим визначенням тесту медикаментозної чутливості, та відносно новий для України молекулярно – генетичний, так званий експрес метод, що проводиться за допомогою апарату «Джин Експерт» і дозволяє виявити м. Tuberculosis і її стійкість до одного із найактивніших протитуберкульозних препаратів – рифампіцину, вже за дві години.

За перший квартал 2015 р. у КУТОР «Тернопільський обласний протитуберкульозний диспансер» було обстежено 111 хворих на туберкульоз.

З них м. Tuberculosis було виявлено методом бактеріоскопії у 36 хворих (32.4%), бактеріологічним методом (щільні середовища та ВАСТЕС) – у 68 хворих (61.3%), та молекулярно – генетичним методом (за допомогою апарату «Джин Експерт») – у 54 хворих (48.6%).

За даними молекулярно – генетичного методу із 54 позитивних результатів (нові випадки туберкульозу) стійкість до рифампіцину виявлено у 6-ти хворих (5.4 % від загальної кількості обстежених хворих) За даними бактеріологічного обстеження, монорезистентність до рифампіцину виявлено в 2 – ох випадках (2.9 % від загальної кількості обстежених хворих). Будь – яка стійкість до рифампіцину в поєднанні з іншими препаратами I-го ряду, у тому числі мультирезистентність, виявлена у 11 – хворих (16, 2% від загальної кількості обстежених хворих).

Висновки

1. Швидка та якісна діагностика туберкульозу, своєчасне визначення тесту медикаментозної чутливості значно спрощує встановлення правильного діагнозу та призначення адекватної схеми лікування.

2. Використання лише окремих методів діагностики та визначення медикаментозної чутливості збудника туберкульозу є значно менш ефективним , ніж їх комплексне поєднання.

16. Кізан Р.Л., Білик С.О.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ДІАГНОСТИКИ АДЕНОМИ БРОНХА КУТОР “Тернопільський обласний протитуберкульозний диспансер”.

Хворий І., 1961 р.н., поступив у 17/04/15 в терапевтичне відділення ЦРЛ по місцю проживання із скаргами на сухий надсадний кашель, підвищення температури тіла до 40 С, загальну слабкість, задишку при незначному фізичному навантаженні. З анамнезу відомо , щозахворів гостро. Симптоми розвинулись на протязі трьох днів. Із слів хворого протягом останніх 3-ох місяців періодично турбував малопродуктивний кашель.

В ЦРЛ при рентгенообстеженні виявлено негомогенні інфільтративні зміни в S 1-2 зліва. Запідозрено позагоспітальну лівобічну верхньодольову пневмонію середнього ступеня важкості. Розпочато лікування антибіотиками широкого спектру дії. Стан хворого значно покращився, регресувала симптоматика захворювання. Через 14 днів після початку лікування у хворого повторно піднялась Т тіла до 37,9 С, повернувся малопродуктивний кашель. При рентгенологічному контролі в ЦРЛ (27.04.15) - S 2 інфільтративні зміни розсмоктались, проте з’явилась явища вираженої гіповентиляції (ателектазу) S 1 зліва. Хворого направлено в обласний протитуберкульозний диспансер з підозрою на туберкульоз, онкозахворювання.

У протитуберкульозному диспансері 28.04.15 при дообстеженні: аналіз мокротиння МБТ (-), МГ(-), М(-), на ЦФГ даних за ателектаз немає, в S 1 зліва вогнище до 1.5 см, з незначною інфільтрацією. 30.04.2015 на фібробронхоскопії

пухлинний утвір з гладкою поверхнею біло — рожевого кольору на ніжці лівого верхньочасткового бронха, стеноз III ст, дифузний катаральний ендобронхіт. Під час повторної бронхоскопії (06.05.2015) за допомогою діатермічної петлі проведено видалення утвору, при гістологічному дослідженні якого встановлено аденому. Хворого в задовільному стані (08.05.2015) виписано без скарг із стаціонару.

17. Корнага С.І., Медвідь Л.І., Корнага Т.В., Панькевич М.В.

ГЕМОДИНАМІКА ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», Тернопільський обласний протитуберкульозний диспансер, м. Тернопіль, Україна

Гострою і актуальною медико-соціальною проблемою в Україні і в світі є сьогодні туберкульоз. Питання боротьби з туберкульозом є одним із пріоритетів державної політики у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку. Особливостями сучасної епідемії туберкульозу в Україні є велика кількість занедбаних форм, поширені двобічні полідеструктивні процеси, що супроводжуються бактеріовиділенням і медикаментозною резистентністю. Важливим завданням фтизіатрії є лікування найбільш загрозливих в епідемічному відношенні хворих на туберкульоз легень. Низька ефективність терапії цих хворих зумовлена незворотним морфологічними змінами в легеневій тканині, медикаментозною резистентністю, непереносимістю протитуберкульозних препаратів, специфічними і неспецифічними ускладненнями, супровідною патологією. Тому понад 50 % хворих на туберкульоз легень потребують хірургічного лікування.

Метою роботи було вивчення частоти і характеру серцево-судинної патології у хворих прооперованих з приводу туберкульозу легень.

Проаналізовано 300 медичних карт стаціонарних хворих на туберкульоз легень, які лікувалися в Тернопільському обласному протитуберкульозному диспансері за 2011-2014 роки. Вік хворих коливався в межах 20-72 роки, осіб чоловічої статі було 250 (83,3 %), жіночої — 50 (16,7 %). 240 (80 %) хворим була проведена краєва сегментарна резекція, а у 60 (20 %) відеоасистована торакоскопія, дренажування плевральної порожнини. Післяопераційні зміни з боку серцево-судинної системи виникли у 170 (56,6 %) хворих. Майже усі пацієнти відмічали почастішення серцебиття, неприємні відчуття в ділянці серця, у третини хворих — «перебої» в роботі серця, головокружіння. Зміни виявлені і на ЕКГ: відзначалась синусова тахікардія (у 60 (35,2 %) хворих ЧСС понад 110 уд./хв.), у 60 (35,2 %) — шлуночкова та передсердна екстрасистолія, у 30 (17,6 %) спостерігалась зміна відхилення ЕВС, у 40 (23,5 %) хворих мало місце вкорочення інтервалу PQ, спостерігалась неповна блокада ПНПГ у 50 (29,4 %) пацієнтів. У всіх 170 пацієнтів були порушення процесів реполяризації та дифузні зміни міокарду. У третини хворих виявлено в післяопераційному періоді зниження артеріального тиску (нижче 100 і 60 мм рт.ст.)

Висновки. Хірургічний метод лікування є ефективним, але в той же час

викликає певні зміни з боку серцево-судинної системи, які в деяких випадках можуть призвести до непередбачуваних наслідків. Тому потрібне постійне динамічне спостереження за показниками гемодинаміки в післяопераційному періоді і, при необхідності, їх корекція.

18. Корнага С.І., Єрмак І.З., Корнага Т.В., Тхорик Ю.А.

УРАЖЕННЯ СЕРЦЯ ПРИ САРКОЇДОЗІ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», Тернопільський обласний протитуберкульозний диспансер,
м. Тернопіль, Україна

Саркоїдоз – системне доброякісне захворювання, яке характеризується появою в органах і тканинах епітеліально-клітинних гранулом (без ознак казеозного некрозу). При саркоїдозі уражаються різні органи, але частіше (90% випадків) – легені, внутрішньогрудні лімфатичні вузли.

Саркоїдоз як «хвороба-хамелеон» проявляється різноманітною клінічною симптоматикою. Клінічні прояви можуть характеризуватися моно- або поліорганными ураженнями або ознаками системного захворювання. Саркоїдоз відноситься до захворювань із невираженою симптоматикою, проте зустрічається переважно комбінація інтоксикаційних та респіраторних скарг. У 20-50% хворих захворювання починається гостро з появи: лихоманки; вираженого інтоксикаційного синдрому; поліартралгій та артритів; двохсторонньої внутрішньогрудної лімфаденопатії. Класична клінічна картина саркоїдозу описана як синдроми: Лефгрена, Хеєрфордта, Юнґлінґа-Морозова. Екстраторакальні ураження при саркоїдозі спостерігаються у 10-15% хворих. Саркоїдоз спричинює вогнищеве ураження міокарда, яке може імітувати пошкодження при інфаркті міокарда, міокардиті, кардіоміопатії, а отже, вимагає ретельного діагностичного пошуку й диференціації. Вогнища запалення та фіброзу міокарда при саркоїдозі є субстратом порушень ритму і провідності, часто небезпечних для життя.

Пацієнтку С., 36 років, госпіталізовано зі скаргами на задишку і кашель. При обстеженні – вологі хрипи в обох легенях, рентгенологічно – вогнищеві тіні, розцінені як пневмонія. В процесі лікування у пацієнтки виник напад серцебиття. В анамнезі – саркоїдоз в/г лімфовузлів I стадії. Під час лікування у пацієнтки реєстрували часті екстрасистоли, систолічний шум з над верхівкою. У зв'язку з підозрою на серцеву патологію виконали ехокардіоскопію, при цьому виявили зону акінезії задньої стінки лівого шлуночка, знижену загальну скоротливість, наявність рідини в перикарді. ЕКГ – ритм синусовий, ознаки блокади передньої гілки лівої ніжки пучка Гіса – різке відхилення електричної осі серця вліво. З урахуванням відсутності клінічних, ЕКГ ознак інфаркту міокарда, некоронарного типу локалізації сегментарних розладів скоротливості ЛШ та обтяженого анамнезу (саркоїдоз в/г лімфовузлів) запідозрили специфічне ураження міокарда. Призначені гормональна, протизапальна терапія, а також імунодепресанти призвели до значного покращення стану пацієнтки.

За літературними даними за результатами автопсії, саркоїдоз серця розвивається у 20–27 % усіх випадків хвороби. Однак лише 5 % пацієнтів мають клінічно виражене ураження серця. Типова локалізація саркоїдозу серця досить специфічна – це вільна стінка ЛШ, МШП (базальна частина), папілярні м'язи, провідна система, перикард. Характерно субепікардіальне розташування вогнищ фіброзу міокарда. Ураження базальної частини МШП призводить до атріовентрикулярних блокад різного ступеня аж до повної блокади, блокади ніжок пучка Гіса. Фіброз міокарда шлуночків спричинює виникнення шлуночкових порушень ритму (екстрасистолії, ШТ). Клінічна картина саркоїдозу серця представлена низкою різних ознак і симптомів від безсимптомних змін ЕКГ до раптової серцевої смерті. Ознаками саркоїдозу серця можуть бути напади серцебиття, слабкість, задишка, синкопальні стани, болі в грудній клітці. Клінічна картина залежить від локалізації та поширеності гранульоматозного ураження міокарда.

Висновки. Описаний випадок – яскрава ілюстрація вогнищцевого ураження серця при саркоїдозі. Ознаки органічної патології серця виявили методом ехокардіографії. Про саркоїдоз як можливу причину серцевої патології слід пам'ятати у пацієнтів молодого віку з «безпричинною» АВ-блокадою, ШТ, шлуночковими екстрасистолами, кардіоміопатією; у пацієнтів із зонами акінезу.

19. Корнага С.І., Тхорик Н.В., Грінченко Л.А., Мадич С.В.

ЧАСТОТА САРКОЇДОЗУ У ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОМУ СТАЦІОНАРІ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.

Горбачевського МОЗ України», Тернопільський обласний

протитуберкульозний диспансер,

м. Тернопіль, Україна

Саркоїдоз (хвороба Шаумана-Бека-Беньє) – це мультисистемне захворювання, яке характеризується утворенням гранульом, перш за все, у органах дихання з можливістю втягнення в процес інших органів та систем. Дана хвороба викликає великий інтерес з боку як науковців, так і лікарів-практиків, адже досі не з'ясована причина виникнення ознак хвороби, та успішність її лікування. На основі аналізу випадків захворювання, його відносять до мультифакторних, проте часто простежується спадкова схильність.

Метою нашого дослідження було вивчити особливості розвитку та перебіг саркоїдозу.

Нами проаналізовано 70 медичних карт стаціонарних хворих, які перебували на лікуванні з приводу саркоїдозу у Тернопільському обласному протитуберкульозному диспансері протягом 2014 року.

В результаті дослідження було встановлено, що захворювання зустрічається частіше серед жінок (64,3%), відповідно чоловіки становлять 35,7%. Щодо вікового розподілу, то 92,9 % пацієнтів були люди віком до 50 років. У 38,6 % осіб дане захворювання діагностується вперше і 61,4 %

знаходилися у стаціонарі з приводу рецидиву захворювання. Також встановлено, що у 57,1 % хворих саркоїдоз було діагностовано на II стадії хвороби, що рентгенологічно проявлялося ураженням внутрішньогрудних лімфатичних вузлів та легень. На I стадії захворювання було виявлено у 34,3 % і відповідно у 8,6 % пацієнтів його було діагностовано вже на III стадії, коли в процес втягуються інші органи та системи, а в легеневій тканині поширюються глибокі фіброзні зміни. Такі показники діагностики хвороби можна пояснити тим, що клінічна картина захворювання не має вираженої специфічної симптоматики. 85,7 % пацієнтів скаржилися на загальну слабкість, малопродуктивний кашель, інколи задишку, пітливість та незначний субфебрилітет. Лише у 4,3 % хворих в дебюті спостерігалось також ураження слинних привушних залоз, а у 2,9 % відразу спостерігалася клініка гострого саркоїдозу із наявністю суглобового синдрому та вузлової еритеми на гомілкях (с-мЛефгрена). У 35,7 % пацієнтів були такі ускладнення саркоїдозу, як емфізема легень, трахеоендобронхіт, легенева та серцева недостатність.

Висновки. В результаті проведеного дослідження було встановлено, що саркоїдоз – захворювання, яке частіше спостерігається у жінок молодого та середнього віку, характеризується ураженням внутрішньогрудних лімфатичних вузлів та легень. Зазвичай діагностується на II стадії, коли вже виражена клінічна картина захворювання. Важливим є своєчасна діагностика захворювання, що сприяє кращим результатам лікування та видужанню пацієнтів.

20. Кравченко Н.С., Кицай Л.Г., Кізан Р.Л., Ботюк Я.В., Романів Т.В., Саноцька М.В.

СПЕЦИФІЧНІ І НЕСПЕЦИФІЧНІ ПОЗАЛЕГЕНЕВІ УРАЖЕННЯ НА ФОНІ ВАЖКОЇ ФОРМИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК).

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

Поширені форми туберкульозу легень нерідко супроводжуються специфічними змінами в інших органах і їх клінічні прояви інколи домінують над легеневими симптомами. Крім того, ураження інших органів може бути зумовлено неспецифічними ускладненнями туберкульозу, а також різноманітною супутньою патологією.

Наводимо клінічний випадок з нашої практики. Хвора В., 24 роки. Вважає себе хворою впродовж 5-6 місяців, відколи з'явився частий, рідкий стілець, періодичний біль в животі, поганий апетит, загальна слабкість. Стан поступово погіршувався, останній місяць приєдналися бронхолегеневі симптоми. Раніше нічим не хворіла. На момент госпіталізації загальний стан пацієнтки важкий, виснажена (втрата ваги 15 кг). Шкірні покриви і видимі слизові оболонки бліді. Периферичні лімфовузли та щитовидна залоза не збільшені. Тони серця чисті, ритмічні. Пульс 80 за 1 хв, ритмічний. АТ 75/45 мм рт. ст. ЧД – 20 за 1 хв. Над легенями перкуторно ясний легеневий звук,

аускультативно – жорстке дихання, сухі і поодинокі вологі дрібноміхурцеві хрипи більше у верхніх відділах легень. Язик сухуватий, обкладений білим нальотом. Передня черевна стінка симетрична, приймає участь в акті дихання. При пальпації живіт помірно болючий на всьому протязі, дещо здутий. Симптоми подразнення очеревини слабо позитивні. Печінка і селезінка не збільшені. Стопи пастозні. Стілець рідкої консистенції, до 6 разів на добу. На рентгенограмі в обох легенях тотально вогнищеві тіні зливного характеру, множинні порожнини розпаду від 2 см до 8 см. В харкотинні МБТ +, крім того, виявлено 9 КСБ у калі хворої. Загальний аналіз крові : ер. $3,2 \times 10^{12}$ / л, Нb-88 г/л, КП - 0,85, лейкоц.- $18,2 \times 10^9$ /л, е-0%, п- 14%, с-73%, л-8%, м-5%, ШОЕ- 62 мм/год. Показники біохімічного аналізу крові в межах норми. Загальний аналіз сечі : пит. вага – 1022, білок- 0,42 г/л, лейкоц. – 20-30 в п/зору, гіалінові циліндри – 1-2 в п/зору. В подальшому у хворої збільшилась протеїнурія (до 11, 55 г/л), з'явилась гіпопротеїнемія (до 26, 42 г/л) і підвищилися рівні креатиніну (120,3 ммоль/л) і сечовини (12,6 ммоль/л). Клінічно значно збільшилися набряки нижніх кінцівок, діагностовано асцит, випіт у перикарді. Враховуючи зміни в сечі, тривалий перебіг специфічного процесу запідозрено амілоїдоз нирок. При патогістологічному дослідженні слизової ясен нижньої щелепи ознак амілоїдозу не знайдено. Крім того, на 12 день стаціонарного лікування у хворої виникла профузна шлункова кровотеча. Результати ЕГДС: Виразка передньої стінки шлунка, кандидозний езофагіт, ст. I-II.

Діагноз хворої : ВДТБ (06.02.2015) дисемінований (інфільтрація) Дестр +, МБТ +, М+, К+, МГ +, Rif -, Резист I (-), очеревини та кишківника, Гіст 0, кат 1, ког 1 (2015). Виснаження. Виражений інтоксикаційний синдром. Мієлотоксична анемія середнього ступеня важкості. Інтоксикаційна нефропатія. ХНН III ст. Асцит. Вторинна кардіоміопатія змішаного генезу. Гідроперикард. СН II-А. ДН II-III ст. Виразкова хвороба шлунка. Активна виразка тіла шлунка. Ерозивний гастродуоденіт II ст. Шлункова кровотеча (18.02.2015) зупинена. Кандидозний езофагіт. Проводилась антибактеріальна терапія згідно протоколу, дезінтоксикаційна терапія, лікування ускладнень процесу і супутньої патології. Загальний стан хворої тривалий час залишався важким, впродовж 4-ох місяців пацієнтка знаходилася у відділенні інтенсивної терапії. Стан поступово покращився – нормалізувався стілець, ліквідовані набряки, рівень загального білка в крові 31,32 г/л, сечовини і креатиніну в нормі, в сечі білок - 1,62 г/л, гіалінові циліндри 1-2 в п/зору. Хвора продовжує стаціонарне лікування, переведена на підтримуючу фазу антибактеріальної терапії.

21. Кравченко Н.С., Окусок О.М., Кицай Л.Г., Романів Т.В.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КО-ІНФЕКЦІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ/ВІЛ/СНІД.

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського.

КУТОР “Тернопільський обласний протитуберкульозний диспансер”.

Проблема подолання туберкульозу в Україні тісно пов'язана з епідемією ВІЛ/СНІДу. Ризик розвитку туберкульозу у ВІЛ-негативних осіб, інфікованих МБТ, становить 5-10 % протягом усього життя, тоді як у ВІЛ-позитивних людей

— 10% на рік. Перебіг туберкульозу у поєднанні з ВІЛ/СНІДом нерідко має злякисний, прогресуючий характер, з втягненням в процес окрім легень інших органів, що зумовлено вираженою імуносупресією. Серед пацієнтів із ко-інфекцією значна частка асоціальних осіб, споживачів наркотичних засобів.

Проаналізовані особливості перебігу туберкульозу у поєднанні з ВІЛ/СНІДом у 49 хворих, які лікувалися на базі Тернопільського обласного протитуберкульозного диспансеру впродовж останніх 5-ти років. Серед них було 35 чоловіків і 14 жінок, з них 81,6 % до 45 років. Вперше діагностовано туберкульоз у 85,7 % хворих, мультирезистентний туберкульоз був у 8 із 49 пацієнтів. Переважали поширені форми туберкульозу: дисемінована — 22 хворих, інфільтративна — 23, казеозна пневмонія — 1. Лише у 3-х хворих встановлено вогнищевий туберкульоз. Деструкції визначали у 42,8% пацієнтів, бактеріовиділення було в 65,3% випадків. Поєднання туберкульозу легень із специфічним плевритом в т. ч. емпіємою плеври було у 6 хворих, менінгоенцефалітом -1, туберкульозом периферичних лімфатичних вузлів — 2, туберкульозом шкіри — 1. Крім туберкульозу у хворих із ВІЛ/СНІДом діагностували також інші опортуністичні інфекції, найчастіше вірусний менінгоенцефаліт — 6 (12,2%), гепатити В,С — 15 хворих (30,6%). Симптоми позалегенових уражень та опортуністичних інфекцій нерідко домінували над легеновими та зумовлювали важкість стану пацієнтів і прогресування процесу. Необхідно відмітити, що третина хворих (36,7%) вживали наркотичні засоби в минулому або на момент госпіталізації, зловживали алкоголем 20, 4% осіб.

Виявлено одночасно туберкульоз і СНІД у 28 хворих (57,1%), інші пацієнти (21 чоловік - 42,9%) на момент виявлення туберкульозу знаходились на обліку у СНІД - центрі. Необхідно відмітити, що серед усіх осіб, які впродовж 5-ти років знаходились на обліку у СНІД - центрі, хіміопрофілактика ізоніазидом проводилася лише у 16 чоловік, з них захворів на туберкульоз лише 1 пацієнт. У 51,3% хворих із ко-інфекцією рівень СД4 клітин був нижче від 200 кл/мм³, з них 32,4% нижче 100 кл/мм³, що свідчить про значну імуносупресію у цієї категорії пацієнтів. Всім хворим в стаціонарі проводили лікування згідно протоколу. Вилікування або позитивна клініко-рентгенологічна динаміка спостерігалась у 69,4% хворих. Померло 15 чоловік (30,6%). Серед померлих переважали хворі з дисемінованим процесом, у 9-ти в поєднанні із вірусним гепатитом В,С, що затруднювало лікування таких пацієнтів. Найчастіше причиною смерті було прогресування туберкульозу, легенево-серцева декомпенсація. У 4-х хворих безпосередньою причиною смерті був вірусний менінгоенцефаліт на ґрунті СНІДу. Рівень СД4 клітин у померлих коливався в межах від 41 кл/мм³ до 533 кл/мм³. У 8 хворих він був нижчим від 300 кл/мм³.

Отже, для профілактики, своєчасної діагностики та успішного лікування ко-інфекції туберкульозу/ВІЛ/СНІД необхідна тісна співпраця багатьох фахівців медичної служби. Важливо також дотримання положень протоколу щодо хіміопрофілактики туберкульозу у осіб із ВІЛ/СНІДом.

22. Крижановський Д.Г., Марченко Н.А.

ЧАСТОТА ВИНИКНЕННЯ СИНДРОМУ ВІДНОВЛЕННЯ ІМУННОЇ СИСТЕМИ ПРИ ПРИЗНАЧЕННІ АНТИРЕТРОВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИМ НА КО-ІНФЕКЦІЮ ТУБЕРКУЛЬОЗ/ВІЛ

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України», кафедра фтизіатрії. м. Дніпропетровськ.

Призначення антиретровірусної терапії (АРТ) у хворих на ко-інфекцію туберкульоз /ВІЛ є необхідним фактором ефективного лікування туберкульозу. Причиною відкладання призначення АРТ є побоювання розвитку синдрому відновлення імунної системи (СВІС), який може призвести до летального наслідку через прогресування туберкульозу або інших опортуністичних захворювань у хворих.

Частота виникнення СВІС при призначенні антиретровірусної терапії хворим на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ та вплив АРТ на виживання хворих вивчалася при ретроспективному аналізі результатів обстеження та лікування 150 хворих на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ, які лікувалися з приводу вперше діагностованого туберкульозу. Перша група, яка становила 75 осіб, отримувала АРТ протягом основного курсу протитуберкульозної терапії. Пацієнтів групи порівняння 2, відбирали методом підбору пари до пацієнтів основної групи за формою туберкульозу, рівнем CD4-лімфоцитів. Пацієнти групи 2 не отримували АРТ.

Після призначення АРТ терапії протягом основного курсу протитуберкульозної терапії у 61,3 % хворих на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ у середньому через $(4,1 \pm 0,1)$ тижня відзначали погіршення перебігу туберкульозу або його рецидив, що визначалось як синдром відновлення функції імунної, з яких 6 (8 %) померли від генералізації туберкульозного процесу та приєднання інших опортуністичних захворювань. У 29 (38,7 %) пацієнтів не було будь-яких негативних явищ на фоні призначення та прийому АРТ. При призначенні АРТ хворим з виразним імунодефіцитом, не зважаючи на розвиток СВІС, виживання було в 4,5 рази більшим, ніж в групі без АРТ.

23. Лихацька Г.В., Бойко Т.В., Лихацька В.О.

ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ГУМОРАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ В ПОЄДНАННІ З НЕСПЕЦИФІЧНИМ РЕАКТИВНИМ ГЕПАТИТОМ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ УРСОСАНОМ

ДВНЗ Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

У загальній структурі захворювань органів травлення провідне місце займає патологія шлунка і дванадцятипалої кишки.

Мета дослідження: вивчити зміни показників гуморального імунітету у хворих на виразкову хворобу в поєднанні з реактивним гепатитом та їх корекцію

урсосаном. Обстежено 32 хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки у фазі загострення віком від 20 до 75 років, чоловіків було 18 (56,2 %), жінок – 14 (43,8 %). Контрольну групу становили 20 здорових осіб. Всі хворі були поділені на 2 групи: 1– 14 осіб отримували стандартну антихелікобактерну терапію, 2 – 18 пацієнтів, на тлі цієї терапії, отримували урсосан по 10-15 мг/кг маси тіла впродовж 4 тижнів. Діагноз верифікували згідно клінічних, лабораторних та інструментальних досліджень. Імунологічне обстеження включало визначення рівня імуноглобулінів сироватки крові за Manchini et al. в модифікації радіальної імунодифузії з використанням моноспецифічних сироваток. Визначення циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) проводили за методом селективної преципітації у 3,75% етиленгліколі з наступним фотометруванням. До лікування відмічалось зниження Іg класу А та підвищення Іg класу М та G і зростання ЦІК. Встановлено, що застосування урсосану покращує клінічний перебіг хвороби, приводить до більш швидкої ліквідації хронічних проявів захворювання, суттєво знижує концентрацію ЦІК ($p > 0.05$) хоча і не досягає рівня фізіологічної норми. Висновок: Комплексна терапія з включенням урсосану сприяє нормалізації показника гуморального імунітету ЦІК, який може слугувати додатковим критерієм оцінки важкості хвороби, прогнозувати її перебіг та наслідки. Перспективи подальших досліджень полягають в розробці нових методів корекції порушень показників гуморального імунітету у хворих на дану мікст- патологію.

24. Литвинюк О.П., Зайков С.В.

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА 2007-2014 РОКИ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, м. Вінниця

Мета роботи – аналіз структури захворюваності на туберкульоз (ТБ) медичних працівників протитуберкульозних закладів (ПТЗ) та установ загальної лікувальної мережі (ЗЛМ) Вінницької області в 2007-2014 роках.

Матеріали та методи. Аналіз показників захворюваності на туберкульоз (ТБ) медичних працівників Вінницької області в 2007-2014 роках згідно офіційних показників діяльності протитуберкульозної служби регіону за восьмирічний період.

Як відомо, туберкульоз – це захворювання, від якого щорічно гине більше людей, ніж від будь-якої іншої інфекції. Згідно оцінкам ВООЗ, від ТБ помирає кожного дня в світі біля 5 тисяч чоловік [2]. Особливо гостро ця проблема стоїть в країнах, що перебувають в стані економічної кризи. До таких країн відноситься і Україна, де в середньому захворюваність на ТБ коливається за останні роки від 55 до 67 на 100 тис.населення (в 2013 році – 67,2 та в 2014 році – 59,5)[1]. Саме тому Україна віднесена до країн Європи з високим рівнем захворюваності на ТБ (в Центральній Європі – середній рівень захворюваності на ТБ (10-30 на 100 тис.населення), а в Західній Європі – до 10 на 100 тис населення) [6, 7].

В Україні на тлі загальної негативної епідеміологічної ситуації з туберкульозу

вона погіршується й серед медичних працівників, які найближче контактують з хворими на ТБ, а показник захворюваності на нього в цій професійній групі лише в 2013-2014 роках дещо наблизився до захворюваності серед населення в цілому (в попередні роки він був вищим) [3, 4, 5].

Ми провели аналіз показників захворюваності медичних працівників на ТБ в Вінницькій області з 2007 по 2014 роки та визначили, що ситуація з ним дещо стабілізувалася за останні декілька років. Так, якщо в 2007 році захворюваність складала 50,5 на 100 тис медпрацівників (в популяції – 60 на 100 тис.населення), в 2009 – 61,3 (в популяції – 58,4), в 2011 – 60,5 (54,8), в 2013 та 2014 – відповідно 55,0 (55,9) та 49,5 (50,2). Отже, захворюваність на ТБ як серед медпрацівників, так і в популяції дещо зменшилась.

Аналіз структури захворюваності на ТБ серед медичних працівників Вінницької області показав, що найбільший ризик захворіти має середній медичний персонал. Так, показник захворюваності серед них коливався за 8 років від 52,6% до 60,0%, а серед молодшого – 18,8-40,0% та серед лікарів – 0,0-44,4% в різні роки спостереження. Слід відмітити, що в 2014 році показник захворюваності лікарів на ТБ був самим високим за всі 8 років і склав 44,4% серед всіх захворівших медпрацівників (рівний з показником захворюваності серед медсестер). В цілому за 8 років з 120 захворівших медпрацівників найбільше випадків ТБ спостерігалось у медичних сестер – 55,0%, потім серед молодшого медперсоналу – 27,5% та лікарів – 17,5%.

Для аналізу структури професійно зумовленого ТБ ми вивчили дані про місце роботи медичних працівників. Так, співробітники ЗЛМ склали 71,7% серед обстежених, а протитуберкульозної служби – 28,3%. Це підтверджує той факт, що для того, щоб захворіти на ТБ не обов'язково працювати саме у ПТЗ.

Важливою особливістю професійно зумовленого ТБ, за нашими даними, є висока частота рецидивів хвороби. Так, з 2007 по 2014 роки 18,3% медичних працівників мали рецидив ТБ.

Таким чином, незважаючи на певну стабілізацію ситуації з ТБ в країні за останні роки, проблема захворюваності на ТБ медичних працівників залишається актуальною і потребує подальшого вивчення.

Література

1. Лаптева, Н. А. Епідеміологічна ситуація з туберкульозу серед медичних працівників України та причини її погіршення / Н.А. Лаптева // Журнал практичного лікаря. - 2005. - №1. - С. 30-33.
2. Мельник, В. М. Виявлення хворих на туберкульоз в Україні та за кордоном / В.М. Мельник, В.Г. Матусевич, П.М. Дорошенко // Журнал практичного лікаря. - 2006. - №1. - С. 2-7.
3. Туберкульоз в Україні [Текст] // Аналітично-статистичний довідник 2000-2010 рр. - Київ, 2011.
4. Туберкульоз в Україні [Текст] // Аналітично-статистичний довідник 2010-2012 рр. - Київ, 2013.
5. Туберкульоз в Україні [Текст] // Аналітично-статистичний довідник 2013-2014 рр. - Київ, 2015.

6. Фещенко, Ю.І. Ситуація з туберкульозу в Україні: проблеми та шляхи їх вирішення // Доповідь академіка Ю.І. Фещенко на спільному засіданні колегії МОЗ України та президії НАМН України. - 19 листопада 2012 р.
7. Фещенко Ю. І., Мельник В. М., Матусевич В. Г., Новожилова І. О. Наукові підходи до вирішення проблем туберкульозу / Фещенко Ю. І. // Український пульмонологічний журнал. 2013, № 2, С.5-13.

25. Lesnic E.¹, Todorico L.², Niguleanu A.¹, Caraiani O.³, Alexandru S.³

CLINICAL AND RADIOLOGICAL ASPECTS OF EXTENSIVE PULMONARY INFILTRATIVE TUBERCULOSIS AND COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA WITH SEVERE EVOLUTION

Chair Pneumophtysiology, Nicolae Testemitanu State Medicine and Pharmacy University¹
 Chair Pulmonology and Phtysiology, Bucovinian State Medical and Pharmacy University²
 Chiril Draganiuc Institute of Pneumophtysiology, R. of Moldova³
 +37369883302, e-mail: evelinalesnic@yahoo.com

Background. Tuberculosis is a big challenge for public health in R of .Moldova, with a incidence ranking on the third place among high TB burden countries. Pneumonia is a distinct nosologic entity with an impact on public health, showing a high risk for a poor outcome.

The research **aim** was the comparative assessment of clinical and radiological aspects between extensive pulmonary infiltrative tuberculosis and community aquired pneumonia with severe evolution.

Material and methods: The conducted study was retrospective, selective and descriptive realised on a sample of 194 patients study group (SG) - 125 patients with pulmonary tuberculosis and reference group (RG) – 65 patients with community acquired pneumonia with severe evolution registred and treated in the refernce period of 2012year according national TB policy nr. 123 and national policy for community acquired pneumonia nr.5.

Results: Predomenance of: men in both gorups - 97 (75,19 ± 3,80%) vs 41 (63,07 ± 5,98%) women in SG, and 41 (63,07 ± 5,98%) vs 24 (36,92 ± 5,98%) in RG; younger age (<45 y.old) in SG (54 (83,07±4,65 %) vs 77 (59,69±4,31%) cases in RG, p<0,001) was established. Case management was performed particulary by general practitioner (95 (73,64±3,87%) cases of SG vs 51 (78,46±5,09%) patients of RG. Some clinical signs of specific intoxication symptomatology and broncho-pulmonary signs (asthenia and cough at 100% in both groups, anorexia 114 (88,37±2,82%) vs 53 (81,53±4,81%) cases were similiary distributed in both groups; loss of weight 109 (84,51±3,18%) vs 8 (12,30±4,07%) cases and night sweats (76 (58,91±4,33%) vs 16 (24,61±5,34%) predominated in SG, p<0,001, but fever 54 (83,07±4,85%) vs 26 (20,15±3,53%) and dyspnea 59 (90,76±3,59%) vs 95 (73,64±3,87%) was established more ofetn in RG, p<0,001. Infectious process was localised in more than 3 segments

more often in SG 129 (100%) vs 52 (80,00±4,96%) of RG, p<0,001, affecting both lungs at 120 (93,02±2,24%) cases of SG and 35 (53,84±6,18%) cases of RG, with parenchymal destruction and dissemination characterising only tuberculous pulmonary infiltration. Pathological process involving only one lung (30 (46,15±6,18%) vs 9 (46,15±6,18%) and a limited number of segments, without accompanied parenchymal destruction and bronchogenous dissemination was characteristic for community acquired pneumonia. Rapid evolution to a considerable resorbtion with healing predominated in community acquired pneumonia. Treatment outcomes were defined by a high rate of deaths (14 (10,85±2,73%) in SG vs 3 (4,61±2,60%) cases in RG, and lost from follow up - 6 (4,54±1,85%) patients in SG.

Conclusion Considering all above data was established that primary health care management – passive way of detection, young age, long lasting intoxication and bronhopulmoary symptomatology, extensive radiological aspects (bilateral, polisegmentary localisation) with destructions and dissemination characterised specific tuberculous process. Clinical and radiological factors coresponded to poor treatment outcomes. Limited infiltrative process, without lung destructions associated to high rate of complete healing defined the evolution of community acquired pneumonia.

Key words: tuberculosis, pneumonia.

26. Лобанець В. Я., Романчук О.Я., Сагайдак Н.М., Мосейчук О.Б.

**СТАН ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕННЯ ЛІПІДІВ У ХВОРИХ
НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНО РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ ЗАЛЕЖНО ВІД
ФОРМИ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ЗАПАЛЬНО-ДЕСТРУКТИВНИМИ
ЗМІНАМИ У ПАРОДОНТІ**

Кафедра патологічної фізіології

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Ю. І. Бондаренко

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я.

Горбачевського МОЗ України»

ТМКЗ «Центр первинної медико-санітарної допомоги»

м. Тернопіль, Україна

Актуальність. У публікаціях останніх десятиліть все частіше розглядається проблема стоматологічних проявів гастроєзофагеально-рефлюксної хвороби (ГЕРХ), як соціально-медичного явища з необхідністю розробки ефективного діагностично-лікувального алгоритму.

Шлунковий рефлюктант при ГЕРХ призводить до розвитку запального процесу у ротовій порожнині. Провідне місце у підтриманні запалення належить дисбалансу у системах перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ) та антиоксидантного захисту (АОЗ).

Мета. Проаналізувати особливості виникнення запальних захворювань у слизовій оболонці ротової порожнини та тканинах пародонту у пацієнтів на ГЕРХ із врахуванням ймовірних змін у системах ПОЛ-АОЗ.

Матеріали та методи. Обстежено 43 хворих даного профілю клінічному

закладі № 2м. Тернополя (обраних за випадковим принципом), а саме: 14 жінок і 29 чоловіків. Середній вік загалом становив (49 ± 3) років. Тривалість захворювання сягала (5 ± 2) років. Проведено стоматологічний огляд ротової порожнини усім пацієнтам, який включав огляд, пальпацію, обчислення апробованих затверджених МОЗ України індексів – кількісний індекс гінгівіту та комплексний пародонтальний індекс, рентгенологічні методи. Вивчення динаміки процесів ПОЛ проводили за рівнем кінцевого продукту ПОЛ – малонового діальдегіду (МДА). Стан системи АОЗ оцінювали за активністю ферменту супероксиддисмутази (СОД). Група контролю сформована із 20 осіб з інтактним пародонтом та відсутніми клінічно чи анамнестично симптомами ГЕРХу. Для виявлення статистичної значущості застосовували непараметричний U-критерій Манн–Вітні.

Результати дослідження. На основі загальноприйнятих клінічних досліджень діагностовано неерозивну форму ГЕРХ (НЕРХ) у 26 (60 %) хворих, ерозивну форму (ЕРХ) - у 17 (40 %) осіб. Середній вік пацієнтів НЕРХ становив (48 ± 2) років, проти (50 ± 3) років серед хворих ЕРХ ($p < 0,05$).

Лише у 15 (58 %) хворих з неерозивною формою ГЕРХ діагностовано хронічний гінгівіт різних ступенів тяжкості. Тоді як у 3 (12 %) пацієнтів з ерозивною формою ГЕРХ підтверджено хронічний генералізований пародонтит легко-середнього ступенів тяжкості. У решти 14 (88 %) осіб ЕРХ виявлено хронічний гінгівіт середнього та важкого ступенів тяжкості.

Так, у хворих ГЕРХ рівень МДА сягнув $(6,35\pm 0,3)$ мкмоль/л проти $(2,66\pm 0,12)$ мкмоль/л групи контролю, що у 2,4 рази було вище щодо здорових осіб ($p < 0,05$). У свою чергу серед хворих НЕРХ рівень МДА визначено як $(5,84\pm 0,01)$ мкмоль/л, при $(7,01\pm 0,02)$ мкмоль/л у пацієнтів ЕРХ, різниця була вірогідною ($p < 0,05$).

Виявлено значуще зниження у 1,3 рази ($p < 0,05$) активності СОД, показник якого серед профільних хворих зазначено як $(45,59\pm 0,43)$ ум.од/мл проти $(63,11\pm 1,18)$ ум.од/мл групи контролю. Також у хворих НЕРХ активність СОД знизилась до $(47,62\pm 0,12)$ ум.од/мл, тоді як у пацієнтів ЕРХ - $(46,69\pm 0,43)$ ум.од/мл, з вірогідною різницею у групах ($p < 0,05$).

Висновки. Отже, при ерозивній формі гастроєзофагеально-рефлюксної хвороби, надлишково продукуються цитотоксичні вільні радикали на фоні зниження активності системи антиоксидантного захисту. Встановлено й залежність процесів вільнорадикального окислення ліпідів від вираженості запального процесу у тканинах пародонта.

Перспективи подальших досліджень. У діагностичний алгоритм ГЕРХ необхідно включити проведення стоматологічного статусу з метою виявлення запального процесу у слизовій оболонці ясен та тканинах пародонта.

27. Лотоцька О.В., Крицький Т.І., Крицька Г.А., Кондратюк В.А.,

Карп'юк І.В.

**СТАН ІМУННОЇ СИСТЕМИ ПІДДОСЛІДНИХЩУРІВ ПРИ
ВЖИВАННІ ПИТНОЇ ВОДИ З РІЗНИМ ВМІСТОМ СТЕАРАТУ НАТРІЮ**

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет

імені І. Я. Горбачевського МОЗ України”

Циркулюючі імунні комплекси (ЦІК) – це один з показників зміни стану імунного статусу організму, які за даними наукової літератури зростають практично при будь-якому захворюванні. Тому метою нашого дослідження було визначення рівня ЦІК у піддослідних щурів при вживанні питної води з різним умістом стеарату натрію (СН), що відноситься до групи аніонних ПАР, що широко використовується у виробництві рідких сортів мила, кремів, піни для гоління та інших косметичних засобів і важкими металами. В останні десятиріччя вони є широко розповсюдженими забруднювачами навколишнього середовища. Кількість ЦІК визначали загальноприйнятим методом преципітації в поліетиленгліколі (ПЕГ 6 кД).

Експеримент проведено на білих щурах. В результаті дослідження встановлено, що вживання питної води з різними концентраціями СН викликає достовірне зростання кількості ЦІК у тварин прямо пропорційно до концентрації ПАР у воді. Так, у тварин 1-ї групи, які вживали питну воду з вмістом СН в кількості 125,0 мг/дм³ рівень ЦІК був на 116 % більший від контрольної групи. У тварин 2-ї групи, які вживали воду з концентрацією СН 62,5 мг/дм³ цей показник зріс на 76 %, а при вмісті у питній воді СН на рівні 31,2 мг/дм³ – на 24 % більше від контролю. Через 25 днів від початку експерименту одній третині щурів в кожній групі внутрішньошлунково ввели кадмію хлориду в дозі 1/10 від ЛД₅₀, другій третині - марганцю хлорид в дозі 1/20 від ЛД₅₀. Більш виражене зростання ЦІК відмічалось при введенні марганцю.

Таким чином, можна зробити висновок, що вживання питної води зі СН негативно впливає на імунну систему піддослідних тварин, викликаючи достовірне збільшення ЦІК у сироватці крові. Комбінація СН з важкими металами призводить до ще більшого зростання цього показника.

28. Лотоцька С.В., Андрейчин С.М.

**КОРЕЛЯЦІЙНИЙ АНАЛІЗ ЛІКУВАЛЬНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ
ЕТЕРОСОРБЕНТІВ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ХОЗЛ
РІЗНОГО ВІКУ**

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет

імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», Тернопіль

Як правило, хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) зазвичай виникає після 45 років та займає значне місце в структурі захворювань осіб похилого та старечого віку і супроводжується синдромом ендогенної

інтоксикації (ЕІ), обтяжуючи клінічну картину хвороби та погіршуючи прогноз. Однією з проблем ХОЗЛ є труднощі лікування. Поступове погіршення функції легень і розвиток супутніх захворювань можна очікувати навіть на тлі оптимальної терапії ХОЗЛ.

Тому ми вирішили провести аналіз зміни рівня ЕІ у хворих на ХОЗЛ різного віку під впливом диференційованої терапії і визначити клінічну ефективність вуглецевого (карболайн) та кремнійорганічного (ентеросгель) ентеросорбентів в комплексному лікуванні.

Серед 51 хворого, які одержували лише БТ, було 6 осіб зрілого віку, 24 – середнього, 14 – похилого, 7 – старечого. Інші 52 пацієнта, які окрім БТ додатково отримували перорально «Ентеросгель» у вигляді гелю (8 осіб зрілого віку, 22 – середнього, 18 – похилого, 4 – старечого). Ще 52 особи, які окрім БТ додатково отримували перорально «Карболайн» у вигляді дрібних гранул (9 осіб зрілого віку, 21 – середнього, 17 – похилого, 4 – старечого).

Оскільки кількість пацієнтів різного віку, хворих на ХОЗЛ, була різною в різних групах і не завжди достатня для проведення повноцінного статистичного аналізу, ми всіх пацієнтів об'єднали в 2 підгрупи. 1-шу становили хворі 30-59 років, а до 2-ї були віднесені пацієнти старше 60 років. В 1-й було 90 осіб зрілого і середнього віку (з них БТ лікувалося 30 пацієнтів, БТ та ентеросгелем – 30 і БТ та карболайном – 30 осіб), в 2-й – 64 хворих похилого та старечого (з них лише БТ лікувався 21 пацієнт, БТ та ентеросгелем – 22 і БТ та карболайном – 21). Контрольну склали 20 здорових людей, співставних за віком і статтю.

Результати наших спостережень свідчать, що застосування ентеросорбційної терапії покращило стан пацієнтів і зменшило рівень інтоксикації, що проявилось зменшенням в сироватці крові рівня молекул середньої маси (МСМ) при довжинах хвиль 254 і 280, еритроцитарний індекс інтоксикації (ЕІ), малоновий діальдегід (МДА), цитокінів (інтерлейкінів (ІЛ) 1 β і 10, фактора некрозу пухлин α (ФНП- α)), циркулюючих імунних комплексів (ЦК) і імуноглобуліна (Іг) Е та зростанням рівнів лізоциму та супероксиддисмутази (СОД).

Проведений аналіз результатів лабораторних досліджень сироватки крові обстежених пацієнтів методом параметричної кореляції Пірсона(r) з подальшою перевіркою достовірності результату за допомогою критерію Ст'юдента виявив позитивний кореляційний зв'язок між ЕІ та іншими показниками ендотоксикозу в різних вікових групах.

Аналіз кореляційних зв'язків показників ЕІ, а саме МСМ, в 1-й віковій підгрупі з іншими маркерами ендотоксикозу показав, що на тлі застосування БТ напрям кореляційних зв'язків був ідентичним, що й до лікування. Відмічались позитивні середньої сили вірогідні залежності між МСМ₂₅₄ і МСМ₂₈₀ та ІгЕ, ЦК, ЕІ, МДА та інтерлейкінами. Проте в 2-й віковій підгрупі спостерігалися зменшення їх сили або навіть напрямів. Це свідчить про те, що проведене лікування більше зменшувало ендотоксикоз у пацієнтів старшого та похилого віку.

Аналізуючи кореляційні зв'язки після проведення БТ у поєднанні з ентеросорбцією ентеросгелем у пацієнтів різного віку було встановлено, що у

пацієнтів 1-ї підгрупи з 19 розглянутих залежностей 6 були слабкими і носили недостовірний характер (між МСМ, імунним статусом організму та антиоксидантним захистом (АОЗ)). Сильними збереглися лише зв'язки між МСМ і цитокіновою системою та ЕП.

В 2-й підгрупі кількість недостовірних зв'язків збільшується до 9. У багатьох залежностей зменшується сила або напрямок. Це свідчить про те, що застосування додатково ентеросгелю на тлі БТ зменшує ендотоксикоз і покращує стан АОЗ та імунній системі, що сприяє компенсації вторинного імунодефіциту, зменшує титр аутоантитіл і вміст ЦК в плазмі крові.

Подібна ситуація відмічалася і з кореляційними зв'язками між маркерами ендотоксикозу і ЕП. У пацієнтів 2-ї підгрупи зменшується їх кількість, сила і достовірність або навіть напрямок. Зберігаються середньої сили прямі зв'язки між ЕП та МДА і про-і протизапальними інтерлейкінами.

Провівши аналіз кореляційних зв'язків між маркерами ендотоксикозу та МСМ після проведення БТ у поєднанні з карболайном у хворих 1-ї підгрупи ми спостерігали, що їх сила зменшилася в порівнянні з пацієнтами, що отримували лікування ентеросгелем та 10 з 19 зв'язків носили недостовірний характер.

Провівши кореляційний аналіз зв'язків між показниками ендотоксикозу у пацієнтів 2-ї підгрупи, ми вияснили, що застосування карболайну на тлі БТ сприяло руйнуванню цих зв'язків у більшій половині маркерів (11 з 19 досліджуваних), зменшенню їх сили і виникненню та посиленню нових. Так, наприклад, на відмінну від 1-ї підгрупи, посилилася кореляційна залежність між ЕП і МСМ₂₈₀ ($r = 0,597$, $p < 0,01$), IgE і МСМ₂₅₄ ($r = 0,488$, $p < 0,01$).

Кореляційні зв'язки між іншими показниками ЕІ у 2-й підгрупі послаблюються в порівнянні з 1-ю і стають недостовірними в результаті застосування БТ та карболайну. Єдина кореляційна залежність, яка посилилася – між лізоцимом і ЕП ($r = 0,468$, $p < 0,05$).

Таким чином, ми встановили, що застосування БТ та ентерособентів, особливо у пацієнтів старшого і похилого віку зменшує ЕІ, що проявляється зменшенням сили і достовірності кореляційних зв'язків між маркерами ендотоксикозу. У ході клінічних досліджень нами було встановлено, що найбільш ефективним при лікуванні ХОЗЛ є використання препарату карболайн. Однією з його переваг є наявність у нього імунокоригуючих властивостей та позитивний вплив на локальний імунітет. В результаті цього може підвищуватися імунний захист епітеліального бар'єру слизової оболонки кишечника та зменшуватися рівень бактеріального ендотоксину, надлишок якого пригнічує імунітет і ускладнює багато патологічних процесів. В цілому, відзначається більш швидке усунення ознак ЕІ.

29. Луцишин К.О., Гришук Л.А., Білик С.О., Романів Т.В.,
Кицай Л.Г., Білик Н.М., Саноцька М.В.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ХВОРОГО НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.
Горбачевського МОЗ України»¹

КУТОР " Тернопільський обласний протитуберкульозний диспансер"².

Представлено клінічний випадок діагностики гастроентерологічної патології у хворого на туберкульоз легень. Пацієнт Ф, 36 років, поступив із скаргами на охриплість голосу, кашель із виділенням невеликої кількості харкотиння, зниження слуху, підвищення температури тіла, схуднення на 10 кг за 3 місяці. Також відмічав нудоту, рвоту особливо в ранкові години, болі в епігастральній ділянці. З анамнезу в 2000 році хворів на гастродуоденіт. Після проведення клініко-лабораторних методів дослідження хворому встановлено діагноз туберкульоз легень. Розпочато протитуберкульозну терапію. Через тиждень після призначення протитуберкульозних препаратів у хворого нарости скарги на болі в епігастральній ділянці, нудоту, рвоту особливо в ранішні години. Для діагностики гастроентерологічної патології хворому були проведені езофагофіброгастродуоденоскопію (ЕФГДС) та ультразвукову діагностику (УЗД) шлунка.

У зв'язку з вираженим ларинго-бронхоспазмом під час проведення ЕФГДС процедуру проведено під внутрішньо-венним наркозом. Стравохід без особливостей. Слизова шлунка і 12-палої кишки гіперемована, набрякла з поодинокими (до 2 мм) ерозіями. В 12-палій кишці і шлунку — жовчевий вміст. Висновок: ерозивний гастродуоденіт II ст. Дуодено-гастральний рефлюкс. Висновок УЗД шлунково-кишкового тракту : Печінка не збільшена. Жовчевий міхур виповнений підковоподібної форми, містить 2 перегородки в ділянці шийки і дна. Розміри 46 x 18 мм. Стінка 3мм ущільнена, холедох 4мм. Вміст дещо неоднорідний рідинний, містить дрібнодисперсний осад в ділянці дна. Холедох 5 мм. Наявний рефлюкс жовчі в 12-палу кишку.

Шлунок натще (Рис. 1) : із значною кількістю секреторного вмісту. Стінка потовщена до 6 мм.

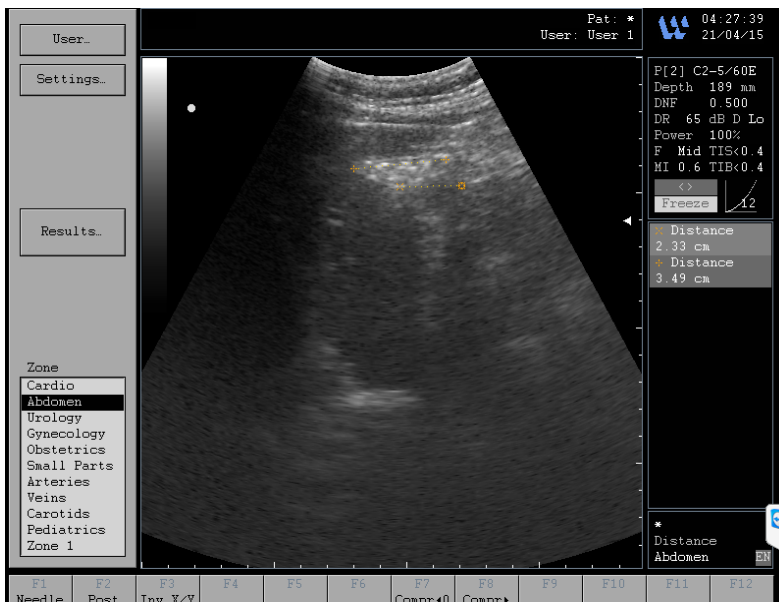


Рис.1 УЗД шлунково-кишкового тракту, шлунок натще

Шлунок при наповненні (Рис. 2,3). Вміст однорідний рідинний, стінка до 8 мм, в пілоричному відділі 10 мм потовщена, ущільнена. Перистальтика до 1 перистальтичної хвилі за 1 хв. Периферичні л/вузли не візуалізуються. Висновок: Хронічний гастродуоденіт, рефлюкс жовчі в 12-палу кишку. У вигляді контрасту використано негазовану воду в кількості 1 л.

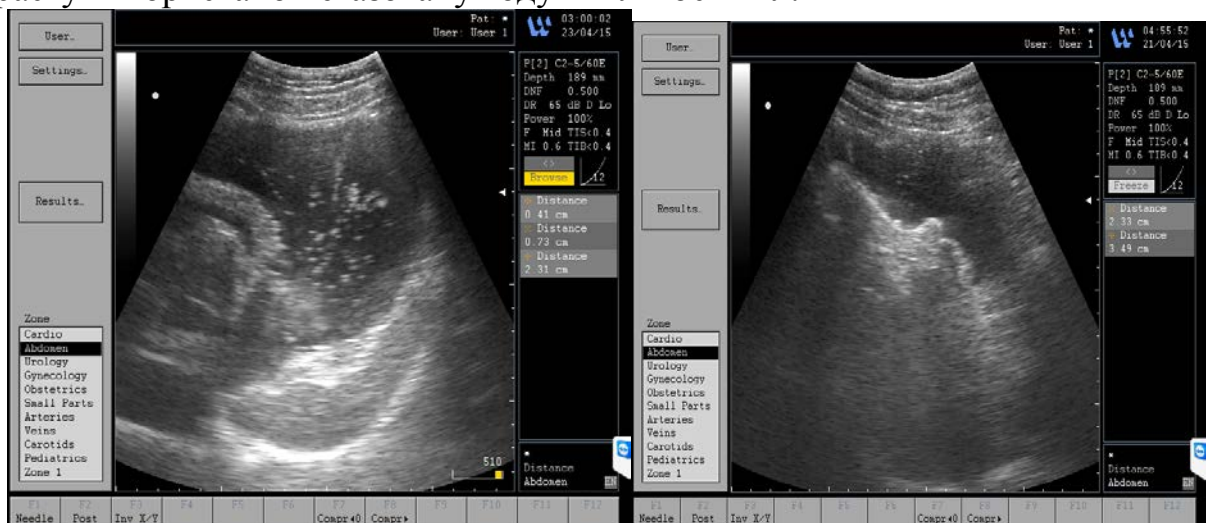


Рис. 2,3 УЗД шлунково-кишкового тракту, шлунок при наповненні

Після консультації гастроентеролога хворому призначено лікування гастродуоденіту. На фоні призначеного лікування стан хворого полегшився.

30. Мазур Л. П., Горошко Є. Л., Мазур П. Є., Локай Б. А., Креховська-Лепяк О. М.

ФУНКЦІОНАЛЬНА АКТИВНІСТЬ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ВІРУСНОМУ ГЕПАТИТІ С

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.
Горбачевського МОЗ України»

Відомо, що 130–170 мільйонів людей, що складає близько 3 % населення світу, хворіють хронічним вірусним гепатитом С (ВГС). Поряд з характерним ураженням гепатобіліарної системи з розвитком хронічного гепатиту, цирозу та гепатоцелюлярної карциноми, вірус гепатиту С поєднується зі значною кількістю різноманітних аутоімунних захворювань, зокрема, - дисфункцією щитоподібної залози (ЩЗ) аутоімунного генезу. Близько в 10-25 % пацієнтів з персистуючим вірусним гепатитом С виявляють тиреоїдні аутоантитіла, зокрема антитіла до тиреопероксидази (АТ-ТПО), вміст яких не залежить від тяжкості ураження печінки.

Метою нашого дослідження було оцінити частоту та вираженість тиреоїдної патології, а також її клінічні та лабораторні прояви в пацієнтів з ВГС.

Матеріали і методи. Нами були опрацьовані історії хвороби 46 хворих з активною формою вірусного гепатиту С (RNA+). У всіх пацієнтів попередньо не було діагностовано будь-якої патології ЩЗ. Серед обстежених був 21 чоловік (45,6 %) та 25 жінок (54,4 %). Вік пацієнтів становив $(42,6 \pm 3,8)$ років. Тривалість основного захворювання (інфікування) становила в середньому $5,6 \pm 0,6$ років. Діагноз ВГС був підтверджений шляхом визначення його маркерів імуноферментним методом. В усіх хворих вивчали вміст в сироватці крові рівнів тиреотропного гормону (ТТГ), АТ-ТПО, вільного тироксину (Т4(в)) та вільного трийодтироніну (Т4(в)) з допомогою біохімічного аналізатора StatFax 3200 (США). Використовували набори для ІФА виробництва "Pliva Lachema" (Чехія).

Результати та їх обговорення. Усі обстежені мали ряд скарг, частина з яких не є специфічними і можуть виникати як внаслідок ураження печінки, так і порушення функції ЩЗ. Так, емоційну лабільність виявлено у 34 (73,9 %), порушення сну – у 23 (50,0 %), загальну слабкість – у 40 (86,9 %), зниження працездатності – у 35 (76,1 %), схуднення – у 16 (34,8 %) та погіршення апетиту – у 28 (60,9 %).

За результатами УЗД було діагностовано неоднорідність структури залози в 10 (21,7 %) пацієнтів, а її збільшення до І ст. – в 12 (26,0 %) пацієнтів.

Діагностовано достовірне зростання вмісту АТ-ТПО в групі хворих на ВГС, в загальному майже в 3 рази, - до $(24,72 \pm 0,80)$ МО/мл, хоча він не виходив за межі норми. Виявлена також виразна тенденція до зростання ТТГ в сироватці обстежених, до $(2,80 \pm 0,26)$ мкМО/мл, при цьому його рівні перевищили межі оптимальних (до 2,5 мкМО/мл). Зміни Т4(в) та Т3(в) були незначними.

В 4 (10,9 %) пацієнток виявлено клінічно значиме зростання рівня ТТГ. У 3 (6,5 %) пацієнток діагностовано підвищення ТТГ зі зростанням вмісту АТ-

ТПО, що за наявності специфічної УЗ-картини дозволило встановити у них діагноз аутоімунного тиреоїдиту зі зниженою функцією ЩЗ. В 1(2,2 %) пацієнтки підвищення рівня ТТГ було ізольованим, встановлено діагноз субклінічного гіпотиреозу. У жодного пацієнта чоловічої статі не було діагностовано захворювання ЩЗ.

Висновок. У інфікованих вірусом гепатиту С пацієнтів внаслідок поєднаної взаємообтяжуючої дії прямого впливу вірусу на залозу та багатокomпонентного аутоімунного пошкодження тиреоцитів виявляється зростання рівнів антитиреоїдних антитіл у більш ніж 25 % пацієнтів, а розвиток гіпотиреозу – в 10,9 % випадків. Більш схильними до виникнення вірус-асоційованого ураження щитоподібної залози є особи жіночої статі.

31. Мазур І.М., Корнага С.І., Романів Т.В., Кицай Л.Г., Саноцька М.В.
**ЕНДОГЕННА ІНТОКСИКАЦІЯ У ХВОРИХ З РІЗНИМИ КЛІНІЧНИМИ
ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я,
Горбачевського»
м Тернопіль, Україна

Туберкульоз обумовлює розвиток багатьох патогенетичних змін в організмі, в першу чергу інтоксикаційного синдрому, який домінує в клінічній практиці даного захворювання.

Однією з ланок патогенетичного механізму ендогенної інтоксикації у хворих з легеневою патологією є гіпоксія, що викликана порушенням тону периферійних судин і зміною реологічних властивостей крові.

Метою нашої роботи було вивчити зміни показників ендогенної інтоксикації організму у пацієнтів із вперше діагностованим туберкульозом легень (ВДТБЛ) з різними клінічними формами та порівняти їх значення в процесі лікування.

Для визначення ендогенної інтоксикації проведено розрахунок інтегративних показників, а саме, лейкоцитарний і ядерний індекс інтоксикації.

Обстежено 45 хворих на ВДТБЛ, середній вік пацієнтів становив $(46,4 \pm 6,3)$ років. З них - особи чоловічої статі 40 (88%), жінки 5 (12%). Бактеріовиділення спостерігалось у 24 (53,3%), деструкція легеневої тканини у 20 (44,4%) хворих.

Лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) був вірогідно вищим у хворих на фіброзно-кавернозний $(4,5 \pm 2,92)$, дисемінований $(2,96 \pm 2,86)$ та інфільтративний $(1,79 \pm 2,67)$ туберкульоз, явища інтоксикації були значно нижчими у пацієнтів на вогнищевий туберкульоз $(1,9 \pm 1,5)$, емпієму плеври $(2,1 \pm 2,23)$ та туберкульозний плеврит $(1,85 \pm 1,69)$.

Збільшення ЛІІ, вказує на підвищений рівень ендогенної інтоксикації і активацію процесів тканинного розпаду, але в процесі лікування протитуберкульозними перепаратами ці показники дещо зменшилися : фіброзно-кавернозний $(3,08 \pm 2,96)$, дисемінований $(1,5 \pm 1,38)$, інфільтративний $(0,62 \pm 0,22)$, вогнищевий $(0,6 \pm 0,02)$ туберкульоз, емпієма плеври $(0,76 \pm 0,7)$ та

туберкулезный плеврит ($0,96 \pm 0,42$). Все это указывает на позитивный эффект лечения протитуберкулезными препаратами.

За ядерным индексом интоксикации (ЯИ) пациенты существенно не различались, кроме пациентов с фиброзно-кавернозным ($0,3 \pm 0,06$) туберкулезом, у которых общий статус был средней тяжести. В остальных больных с диссеминированным ($0,2 \pm 0,08$), инфильтративным ($0,18 \pm 0,07$), вогнищевым ($0,15 \pm 0,04$) туберкулезом та эмпиемой плевры ($0,12 \pm 0,04$) и туберкулезным плевритом ($0,18 \pm 0,03$) общий статус был удовлетворительным.

Таким образом, можно сделать вывод, что лейкоцитарный индекс интоксикации та ядерный индекс являются прогностически ценными маркерами определения степени синдрома эндогенной интоксикации у больных на туберкулез. Они имеют большое прогностическое значение для оценки степени интоксикации и эффективности лечения.

32. Малик А.

РОЛЬ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО МЕТОДА ХPERT/RIF В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА

Кафедра Пневмофтизиологии,

Кишиневский Государственный Университет Медицины и Фармации

им. Н. Тестемицану, Республика Молдова

alina.malik@rambler.ru, +37369043468.

Актуальность. Раннее и лабораторно подтвержденное выявление туберкулеза является важным направлением в программе контроля туберкулеза (ТБ) в Р. Молдова чему способствовало включение с 2015 года в алгоритм обследования больных туберкулезом молекулярно-генетического исследования Xpert MTB/RIF.

Цель исследования: оценка вклада молекулярно-генетического метода Xpert/RIF в диагностику ТБ.

Материал и методы. В 2014 году в муниципии Кишинев методом Xpert/RIF обследовано 361 (87,4%) больных.

Результаты. Положительный результат теста выявлен у 174 (48,2%) лиц, а отрицательный - у 187 (51,8%). Чувствительный тест определен у 123 (70,7%), а устойчивый – у 51 (29,3%) больных. Микроскопия мокроты на КУБ была положительной у 103 (59,2%), а отрицательная – у 71 (40,8%) больных. Xpert/RIF чувствительный и положительный результат микроскопии установлен у 72 (58,5%), а с отрицательным результатом микроскопии – у 51 (41,5%). Xpert/RIF устойчивый и положительный результат микроскопии выявлен у 31 (60,8%) пациента, а отрицательный результат микроскопии – у 20 (39,2%) больных. Таким образом, первичная лекарственная устойчивость к рифампицину зарегистрирована более чем у 1/3 новых случаев легочного туберкулеза. Xpert/RIF совпал с положительной микроскопией только у половины больных, как с устойчивым, так и с чувствительным тестом. Положительный результат культуры зарегистрирован у 142 (81,6%) больных с

положительным Xpert/RIF; у 26 (15%) культура была отрицательная, а у 6 (3,4%) случаев она была неизвестной. Xpert/RIF чувствительный совпал с чувствительным результатом культуры у 77 (62,6%) больных. Xpert/RIF устойчивый совпал с устойчивостью культуры у 37 (72,6%) больных. Только в 2 (3,9%) случаях с устойчивым Xpert/RIF культура была чувствительной, в 9 (17,6%) – отрицательной, а у 3 (5,9%) – результат неизвестен. Анализ спектра устойчивости культуры показал, что из 37 (72,6%) случаев у которых устойчивость совпала и по культуре и по Xpert/RIF у 35 (94,6%) больных установлена множественно-лекарственная устойчивость (МЛУ), и по одному больному с моно- и поли - устойчивостью (5,4%). Все они были включены в схему лечения ДОТС Плюс. Комбинации устойчивости были следующими: у 19 (54,2%) больных – к HRES, к HRS – у 14 (40%), к HRE – у 1 (2,9%) и к HR - у 1 (2,9%) пациентов.

Выводы. 1. Положительный результат Xpert/RIF совпадает с положительным результатом микроскопии в 59,2%, демонстрируя диагностическое превосходство. 2. Первичная лекарственная устойчивость к рифампицину по результатам Xpert/RIF установлена у 29,3% больных. 3. Положительные результаты Xpert/RIF и посевов отмечены в 81,6% случаев. Преимуществом молекулярно-генетического метода является быстрота результата и, как следствие, скорейшее начало лечения, а культурального метода – определение спектра лекарственной чувствительности с последующей коррекцией лечения. 4. Устойчивый результат Xpert/RIF совпадает с МЛУ результатами посевов в 94,6% случаев. 5. Широкое внедрение Xpert/RIF в клиническую практику является приоритетным шагом в ранней диагностике туберкулеза и значительно облегчает работу фтизиатрической службы и врачей общей практики.

33. Марущак М.І., Мялюк О.П., Матвейчева А.О., Пушкін В.Я., Касян С.Р.

АЛІМЕНТАРНЕ ОЖИРІННЯ У ХВОРИХ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Однією з важливих проблем сучасного суспільства є проблема ожиріння, оскільки надмірна маса тіла зустрічається майже у половини дорослого і у близько 15 % дитячого населення. За даними численних досліджень, що вивчають вплив надмірної ваги на здоров'я людини, було встановлено, що більше 90% відомих захворювань виникали на тлі ожиріння.

Метою нашого дослідження було проаналізувати частоту поєданого перебігу аліментарного ожиріння та хвороб серцево-судинної, травної та ендокринної систем.

Матеріали і методи. Нами були опрацьовані історії хвороб пацієнтів з аліментарним ожирінням кардіологічного, ендокринологічного та гастроентерологічного відділень.

Результати та їх обговорення. Частота аліментарного ожиріння у

пацієнтів терапевтичного профілю у середньому складає 44,0 %, при цьому найбільше хворих з поєднаною патологією виявлено у кардіологічному відділенні. У жінок з патологією серцево-судинної й ендокринної систем частіше діагностується аліментарне ожиріння. Слід зазначити, що аліментарне ожиріння частіше поєднувалося у пацієнтів з серцево-судинною патологією на противагу отриманих даних, які стосуються гастроентерологічної патології (55,3 % проти 31,3 %).

Висновок. Аліментарне ожиріння в населення Тернопільської області найчастіше поєднується з ендокринною патологією, зокрема, з цукровим діабетом 2 типу (у 62,7 % хворих) та кардіологічною патологією, а саме з гіпертонічною хворобою (34,3 % пацієнтів), при цьому в гендерному аспекті частіше поєднаними патологіями хворіють жінки.

34. Небесна З. М., Волков К. С., Муха С. Ю.

**СУБМІКРОСКОПІЧНА ОРГАНІЗАЦІЯ СЕКРЕТОРНИХ
АЛЬВЕОЛОЦИТІВ АЛЬВЕОЛ РЕСПІРАТОРНОГО ВІДДІЛУ ЛЕГЕНЬ
ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ОПІКАХ ЗА УМОВ ПОЄДНАНОГО
ЗАСТОСУВАННЯ СУБСТРАТУ ЛІОФІЛІЗОВАНОЇ КСЕНОШКІРИ ТА
ЕКЗОГЕННОГО ПРЕПАРАТА СУРФАКТАНТУ**

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль

Опіковий травматизм є важливою медичною та соціальною проблемою. Термічні ураження визначаються частотою отримання їх в побуті і на виробництві, в умовах катастроф мирного і воєнного часу, характеризуються складністю патогенезу, високою інвалідизацією і летальністю. Опікова травма викликає значні структурні і метаболічні зміни в дихальній системі, проте до цього часу залишається не вивченим субмікроскопічний стан секреторних альвеолоцитів респіраторного відділу легень в динаміці перебігу опікової хвороби та за умов застосування коригуючих препаратів.

Тому, метою нашого дослідження було встановлення електронномікроскопічних змін альвеолоцитів II типу респіраторного відділу легень після експериментальної термічної травми та в умовах застосування подрібненого субстрату ліофілізованої ксеношкіри і препарату сурфактанту.

Досліди проведені на 30 статевозрілих білих щурах - самцях. Опік III ступеня наносили на епільовану поверхню тіла тварини під ефірним наркозом мідними пластинами нагрітими у кип'яченій воді до температури 97-100 °С. Розміри ділянки враження склали 18-20 %. Ранню некректомію уражених ділянок шкіри проводили через 1 добу після відтворення термічної травми. Рану, яка утворилась, покривали подрібненим субстратом ліофілізованої ксеношкіри та одночасно інтратрахеально вводили екзогенний препарат сурфактанта "Куросурф".

Тварин декапітували на 14 та 21 доби досліду. Для ультраструктурних досліджень забирали маленькі шматочки респіраторного відділу легень, а їх обробку здійснювали згідно загальноприйнятої Ультратонкі зрізи

контрастували ураніацетатом та цитратом свинцю за Рейнольдсом і вивчали в електронному мікроскопі ПЕМ – 125 К.

Попередньо проведені ультраструктурні дослідження компонентів аерогематичного бар'єру респіраторного відділу легень при експериментальній термічній травмі встановили глибокі, деструктивні зміни секреторних альвеолоцитів.

На 14 і особливо 21 добу після термічної травми та застосуванні коригуючих чинників в респіраторному відділі легень спостерігаються прояви регенераторних, відновних процесів. Відмічається поліморфізм субмікроскопічного стану альвеолоцитів II типу, серед яких переважають клітини в стані підвищеної функціональної активності. Їх гіпертрофовані ядра овальної форми, в яких переважає еухроматин та інколи маргінально розміщуються невеликі грудки гетерохроматину. Спостерігаються також одне або декілька невеликих ядерць. Мембрани каріолеми чітко контуровані, перинуклеарний простір незначно розширений. В цитоплазмі помірної електронно-оптичної щільності виявляються чисельні рибосоми та полісоми. В парануклеарній зоні наявні цистерни та вакуолі диктіосом комплексу Гольджі. Канальці ендоплазматичної сітки незначно розширені. Про активний перебіг синтетичних процесів у альвеолоцитах II типу свідчить наявність чисельних мітохондрій, невеликих за розмірами, чітко контурованими кристами та матриксом помірної електронно-оптичної щільності. Навколо ядра та дифузно в цитоплазмі виявляються мультивезикулярні та чисельні осміофільні пластинчасті тільця кулястої або овальної форми із збереженою структурою осміофільних пластин. Пластинчасті тільця характеризуються своїм поліморфізмом за розмірами, структурною організацією та ступенем зрілості. На апікальній поверхні клітин відмічається багато мікроворсинок. Інколи виявляється вихід осміофільного вмісту секреторних пластинчастих тілець в просвіт альвеоли для включення в склад мембранної частини сурфактанту.

Таким чином, отримані результати субмікроскопічних досліджень свідчать, що раннє видалення некротичних ділянок шкіри після термічного ураження та закриття рани подрібненим субстратом ліофілізованої ксеношкіри із одночасним введенням препарату сурфактанту запобігає дії патогенного фактора та створює умови для активного протікання регенераторних процесів в компонентах аерогематичного бар'єру зокрема в секреторних альвеолоцитах, що забезпечує активацію їх ультраструктури.

*35 . Панасюк О.В., Мельник В.П., Радши Г.В., Ничипоренко Л.С.,
Коломійчук Л.А., Садова-Андріанова Г.В.*

**ДИНАМІКА ІМУННОГО СТАНУ У ХВОРИХ НА
МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ІЗ ПОЄДНАННЯМ ВІЛ-
ІНФЕКЦІЇ ПІД ЧАС КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ**

¹ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ», м.Київ

²Державна установа «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В.Громашевського НАМН України», м.Київ

³Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м.Київ

Мета дослідження викладена у назві роботи.

Матеріали і методи.Обстеження і лікування ВІЛ-інфікованих 60 хворих на мультирезистентний туберкульоз (МРТБ), у тому числі 18 (30,0%) хворих на туберкульоз із розширеною резистентністю (РРТБ), проводилися у відповідності до чинних нормативних правових документів протягом 2005-2015 рр. на клінічних базах названих медичних університетів і інституту інфекційних хвороб. Вірусне навантаження (ВН) та імунний стан, зокрема рівень СД₄, в периферійній крові вивчалися в динаміці під час проведення основного курсу (ОК) антимікобактеріальної терапії (АМБТ) на тліантиретровірусної терапії – АРТ (основна група хворих, n=30) і без АРТ (порівняльна або контрольна група, n=30). Групи формувалися за методом підбору пар ВІЛ-інфікованих хворих на туберкульоз (ТБ) залежно від типу випадку ТБ на момент його встановлення.

Вік хворих був від 22 до 56 років, чоловіків – 61,0%, жінок – 39,0%. Усі хворі отримували АМБТ, 50,0% з них – АРТ. Оцінка результатів лікування хворих із МРТБ (РРТБ)/ВІЛ за 4 категорією проводилася при завершенні ОК АМБТ, в тому числі на тлі АРТ.

Результати дослідження. На старті ОК АМБТ у хворих на ко-інфекцію МРТБ (РРТБ)/ВІЛ виявилось ВН на рівні від >1000 до 3000000 РНК копій/мл. У абсолютної більшості хворих на поєднану інфекцію з позитивним клінічним ефектом через 24-32 тижні АРТ зменшилося ВН до рівня 40-50 РНК копій/мл. У решти хворих основної групи і в абсолютної більшості хворих контрольної групи не спостерігалася вірусологічна вдача через медичні причини (смерть хворого, неусувна побічна реакція, тяжке ускладнення, як правило з рівнем СД₄<50 клітин) і через немедичні причини (неприхильність до лікування).

У більшості хворих на ко-інфекцію МРТБ (РРТБ)/ВІЛ на етапі лікування було виражене зниження імунітету, зокрема кількість СД₄ клітин була <200 в 1 мм³ відповідно у 78,0% хворих основної групи і у 56,0% - групи порівняння, у тому числі від 2 до 100 клітин в 1 мм³ було відповідно у 50,0% і 44,0%. У решти хворих рівень імунітету був задовільний (кількість СД₄ клітин в 1 мм³ була в межах >200 і <500 відповідно у 17,0% і 29,0%) та нормальний (кількість СД₄ клітин була >500 в 1 мм³ відповідно у 5,0% і 15,0%). Наприкінці інтенсивної фази ОК АМБТ у випадках з позитивним клінічним ефектом спостерігається, незалежно від групи, позитивна імунологічна динаміка (в середньому приріст рівня СД₄ становить від 15 до 184 в 1 мм³) з вірусологічним ефектом у хворих основної групи і вірусологічною невдачею у хворих групи порівняння.

Після завершення ОК АМБТ за даними когортного аналізу абсолютної більшості пацієнтів, які вилікувалися від ТБ і продовжують АРТ ВІЛ-інфекції, констатується стабільна вірусологічна ефективність на тлі задовільного та нормального імунологічного стану. Що стосується пацієнтів, які також вилікувалися від ТБ, але яким не застосовувалася АРТ, то у них відсутнє зростання кількості лімфоцитів СД₄ або імунний стан має негативну динаміку.

Висновки. Застосування АМБТ і АРТ в комплексному лікуванні хворих на МРТБ (РРТБ) у поєднанні з ВІЛ-інфекцією допомагає досягти більш частого

вилікування туберкульозу у пацієнтів з відновленням функції імунної системи і максимальним пригніченням реплікації ВІЛ-інфекції у порівнянні з групою хворих з аналогічною поєднаною патологією, які лікуються АМБТ без АРТ. У хворих на ко-інфекцію МРТБ (РРТБ)/ВІЛ залишаються актуальними питання вибуття із ОК АМБТ та АРТ через медичні і немедичні причини.

36. Пікас О.Б.

ЗАСТОСУВАННЯ ІМУНОФАНУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ, ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧАЕС, ЙОГО ЕФЕКТИВНІСТЬ

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

Метою досліджень було вивчити вплив імунофану на ефективність лікування туберкульозу легень в осіб, постраждалих від наслідків аварії на ЧАЕС.

Матеріал та методи досліджень. Обстежено 122 хворих на туберкульоз легень, постраждалих від наслідків аварії на ЧАЕС, які були розподілені на дві групи (I і II). I групу склали 91 (74,6 %) хворий, котрі приймали антимікобактеріальну терапію за стандартною схемою. II групу склали 31 (25,4 %) хворий, які на фоні стандартної антимікобактеріальної терапії приймали імунофан (по 1 мл (50 мкг) підшкірно кожні 3 доби; курс лікування включав 10 ін'єкцій). Ефективність лікування оцінювали за термінами ліквідації клінічних ознак туберкульозу, припинення бактеріовиділення, зникнення інфільтративних і м'яковогнищевих змін у легенях та закриття порожнин.

Результати досліджень. У пацієнтів II групи швидше зникали симптоми інтоксикації ($p < 0,05$) – через $(10,34 \pm 0,62)$ тижнів у хворих I групи і через $(8,80 \pm 0,2)$ тижнів – II групи. У пацієнтів II групи термін припинення бактеріовиділення більш сприятливий, ніж у пацієнтів I групи ($p < 0,05$). Середній термін припинення бактеріовиділення склав $(3,65 \pm 0,3)$ міс у пацієнтів I групи і $(3,0 \pm 0,1)$ міс – II групи. Термін зникнення інфільтративних і м'яковогнищевих змін у легенях та загоєння порожнин був коротшим у пацієнтів II групи, ніж I групи ($p < 0,05$). Інфільтративні і м'яковогнищеві зміни у легенях зникали через $(5,43 \pm 0,1)$ міс у хворих II групи і через $(6,11 \pm 0,3)$ міс – I групи. Термін закриття порожнин розпаду склав $(5,80 \pm 0,20)$ і $(6,44 \pm 0,20)$ міс відповідно.

Висновок. Імунофан позитивно впливав на ефективність лікування хворих на туберкульоз легень, постраждалих від наслідків аварії на ЧАЕС – прискорював припинення бактеріовиділення (на 0,65 міс, $p < 0,05$), усунення інфільтративних змін (на 0,68 міс, $p < 0,05$) і закриття порожнин розпаду в легенях (на 0,64 міс, $p < 0,05$).

37. Попова Н.Г., Бруснік С.В., Попова Л.О.

ВПЛИВ МІКОПЛАЗМО-ГЕРПЕСВІРУСНОЇ АСОЦІАЦІЇ НА ПЕРЕБІГ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ

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

У теперішній час в структурі захворюваності органів дихання важливе

місце займає негоспітальна пневмонія (НП). Форми взаємодії патогену з організмом хазяїна залежать від тривалості персистенції збудника в ньому та стану імунореактивності макроорганізму. Серед основних груп опортуністичних мікроорганізмів нашу увагу привернули таксономічно різні патогени та їх асоціації – мікоплазми та віруси простого герпесу.

Об'єктом дослідження були 47 хворих на НП віком від 21 до 60 років. До групи контролю входило 29 практично здорових осіб. Серологічні дослідження по виявленню специфічних імуноглобулінів класу М та G в сироватці крові у хворих та групи контролю проводились з використанням стандартних тест-систем «ВектоВПГ-IgM-стрип», «ВектоВПГ-IgG-стрип», *Mycoplasma pneumoniae – IgG – IFA-Бест* виробництва ЗАТ «Вектор-Бест».

У 27-ми хворих з мікст-мікоплазмо-герпесвірусною інфекцією спостерігався більш тяжкий перебіг хвороби з ускладненнями у порівнянні з 18-тю хворими з моно-інфекцією, обумовленою наявністю антитіл IgG до *Mycoplasma pneumoniae*. Група контролю відрізнялась тільки наявністю IgG до ВПГ 1/2 у 5-ти пацієнтів.

Таким чином, у хворих на НП з мікст-мікоплазмо-герпесвірусною інфікованістю перебіг пневмонії відрізнявся затяжним характером, з тривалістю на шість днів більше в порівнянні з групою хворих з моно-інфекцією. Найчастіше у хворих з мікст-інфекцією після одужання спостерігався синдром хронічної втоми. У випадках мікст-інфекції (наявність IgM, IgG до ВПГ 1/2 типу, IgG до *M. pneumoniae*) при НП необхідно проводити комплексну терапію з застосуванням антимикоплазмних, антигерпетичних та імуномодельюючих препаратів.

38. Редько І.І., Чакмазова О.М.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», м. Запоріжжя

Актуальність проблеми респіраторних вірусних інфекцій (РВІ) визначається їх розповсюдженістю, некерованістю, високою контагіозністю, алергізацією та розвитком ускладнень, як у дітей, так і у дорослих. Існуючі до теперішнього часу класичні методи виділення вірусів потребують певного часу, наявності коштовних реактивів та обладнання в умовах вірусологічних лабораторій, у зв'язку з чим обгрунтованим є впровадження нових підходів до ідентифікації РВІ.

Мета дослідження – апробувати методи імунохроматографічного аналізу (ІХА) та модифікованої реакції зв'язування комплементу (м-РЗК) для експрес-діагностики, та порівняти їх ефективність з класичними методами діагностики .

Обстежено 100 дітей у віці 1-12 років з клінічними проявами РВІ легкого та середнього ступеня важкості, серед яких 50% мали інтестинальний синдром. Для верифікації вірусів грипу А і В, аденовірусів, РС-вірусів застосовували

методи ІХА, ППФ, ПЛР; ентеровірусної інфекції -культуральний метод та м-РЗК (з ентеровірусними сироватками на ІФА). Матеріал для обстеження-змиви та зіскоби з носоглотки; на ентеровіруси – кров, фекалії. За результатами: РВІ верифіковано у 63 (63%) дітей, у т.ч. грип А – 10 (10%), грип А+В – 4 (4%), АД-інфекція – 8 (8%), РС-інфекція – 18 (18%), ентеровірусна – 15 (15%): серотипи ентеро 68-71 – 7, ЕСНО – 5, Коксакі В – 3, мікст-РВ-інфекція – 8 (8%) – асоціація грипу А з аденовірусом – 3 та грипу А з РС – 5. Доведено, високий відсоток співпадання етіологічного діагнозу (85% в порівнянні з ПЛР та культуральним та 95% в порівнянні з ППФ). Перевагою ІХА є постановка без транспортування, «біля ліжка» хворого, швидкий результат (5-10 хв). Метод м-РЗК верифікує діагноз на 1-3 добу на відміну від культурального (28 діб), дає можливість виявити не тільки антиген ентеровірусу, але і його серотип.

39. Самогальська О.Є., Лазарчук Т.Б., Лобанець Н.В., Баб'як О.В.

ЗМІНИ ОКРЕМИХ ЦИТОКІНІВ ПРИ ЦИРОЗІ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ З РІЗНИМ ІНДЕКСОМ МАСИ ТІЛА

Державний вищий навчальний заклад "Тернопільський державний
медичний університет імені І.Я.Горбачевського"

При встановленому діагнозі цирозу печінки для визначення подальшої тактики ведення хворого важливе значення має прогноз перебігу захворювання. Тому наукове і практичне значення має виділення предикторів важкого перебігу патології печінки, в якості такого фактору розглядається підвищена маса тіла. Сьогодні загальновідомо, що низка цитокінів, зокрема фактор некрозу пухлин- α (ФНП- α), володіють прозапальною і профіброгенною активністю при печінковій патології, а інша група цитокінів, зокрема інтерлейкін-4 (ІЛ-4), - протизапальною. Тому метою нашої роботи був аналіз змін рівня цитокінів у хворих на цироз печінки (ЦП) з різною масою тіла (ІМТ).

Проведено обстежено 86 хворих на алкогольний цироз печінки (АЦП). Контрольна група складалася з 20 практично здорових осіб (ПЗО). Всім хворим визначали ІМТ за формулою Кетле. Визначення цитокінів ФНП- α і ІЛ-4, колагену IV та лептину проводили методом імуноферментного аналізу ("аналізатор StatFax 303 Plus").

Фібротичні зміни у печінковій тканині при АЦП були підтверджені вірогідним підвищенням вмісту колагену IV (в 7,5 рази порівняно з ПЗО), наявністю дисбалансу в системі цитокінів (підвищення вмісту ФНП- α на тлі відносної недостатності ІЛ-4). При цьому у осіб з надмірною масою тіла вміст колагену був вірогідно вищим порівняно з пацієнтами з нормальною вагою, а кореляційний аналіз виявив прямий зв'язок рівня ФНП- α з ІМТ. Таким чином виявлені зміни показників у хворих на АЦП з надмірною вагою можуть свідчити про відповідні більш глибокі фібротичні процеси в печінковій тканині, відповідно, про несприятливий прогноз перебігу ЦП.

40. Сахелашвілі М.І., Платонова І.Л., Штибель Г.Д., Луцишин Т.В.
**КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНІ ПАРАЛЕЛІ ПРИ ТУБЕРКУЛЬОЗІ
ЗАЛЕЖНО ВІД ЧУТЛИВОСТІ МБТ ДО АНТИМІКОБАКТЕРІАЛЬНИХ
ПРЕПАРАТІВ**

¹ДУ "Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького"

² ДУ "Львівський НДІ епідеміології та гігієни МОЗ України"

З метою вивчення клінічно-імунологічних особливості перебігу хіміорезистентного туберкульозу легень у підлітків та молодих осіб при первинної медикаментозної резистентності МБТ до протитуберкульозних препаратів обстежено 126 осіб від 15 до 40 років. Всім хворим здійснювали комплексне клініко-рентгенологічне та лабораторне обстеження з використанням імунологічних методів дослідження крові з визначенням стану Т- і В- клітинного імунітету та туберкулінової алергії. Хворі були поділені на дві групи 1-а група (основна) – 43 хворих на хіміорезистентний туберкульоз, 2-а група (контрольна) – 83 хворих з "чутливим" туберкульозом (з чутливими штамми МБТ до АМБП). У 3 (6,9 %) хворих основної групи було діагностовано туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів, у 9 (20,9 %) – казеозна пневмонія, у 19 (44,2 %) – інфільтративний та у 12 (27,0 %) – дисемінований туберкульоз легень. Проте в контрольній - вірогідно частіше виявляли вогнищеву (2,1 рази) та інфільтративну (2,7 рази) форми туберкульозу і 8,7 рази рідше – казеозну пневмонію. У основній групі в 1,4 рази частіше спостерігали деструкції в легенях, ніж в контрольній, при чому основній групі переважали множинні або гігантські порожнини розпаду.

Хіміорезистентний туберкульоз супроводжувався різким пригніченням кількості Т-лімфоцитів, активної їх популяції, функціональної їх активності та збільшенням сенсibiliзованих до туберкуліну лімфоцитів, ніж у здорових та у осіб з "чутливим" специфічним процесом без стійкості МБТ до АМБП. Отже, при хіміорезистентному туберкульозі у хворих діагностували більш важкі та занедбані форми туберкульозу легень на тлі суттєвого пригнічення Т -і В- системи імунітету.

41. Собченко М.Я

**ЗВ'ЯЗОК МІЖ ІНТЕРЛЕЙКІНОВИМ ПРОФІЛЕМ ТА ВИРАЖЕНІСТЮ
ЗАПАЛЬНИХ, АТРОФІЧНИХ ПРОЦЕСІВ У СЛИЗОВІЙ ОБОЛОНЦІ
ШЛУНКА**

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

Актуальність теми. Модифікація діагностичних алгоритмів задля ефективного та своєчасного лікування пацієнтів.

Мета та завдання дослідження. Визначити патогенетичний зв'язок між змінами концентрації інтерлейкінів та загостреннями запальних та атрофічних процесів у слизовій оболонці шлунка.

Матеріали та методи дослідження. Статистично оброблені дані клініко-

лабораторних та інструментальних методів дослідження пацієнтів із гастритом. **Результати досліджень.** Підвищення концентрації ІЛ-1 β , ІЛ-2, ІЛ-6, ІЛ-8, ІЛ-17, ІЛ-18 сприяє розпалу запальних та атрофічних процесів у слизовій оболонці шлунку з поступовим запуском цитопротекторних механізмів. ІЛ-1 β , ІЛ-6, ІЛ-8 здатні індукувати експресію молекул адгезії, що сприяє міграції моноцитів та нейтрофілів до тканин із судин; сприяють дегрануляції нейтрофілів, викиду лейкотрієнів, лізосомальних ферментів, вільних радикалів. ІЛ-1 β сприяє зниженню репаративних властивостей слизової шлунку завдяки посиленій секреції соляної кислоти та зменшеному слиноутворенню. ІЛ-1 β , ІЛ-8 пригнічують фібриноліз, що відображається на зниженій перфузії тканин через тромбоутворення у мікроциркуляторному руслі. ІЛ-18 спричиняє інфільтрацію слизової шлунку моноцитами, пригнічує проліферацію ендотеліоцитів. Цитопротекторні механізми реалізуються завдяки ІЛ-17, що індукує виділення серотоніну та проліферацію міофібробластів.

Висновок. Отже, наростання концентрації ІЛ-1 β , ІЛ-2, ІЛ-6, ІЛ-8, ІЛ-18 свідчить про загострення запальних та атрофічних процесів у слизовій оболонці шлунку. Враховуючи каскадність активації цитокінів, задля оцінки перебігу захворювання, потрібно визначати концентрацію про- та протизапальних ІЛ.

42. Тодоріко Л.Д., Сем'янів І.О.

УРАЖЕННЯ ГЕПАТО-ПАНКРЕАТО-БІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

ВДНЗ Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Актуальність. В останні роки все частіше з'являються повідомлення про поєднання туберкульозу і захворювань гепато-панкреато-біліарної системи. Взаємно обтяжуючий вплив захворювань, необхідність тривалого використання протитуберкульозних препаратів (ПТП), кожен з яких і їх метаболіти можуть призвести до змін в системі детоксикації і метаболізму, призводять до зниження ефективності лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 400 історій хворих на туберкульоз легень, які знаходились на стаціонарному лікуванні в Чернівецькому обласному та міському протитуберкульозних диспансерах протягом 2012-2015 років.

Результати. Оцінка отриманих результатів показала, що патологія з боку гепато-панкреато-біліарної системи діагностується у 58 % хворих на ТБ. За нозологіями спостерігався наступний розподіл: хронічний некалькульозний холецистит – 36,5 % обстежених, дифузні зміни печінки – 27,8 % хворих на ТБ та хронічний панкреатит діагностовано у 22,3 % пацієнтів.

Відсутність належної уваги до супутньої патології з боку гепато-панкреато-біліарної системи призводить до розвитку побічних реакцій на протитуберкульозну терапію, що в подальшому може призвести до тимчасової відміни ПТП, та подальшого розвитку лікарської стійкості. Розвиток побічних реакцій також негативно впливає на прихильність пацієнтів до лікування.

43. Л.Д. Тодоріко, І.О. Сем'янів, І.В. Єременчук

ЧАСТОТА УРАЖЕННЯ ГЕПАТО-БІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ЗАЛЕЖНО ВІД СПЕКТРУ ЧУТЛИВОСТІ МІКОБАКТЕРІЙ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

ВДНЗ Буковинський державний медичний університет

Мета роботи: встановити частоту ураження гепато-біліарної системи у хворих на туберкульоз легень у залежності від спектру чутливості мікобактерій туберкульозу.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 400 історій хворих на туберкульоз (ТБ) легень, які знаходились на стаціонарному лікуванні в Чернівецькому обласному та міському протитуберкульозних диспансерах протягом 2012-2015 років.

Результати. Ускладнення протитуберкульозної терапії, у вигляді ураження гепато-біліарної системи, є однією з найважливіших причин недостатньої ефективності поліхіміотерапії, тому лікарі часто змушені не тільки змінювати режим лікування, а й відмовлятися від найефективніших стосовно мікобактерії туберкульозу препаратів.

Оцінка отриманих результатів показала, що патологія з боку гепато-біліарної системи діагностується у 58 % хворих на ТБ. За нозологіями розподіл наступний: хронічний некалькульозний холецистит – 36,5 % обстежених, дифузні зміни печінки – 27,8 % хворих на ТБ та хронічний панкреатит який діагностовано у 22,3 % пацієнтів. Значну небезпеку складає коморбідність ТБ з 2-ма захворюваннями гепато-біліарної системи поєднання 2-х патологій яке виявилось у 72 хворих (18 %), та 3-х варіантів патологій у 10 хворих (2,5 %), що виявилися за результатами ретроспективного аналізу.

Вірогідно встановлено, що у хворих на резистентні форми легеневого туберкульозу значно частіше зустрічається патологія з боку гепато-біліарної системи. Аналіз характеру супутньої патології системи у хворих на туберкульоз залежно від спектру чутливості до протитуберкульозних препаратів, показав, що значною проблемою яка сприяє формуванню коморбідності є тривалість і токсичність режимів лікування пацієнтів з МРТБ, ПРТБ та РРТБ.

Висновки. Коморбідність ТБ легень із захворюваннями гепато-біліарної системи має всі підстави бути врахованою як у процесі призначення лікування вперше виявлених форм, так і в динаміці захворювання та у період залишкових явищ після лікування туберкульозу легень.

44. Швед М. І., Припхан І. Б., Вівчар Н. М., Чорна Я. В.

ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОРУШЕННЯ ПЕЧІНКИ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ ТА СУБКЛІНІЧНИЙ ГІПОТИРЕОЗ.

1. ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України”

2. КЗ ТОР “Тернопільська Університетська Лікарня”.

Мета дослідження: дослідити особливості функціональних порушень печінки у пацієнтів зі стабільною стенокардією та субклінічним гіпотиреозом та ефективність їх корекції.

Методи дослідження: загальне клінічне та лабораторно-інструментальне дослідження (біохімічний аналізатор Cobas Integra 400 plus, фірми ROCHE, Холтер-ЕКГ з оцінкою варіабельності ритму серця), оцінка рівня ТТГ, Т₄, та йодурії за допомогою набору “Йодтест”). Обстеження проводилось при госпіталізації, через 3 та 6 місяців від початку терапії.

Результати: Основна група налічувала 15 пацієнтів зі стабільною стенокардією та субклінічним гіпотиреозом. Контрольна група становила 20 пацієнтів із стабільною стенокардією та еутиреозом. Усіх пацієнтів основної групи розподілено на 2 підгрупи. До першої підгрупи увійшло 57 хворих, які приймали стандартну антиішемічну терапію та L-тироксин, а до другої – 58 пацієнтів, які приймали стандартну антиішемічну терапію, L-тироксин та L-карнітин.

У вихідному стані у хворих основної групи відмічено суттєві порушення функціонального стану печінки та ліпідного обміну, що проявились достовірно вищим рівнем розвитку цитолітичного та холестатичного синдромів, а також дисліпідемією з високою концентрацією в сироватці крові холестерину ліпопротеїнів низької щільності (ХС ЛПНЩ) та тригліцеридів (ТГ) порівняно із контрольною групою.

Через 3 місяці від початку зазначеної терапії, у пацієнтів 2 підгрупи відмічено достовірне зменшення рівня ХС ЛПНЩ на 24,7 %, ТГ на 31,5 %, гама-глутамілтрансферази (ГГТ) на 31,7 %, тимолової проби (ТП) на 26,6 %, аланін-амінотрансферази (АЛаТ) на 19,2 %, аспартат-амінотрансферази (АСаТ) на 22,7 % порівняно із вихідними даними. Одночасно, у хворих 1 підгрупи встановлено зменшення концентрації ХС ЛПНЩ на 16,2 % ($p < 0,05$), ТГ на 20,7 % ($p < 0,05$), ГГТ на 25,9 % ($p < 0,05$), ТП на 20,3 % ($p < 0,05$), АЛаТ на 11,8 % ($p < 0,05$), АСаТ на 17,4 % ($p < 0,05$) порівняно із вихідними даними.

Через 6 місяців терапії, у пацієнтів 2 підгрупи відмічено подальше зменшення рівня ХС ЛПНЩ на 36,9 % ($p < 0,01$), ТГ на 41,3 % ($p < 0,01$), ГГТ на 42,7 % ($p < 0,01$), ТП на 59,1 % ($p < 0,01$), АЛаТ на 34,8 % ($p < 0,01$), АСаТ на 28,2 % ($p < 0,05$) порівняно із вихідними даними. Одночасно, у хворих 1 підгрупи не встановлено подальшого зменшення проявів цитолітичного, холестатичного синдромів та рівня дисліпідемії.

Висновки: 1. У вихідному стані в пацієнтів із стабільною стенокардією та субклінічним гіпотиреозом відмічено більш виражені прояви цитолітичного та холестатичного синдромів, а також дисліпідемії, порівняно із пацієнтами в яких

збережена функція щитоподібної залози. 2. У хворих із стабільною стенокардією та субклінічним гіпотиреозом додаткове застосування L-тироксину та L-карнітину сприяє відновленню функції печінки як через 3, так і через 6 місяців від початку терапії порівняно із монотерапією L-тироксином.

45. *O. Shevchenko, S. Tkachov*

The impact of the level of immunodeficiency survival of patients with tuberculous meningitis in the background of co-infection of HIV / TB

Kharkiv National Medical University

Objective. To analyze the course of the disease survivors and deceased patients with tuberculous meningitis (TBM).

Research methods. This was a retrospective study of medical records of 26 patients of the Regional TB Dispensary №1 in the period 2013-2014.

Results and discussion. Among the patients there were 5 women (19.2%) and 21 men (80.7%). The average age of the patients was $41,31 \pm 6,99$ years. Anamnesis tuberculosis present in 11 cases (42.3%). Patients were divided into 2 groups: the main deceased 15 (57.7%) and the control group of 11 survivors (42.3%) of patients with TBM. Among the symptoms observed: fever in the first group, 73.3% , second - 100% headache - 46.6% and 63.6%, nausea - 26.6% and 36.3%, impaired consciousness - 6.6 % and 9%, behavior change -13.3% and 0%, stiff neck muscles - 40% and 45.4%, Kernig and Brudzinskii symptoms - 26.6% and 18.1%, paralysis and paresis of limbs - 13 3% and 18.1% of the viral hepatitis is 86.6% and 45.4%, respectively. In the main group more common symptoms of meningeal irritation, patients often suffered multi-resistant TB than in the control group. In the clinical analysis of blood lymphocyte counts averaged $0.634 \cdot 10^9$, the second group of $1,256 \cdot 10^9$, in the immunological T-helpers (CD4 +, CD3 +) cells - 29, in the second - 87,16, T-cell (CD3 +) - 254, in second - 609 ESR - 51.52 mm / h in the second group - 30.18 mm / h. As observed in the first group mild anemia 103.5 g / l, under normal hemoglobin 124 in the control group. **Conclusions.** The effectiveness of the treatment of patients with tuberculous meningitis in the background of co-infection depends on the level of immunosuppression. The low values of CD-cells in the immunological predicts unfavorable course of the disease.

46. *Федорців О.Є., Биць К.М.*

Особливості бронхіальної астми в ранньому дитячому віці

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського МОЗ України»

Вступ. Бронхіальна астма – серйозна медико-соціальна проблема дитячого віку. В сучасних умовах спостерігається зростання захворюваності і поширеності захворювання в усьому світі, в тому числі і в Україні. Особливостями перебігу БА астми у дітей раннього віку є запізніла діагностика, труднощі діагностики, багатофакторність. Досить часто захворювання розцінюється як обструктивний бронхіт, у зв'язку з чим дитина отримує неадекватне лікування.

Метою дослідження було вивчити особливості перебігу бронхіальної астми у дітей раннього віку для покращення ранньої діагностики та призначення своєчасного лікування.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходилось 25 дітей раннього віку, які перебували на стаціонарному лікуванні в пульмонологічному відділенні КУТОР «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня». Серед хворих переважали хлопчики – 15 (60 %). Середній вік пацієнтів становив $(2,50 \pm 0,04)$ років. У більшості дітей діагностували атопічну форму захворювання – 22 дитини (80 %), у решти (20 %) – змішану. Ретельно збирали анамнез захворювання та життя дитини, акцентуючи увагу на алергологічному та генетичному анамнезах. Вираженість нападу бронхіальної обструкції проводили за критеріями бальної системи, прийнятими Російською програмою (1997) та Українським консенсусом (1998) з проблем астми в дітей.

Результати та їх обговорення. Результати оцінки анамнезу показали, що у всіх дітей відмічалися кілька епізодів бронхообструкції, які в середньому складали $2,35 \pm 0,40$ і розцінювалися як прояви гострого обструктивного бронхіту, тому діти отримували терапію у відповідності з діагнозом. У 10 пацієнтів (40 %) спостерігались прояви харчової алергії, у 6 (24 %) – атопічного дерматиту. Вивчення антенатального анамнезу показало несприятливі впливи у 11 дітей (44 %): у 2 матерів цих дітей (8 %) була загроза переривання вагітності, у 4 (16 %) – анемія, у 3 (12 %) – ранній гестоз, у 2 жінок (8 %) – хронічна фетоплацентарна недостатність. На грудному вигодовуванні до року перебували тільки 2 дитини (8 %) На змішаному вигодовуванні з перших місяців життя були 5 (20 %) хворих. На ранньому штучному вигодовуванні перебували 18 (72 %) пацієнтів. Алергічний анамнез був обтяжений у 21 дитини. При оцінці клінічного перебігу захворювання і вираженості обструкції враховувалися такі симптоми як стан свідомості, активність, кашель, наявність ціанозу, частота і ритм дихання, наявність втягіння податливих ділянок грудної клітки, співвідношення вдишу до видошу, наявність хрипів в легенях та їх характеристика, зміни перкуторного звуку над легенями, частота серцевих скорочень. Інтермітуючий перебіг БА спостерігали в 5 (20 %) дітей, легкий персистуючий – у 8 (32 %), середньо важкий – у 9 (36 %) хворих та важкий – у 3 (12 %). Оцінка вираженості нападу обструкції дозволила встановити, що у 12 пацієнтів (44 %) вираженість обструкції в день поступлення дитини в стаціонар складала більше, ніж 12 балів (в середньому $(12,5 \pm 0,3)$ балів), у 11 з цих дітей вона супроводжувалася суттєвим подовженням видиху і вираженою тахікардією в спокої.

Висновки. Таким чином, у дітей раннього віку існують певні труднощі своєчасної діагностики бронхіальної астми, що призводить до гіподіагностики і неадекватної терапії. На розвиток бронхіальної астми у дітей раннього віку великий вплив має несприятливий алергологічний та обтяжений по алергії генетичний анамнез, раннє штучне вигодовування, обтяжений акушерський анамнез. Виражена обструкція у дітей раннього віку супроводжується тахікардією в спокої та значним подовженням видиху.

47. Яловський Ю.М.

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЗА ДАНИМИ РАЙОННОГО ДИСПАНСЕРУ

КУТОР " Кременецький обласний протитуберкульозний диспансер".

В Україні епідемія туберкульозу зареєстрована з 1995 року. І вона невпинно прогресує, стає невгамовною і загрозливою медико-соціальною проблемою. Нині туберкульоз в Україні є найпоширенішою інфекційною хворобою, займаючи перше місце в структурі смертності людей від інфекційної патології. На цьому тлі через щорічне поглиблення соціально-економічної кризи в країні й охороні здоров'я погіршилося функціонування протитуберкульозної служби і знизилася об'єм і якість протитуберкульозних заходів. 67,4% вперше захворілих на туберкульоз складають особи найбільш працездатного і репродуктивного віку - від 20 до 50 років, однак зріст захворюваності туберкульозом спостерігається в усіх вікових групах. Основними чинниками неблагополуччя з туберкульозом в Україні є: соціально-економічна криза в країні, що не дозволяє повноцінно фінансувати охорону здоров'я; зниження життєвого рівня населення; згортання протитуберкульозних закладів внаслідок недостатнього їх фінансування.

Проаналізована захворюваність на туберкульоз за матеріалами Кременецького обласного протитуберкульозного диспансеру за 2013-2014 рік.

У 2013 році захворюваність на всі форми активного туберкульозу по району склала 59,3 на 100 тис. населення а у 2014 році відповідно 52,1, тобто зменшилась. Захворюваність на туберкульоз легень також зменшилась з 53,6 до 52,1. Але серед бацилярних форм спостерігається збільшення з 35,1 до 38,9. Суттєво зменшились деструктивні форми – з 40,4 до 27,8.

Отже, на теперішній час залишається проблемою збільшення бацилярних форм туберкульозу легень, зокрема хіміорезистентних.