

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

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

20-22 вересня 2017 року
Тернопіль, Україна

20-22 September, 2017, Ternopil, Ukraine

Тернопіль
“Укрмедкнига”

2017

Редакційна колегія:

д-р мед. наук, проф. М.М. Корда (відповідальний редактор), д-р мед.наук, проф. І.Я. Господарський (заступник відповідального редактора), д-р мед. наук, проф. Л.А. Гришук (відповідальний секретар), д-р мед. наук, проф. С.М. Андрейчин, д-р мед. наук, проф. О.Є. Самогальська.

Імунопатологія при захворюваннях органів дихання і травлення /
Матеріали V наукового симпозиуму. – Тернопіль, ТДМУ, 2017 – 54с.

©Тернопільський державний медичний університет
Ім. І.Я. Горбачевського, 2017

З М І С Т

1. *В.М. Акімова, Л.Є. Лаповець, Б.М. Белявська, Н.Є. Лаповець, Л.Г. Божко*
СТАН ПЛАЗМОВОЇ ГУМОРАЛЬНОЇ НЕСПЕЦИФІЧНОЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ НА АБДОМІНАЛЬНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ТА ГОСТРИЙ АПЕНДИЦИТ 8-9
2. *С.М. Андрейчин, Н.А. Бількевич, Т.Ю.Чернець, Б.Г. Бугай, Н.Я. Верещагіна, Н.А. Кавецька, М.М. Руда, Н.З. Ярема, П.П. Кузів, В.О. Лихацька, І.І. Ганьбергер, С.В. Кучер*
ДО ПИТАННЯ ОЦІНКИ ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ПРИ НЕГОСПІТАЛЬНІЙ ПНЕВМОНІЇ 9
3. *С. М. Андрейчин, С. В. Кучер, І. І. Ганьбергер, У. О Мудра.*
ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ІМУННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ РІЗНОГО ВІКУ 9-10
4. *Л.С. Бабінець, Н.А. Мельник, У.М. Захарчук, І.О. Гніздюх*
РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ ІЗ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ 11
5. *О.О. Боб, А.О. Боб, Л.П. Боднар., О.С. Квасніцька, З.А. Луб'янська*
ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 11-12
6. *О.Р.Боярчук, Л.М.Дмитраш*
РЕЦИДИВНІ СИНОПУЛЬМОНАЛЬНІ ІНФЕКЦІЇ ЯК ПРОЯВ ПЕРВИННОГО ІМУНОДЕФІЦИТУ 13
7. *Ю.М. Валецький, О.І. Русин, Р.О. Валецька*
МЕТОДИ ВЕРИФІКАЦІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ПОЗАЛЕГЕНЕВОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ 13-15
8. *Л.А. Волянська, Л.Б. Романюк, Н.С. Кобліанідзе*
РАЦІОНАЛЬНА ТЕРАПІЯ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ – ЗАПОРУКА ЗНИЖЕННЯ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ 16-17
9. *Н.Р. Гладши*
ОСОБЛИВОСТІ ЧАСТОТИ І ХАРАКТЕРУ РЕЗИСТЕНТНОСТІ МІКОБАКТЕРІЙ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЗА ДАНИМИ МІЖОБЛАСНОЇ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ЛІКАРНІ 17-18

- 10 *L. Hryshchuk, O. Okusok, N. Kravchenko, P. Tabas, R. Klos*
THE DYNAMICS OF TOXIC LIVER DAMAGE DURING THE TREATMENT OF PATIENTS WITH MULTI-DRUG-RESISTANT TUBERCULOSIS 18-19
- 11 *С.І. Корнага, Н.В. Тхорик, З.П. Мандзій, Ю.А. Тхорик, Т.В. Корнага*
ВПЛИВ КУРІННЯ НА САТУРАЦІЮ КРОВІ КИСНЕМ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ 19-20
- 12 *О. П. Костик, Х. І. Вольницька, Н. Д. Рудницька*
ЦИТОКІНОВИЙ ПРОФІЛЬ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНІВ З БРОНХООБСТРУКТИВНИМ СИНДРОМОМ 20-21
- 13 *Н.С. Кравченко, О.М. Окусок, Л.Г. Кицай*
ДІАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ХВОРИХ ІЗ ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ 21-22
- 14 *М.М. Kuzhko, D.O. Butov, T.S. Butova, G.L. Stepanenko, N.E. Piriatinska, T.O. Rogachevskyi*
ASSOCIATION OF C-REACTIVE PROTEIN GENE POLYMORPHISMS IN PATIENTS WITH MULTI-DRUG RESISTANT TUBERCULOSIS 22-23
- 15 *К.С. Куликова, А.І. Підкова*
ЧАСТОТА ВИНИКНЕННЯ ПЕРВИННОЇ І ВТОРИННОЇ ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОСТІ ПРИ ВДТБ І РТБ 23-24
- 16 *О.П. Литвинюк, С.В. Зайков*
ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ 24-25
- 17 *Л.П. Мельник*
СУПУТНІ ПАРАЗИТАРНІ ІНВАЗІЇ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ 25-26
- 18 *З.П. Мандзій, С.І. Корнага, І.М. Марків, І.В. Мерецька, С.В. Мадич*
ПЕРЕБІГ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМИ ЛІМФОПРОЛІФЕРАТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ 26-27
- 19 *В.П.Мельник, М.С.Молчанова, Д.А.Журба, А.М.Савостьянова*
ТЕСТ НА ЗВОРОТНІСТЬ ОФВ1 В ДІАГНОСТИЦІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ 27
- 20 *S. Nykytyuk, Z. Borys, N. Haliyash, O. Chubata, S. Yevtushenko, M. Syrnyk*
DIFFICULTY OF DIAGNOSTICS IN PEDIATRIC PRACTICE 28-29

- 21 *І.А. Овчаренко, О.С. Шевченко, Н.М. Боровок*
АНАЛІЗ ГЕНДЕРНИХ ВІДМІННОСТЕЙ ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНІВ У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ. 29-31
- 22 *О.М. Окусок, Л.А. Грищук, К.О. Луцишин*
УЛЬТРАЗВУКОВА ДІАГНОСТИКА ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ВІЯВЛЕНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ 31-32
- О. М. Окусок, Л. А. Грищук, І.С. Якимів, О.В. Васишин, М.М. Куземко*
23 ВІЗНАЧЕННЯ ШОЕ У МАГНІТНОМУ ПОЛІ ЯК МАРКЕР ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ПОРУШЕННЯ ПЕЧІНКИ ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ 32-33
- 24 *Ю.Ю. Онопрійко*
ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛЕЙ ХИМИОРЕЗИСТЕНТНОСТИ НА ФОНЕ КО-ИНФЕКЦИИ, ТУБЕРКУЛЕЗА И ВИЧ 33
- 25 *К.О. Орехов*
КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА У БОЛЬНЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С 33-34
- 26 *О.В.Панасюк, В.П.Мельник, Г.В.Радиш, Л.А.Коломійчук*
ВПЛИВ АНТИМІКОБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ НА ДИНАМІКУ РІВНЯ СД4 ЛІМФОЦИТІВ У ХВОРИХ НА КО-ІНФЕКЦІЮ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ/ВІЛ НА ТЛІ АНТИРЕТРОВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ І БЕЗ ОСТАННЬОЇ 34-35
- 27 *В.І.Петренко, О.В.Панасюк, Г.В.Радиш, О.Б.Голуб, Я.В.Лопатина, Л.С.Ничипоренко*
ДИНАМІКА РІВНЯ СД4 ЛІМФОЦИТІВ ПІД ЧАС АНТИМІКОБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА КО-ІНФЕКЦІЮ ТУБЕРКУЛЬОЗ/ВІЛ НА ТЛІ АНТИРЕТРОВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ І БЕЗ ОСТАННЬОЇ 35-36
- 28 *М. Pokorski*
LUNG AGING: BREATHING EXERCISE STRATEGIES 36
- 29 *T. Rovbut, P. Gutkowski, N. Tomchik*
INFLUENCE OF SOCIAL AND ADVERSE FACTORS OF THE ENVIRONMENT ON FUNCTION OF EXTERNAL BREATH IN CHILDREN. 37-38
- 30 *М.М. Савула*
МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ДЕЯКИХ ІМУНОЛОГІЧНИХ ТЕСТІВ У ПРАКТИЦІ ФТИЗІАТРА 38-39

- О.Є. Самогальська, З.П. Мандзій, С.І. Корнага, Л.В. Радецька, І.Б. Миколайшин*
 31 ВИКОРИСТАННЯ БІОЦЕРУЛІНУ У ХВОРИХ З ГЕМОБЛАСТОЗАМИ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ІНОКСИКАЦІЙНОГО СИНДРОМУ 39-40
- О.Є. Самогальська, З.П. Мандзій, Л.В. Радецька, Т.В. Бойко, І.М. Марків*
 32 ПРОФІЛАКТИКА ВИНИКНЕННЯ ТОКСИЧНОГО ГЕПАТИТУ У ХВОРИХ З ЛІМФОПРОЛІФЕРАТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ 40--41
- О.Є. Самогальська, Т.Б. Лазарчук, І.М. Марків, В.Ф. Тюріна*
 33 ОСОБЛИВОСТІ ГУМОРАЛЬНОЇ ЛАНКИ ІМУНІТЕТУ ПРИ ЦИРОЗАХ ПЕЧІНКИ РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ 41-42
- О.Є. Самогальська, І.М. Марків, З.П. Мандзій, І.В. Мерецька*
 34 РАЦІОНАЛЬНА ФАРМАКОТЕРАПІЯ НПЗП-ГАСТРОПАТІЙ 43-44
- М. І. Сахелашвілі, І. Л. Платонова, Г. Д. Щтибель*
 35 СТАН ІМУННОЇ СИСТЕМИ ПРИ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОМУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ 44
- М. Семенчук, І. Господарський*
 36 ЗМІНИ СУБКЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ПЕЧІНКОВОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ ПІД ВПЛИВОМ ДІЮЧОЇ РЕЧОВИНИ – АДЕМЕТІОНІН У ЛЮДЕЙ ІЗ ХРОНІЧНИМ ГЕПАТИТОМ В І/АБО С, ІЗ ЦИРОЗОМ ПЕЧІНКИ АСОЦІЙОВАНИМ ІЗ ГЕПАТИТОМ В І/АБО С. 45-46
- Н.В. Томчик, С.А. Ляликов*
 37 УДЛИНЕННЯ ІНТЕРВАЛА QT У ДЕТЕЙ С АНОМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННЫМИ ХОРДАМИ И ФАКТОРЫ АССОЦИИРОВАННЫЕ С ЭТИ СОСТОЯНИЕМ 46
- О.Є. Федорців, Е.І. Бурбела*
 38 ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ 47-48
- О.С. Шевченко, О.О. Говардовська, М.Ф. Новохатська, Т.В. Сенчева*
 39 ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ІНТЕНСИВНОСТІ РОСТУ МІКОБАКТЕРІЙ ТУБЕРКУЛЬОЗУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПРОФІЛЮ ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОСТІ 48-49

- М. М. Шило*
40 СТАН МІСЦЕВОГО ІМУНІТЕТУ ПОРОЖНИНИ РОТА ПРИ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ПАРОДОНТА У ДІТЕЙ ІЗ СІМЕЙ З РІЗНИМ МАТЕРІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИМ СТАНОМ 49-51
- М.І. Шкільна , О.В. Покришко, С.І. Климнюк*
41 МІКРОБІОЦЕНОЗИ ДУОДЕНАЛЬНОГО ВМІСТУ ХВОРИХ НА ЛЯМБЛІОЗ 51-52
- Г.В. Лихацька, Т.В. Бойко, В.О. Лихацька*
42 ПОКАЗНИКИ ГУМОРАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА КОМОРБІДНУ ПАТОЛОГІЮ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ 52-53
- 43 *І.Я. Господарський, Н.М. Гаврилюк, О.В. Прокопчук, К.В. Волинець*
ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ БІЦИКЛОЛУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С ДО І ПІСЛЯ ЗАВЕРШЕННЯ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ 53-54
43. *В.О. Беський, М.І. Марущак, Л.А. Гришук*
ЗМІНИ МЕТАБОЛІТІВ НІТРОГЕН (II) ОКСИДУ ПРИ ГОСТРОМУ УРАЖЕННІ ЛЕГЕНЬ В ЕКСПЕРИМЕНТІ 54

І. В.М. Акімова, Л.Є. Лаповець, Б.М. Белявська, Н.Є. Лаповець, Л.Г. Божко

СТАН ПЛАЗМОВОЇ ГУМОРАЛЬНОЇ НЕСПЕЦИФІЧНОЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ НА АБДОМІНАЛЬНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ТА ГОСТРИЙ АПЕНДИЦИТ

*Національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів,
Україна*

Зважаючи на несприятливу епідемічну ситуацію стосовно туберкульозу на Україні, абдомінальний туберкульоз (АТ) є важливою проблемою фтизіатрії у зв'язку зі складнощами його діагностики та лікування. Часто АТ перебігає під маскою гострого апендициту, тому актуальним є питання диференційної діагностики. Імунна відповідь на інфекцію супроводжується зміною вмісту у сироватці крові білків гострої фази запалення, які синтезуються у печінці у відповідь на дію індукторів, (ІЛ1, ІЛ6, TNF α). Стан плазмової гуморальної неспецифічної резистентності організму характеризує рівень С-реактивного протеїну (СРП), α 2-макроглобуліну (α 2-МГ), α 1-антитрипсину (α 1-АТ), фібриногену (ФГ). У наукових публікаціях, в основному, обговорюють зміни вмісту гострофазних білків у крові при легеневому туберкульозі, інформації про їх зміни при абдомінальному туберкульозі є обмаль. Тому метою нашої роботи було вивчення особливостей вмісту СРП, α 2-МГ, α 1-АТ та ФГ при абдомінальному туберкульозі.

Було проведене біохімічне дослідження сироватки крові у 50 хворих з гістологічно підтвердженим діагнозом абдомінальний туберкульоз та 45 хворих на гострий апендицит (ГА) до оперативного втручання. Встановлено, що у хворих на АТ вміст СРП у крові був $4,34 \pm 0,04$ мг/л, що у 1,8 раза більше порівняно з контролем ($2,42 \pm 0,02$ мг/л); концентрація α 2-МГ становила $1,25 \pm 0,11$ г/л, що у 1,5 раза менше від контролю ($1,89 \pm 0,10$ г/л); вміст α 1-АТ становив $2,45 \pm 0,02$ г/л, що на 28% більше від контролю ($1,74 \pm 0,01$ г/л) ($P < 0,05$). Рівень ФГ становив $4,12 \pm 0,20$ г/л і був на 28% вищим від контролю ($3,22 \pm 0,12$ г/л).

При ГА вміст СРП склав $27,25 \pm 0,04$ мг/л, що у 11 разів більше контролю та у 6,5 раза більше від показника при АТ. Концентрація α 2-МГ при ГА становила $1,15 \pm 0,10$ г/л, і була нижчою від контролю та не відрізнялася від показника при АТ. Вміст α 1-АТ склав $2,98 \pm 0,02$ г/л і був вищим від контрольного значення та не відрізнявся від показника при АТ. Сироватковий фібриноген становив $5,0 \pm 0,31$ г/л і був на 36% більше контролю та на 18% більше ніж при АТ.

Збільшення концентрації у крові ФГ є адаптаційною реакцією на інфекцію і часто має транзиторний характер, однак порушує реологію крові і може бути маркером розвитку гіперкоагуляції та ДВЗ синдрому. Альфа 1–антитрипсин є основним сироватковим інгібітором серинових протеїназ і, перш за все, еластази нейтрофілів. Пришвидшений його синтез зумовлений активацією локальних протеолітичних процесів, а ступінь підвищення характеризує характер перебігу захворювання. Для α 2-МГ характерне

зниження концентрації у крові при вираженому запальному процесі. Отримані результати дослідження свідчать, що при ГА значно виражені зміни вмісту СРП та ФГ порівняно із АТ, що може бути використано у диференційній діагностиці.

2. С.М. Андрейчин, Н.А. Бількевич, Т.Ю. Чернець, Б.Г. Бугай, Н.Я. Верещагіна, Н.А. Кавецька, М.М. Руда, Н.З. Ярема, П.П. Кузів, В.О. Лихацька,
2. І.І. Ганьбергер, С.В. Кучер

ДО ПИТАННЯ ОЦІНКИ ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ ЕНДОГЕННІЙ ІНТОКСИКАЦІЇ ПРИ НЕГОСПІТАЛЬНІЙ ПНЕВМОНІЇ

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

На сучасному етапі продовжується пошук клінічних та лабораторних критеріїв раннього прогнозування несприятливого перебігу негоспітальної пневмонії (НП) і можливих ускладнень. Метою дослідження став пошук діагностично значимих лабораторних маркерів ендогенної ітоксикації у хворих на негоспітальну пневмонію залежно від перебігу захворювання. У 175 хворих на НП в розпал захворювання досліджували рівень в сироватці крові молекул середньої маси (МСМ254 та МСМ280), а також лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ), токсичність крові (ТК) й сумарну токсичність крові й інтерстиціальної рідини (СТКІР) за сім'яним тестом.

Виявлено, що значення досліджуваних показників у групах обстежених з нетяжким перебігом недуги зростали пропорційно до тяжкості захворювання. За тяжкого перебігу НП значно збільшувалась концентрація МСМ280, спострігалось достовірне підвищення значення ЛІІ ($P < 0,05-0,001$) відносно інших груп обстежених. В той же час, середнє квадратичне відхилення показника було більшим за рахунок зниження ЛІІ у 10 хворих (15,6 %) менше від 0,5. У даній групі хворих ТК збільшувалась у 25,5 раз, різко зростала СТКІР (вірогідність відмінностей показників відносно нетяжкої НП $P < 0,001$).

Висновок. Відхилення від норми досліджуваних нами показників ЕІ визначається тяжкістю перебігу НП, що робить їх прогностично значимими. Вважаємо доцільним проводити при даному захворюванні комплексну оцінку лабораторних маркерів ЕІ, які б характеризували рівень як токсемії, так і ендотоксикозу, оскільки їх співвідношення найбільшою мірою змінюється при тяжкому перебігу недуги.

3. С. М. Андрейчин, С. В. Кучер, І. І. Ганьбергер, У. О. Мудра **ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ІМУННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ РІЗНОГО ВІКУ**

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

Імунна система відіграє важливу роль у підтриманні гомеостазу

організму. При патологічних зсувах останнього у хворих з'являється синдром ендотоксикозу різного ступеня, про який можна судити за показниками неспецифічної резистентності організму (ЦК і лізоцимом) та концентрацією Ig E в сироватці крові. Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) – це захворювання, в основі формування якого лежить патологічна запальна відповідь легенів на дію інгальованих агресивних газів і частинок і яке призводить до порушення гомеостазу організму. Воно характерне для людей старше 45 років і тому метою роботи було вивчити зміни даних показників з віком пацієнтів.

Під спостереженням було 155 хворих на ХОЗЛ у стадії загострення. Серед обстежених було 101 чоловік (65 %) і 54 жінки (35 %) у віці від 40 до 86 років (середній вік $(63,4 \pm 1,0)$ років). За класифікацією ВООЗ, всі хворі належали до чотирьох вікових категорій: зрілий вік (40-44 роки) – 23 (14,8 %), середній (45-59 років) – 67 (43,2 %), похилий (60-74 роки) – 50 (32,3 %) та старечий (75 років і старші) – 15 (9,7 %) хворих. Контрольну групу склали 20 здорових людей віком від 40 до 78 років.

Імунологічне обстеження включало визначення вмісту в сироватці крові ЦК, а також лізоциму та Ig E. Кількість ЦК визначали методом преципітації в 10 % поліетиленгліколю з молекулярною масою 6 КД з подальшим фотометруванням. Визначення активності лізоциму сироватки крові проводили турбідиметричним методом з використанням спектрофотометра СФ-4. Вміст загального Ig E в сироватці крові досліджувався за допомогою імуноферментного методу.

В результаті проведених досліджень було встановлено, що зі зростанням віку пацієнтів відмічалось підвищення концентрації ЦК, Ig E та зниження активності лізоциму у сироватці крові всіх груп в порівнянні з контролем. Найбільше зростання рівня ЦК спостерігалось в сироватці крові пацієнтів похилого віку (в 2,1 разу). Дещо менше воно було у хворих старечого і середнього віку – в 1,7 та 1,6 разу відповідно. У зрілому віці рівень ЦК перевищував контроль в 1,3 разу.

При вивченні в рівня сироваткового лізоциму, виявлено, що він був значно нижчий від контролю у пацієнтів середнього (в 1,7 разу), похилого (в 2,0 разу) і старечого віку (в 2,3 разу) та не відрізнявся від контрольної групи у пацієнтів зрілого віку. Виявлено, що у хворих спостерігалось зростання кількості Ig E зі збільшення віку. Найбільше зростання показника – майже в 2,8 разу було у пацієнтів старечого віку. У хворих похилого віку він зріс в 2,4 разу і в 2,2 – у середньому віці. У зрілому віці також спостерігалася достовірніша різниця з контролем – майже в 1,7 разу. Зміни носили достовірний характер ($p < 0,001$).

Таким чином, зі збільшенням віку пацієнтів концентрації ЦК й Ig E в сироватці крові мають тенденцію до зростання, а лізоциму – до спадання. Це свідчить про те, що тривалий рецидивуючий перебіг ХОЗЛ супроводжується виснаженням захисних механізмів і порушенням імунного гомеостазу в похилому та старечому віці.

4. Л.С. Бабінець, Н.А. Мельник, У.М. Захарчук, І.О. Гніздох
**РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ ІЗ
СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

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

За останні 30 років число хворих на хронічний панкреатит (ХП) збільшилося вдвічі, а первинна інвалідизація пацієнтів працездатного віку досягла 15,0 %. Відомо, що приєднання супутньої патології суттєво впливає на діагностику та лікування ХП.

Мета: порівняти ефективність використання різних програм реабілітації хворих на ХП із супутньою патологією, зокрема із цукровим діабетом (ЦД) та стабільною ішемічною хворобою серця (СІХС).

Досліджено 60 хворих на ХП із супутньою патологією, які було поділено на дві групи. 1-а група (30 хворих) отримувала стандартне протокольне лікування (СПЛ) і препарат мельдонію по 500 мг 1 раз на добу протягом місяця. 2-а група (30 хворих), окрім СПЛ, додатково приймала препарат мельдонію електрофоретичним шляхом введення по 500 мг 1 раз на добу через день протягом місяця. Групи були співставними за віком, статтю, перебігом захворювань та лікуванням на попередніх етапах. Про ефективність програм лікування судили за динамікою показників калікреїн-кінінової системи (ККС).

Після проведеної реабілітації рівень протеолітичної активності плазми, калікреїну та α_1 -інгібітора протеаз у 2-ій групі статистично значимо зменшився на 16,67 %, 13,29 % і 14,16 % порівняно із такими показниками 1-ої групи, а рівень прекалікреїну, α_2 -макроглобуліну та кінінази-II статистично значимо зріс на 12,51 %, 15,57 % і 14,02 % відповідно порівняно із 1-ою групою ($p < 0,05$).

Висновок: у хворих після проведеної реабілітації з використанням мельдоній-електрофорезу відмічалася достовірно позитивна більш значима динаміка показників ККС порівняно з такими показниками у хворих при пероральному прийомі мельдонію, що доводить ефективність включення мельдоній-електрофорезу в комплексну реабілітацію хворих на ХП із супутньою патологією, зокрема із ЦД та СІХС.

Перспективи подальших досліджень: дослідити вплив мельдоній-електрофорезу на показники ПОЛ-АОЗ у хворих із ХП та супутньою патологією.

5. О.О. Боб, А.О. Боб, Л.П. Боднар., О.С. Квасніцька, З.А. Луб'янська
**ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО
СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ**

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

Вступ. Щорічне збільшення популяції хворих на цукровий діабет (ЦД),

погіршення якості їх життя, високий рівень смертності, значні фармакоеконімічні витрати пов'язані з наданням спеціалізованої медичної допомоги – все більше привертає увагу науковців вивченню коморбідних станів, які суттєво впливають на перебіг і прогноз ЦД.

Мета – визначити поширеність респіраторної патології (РП) як прояв коморбідності у хворих на ЦД та особливості їх лікування.

Матеріал і методи дослідження. Ми проаналізували історії хвороби у період з 2014 по 2017 р. хворих на ЦД з різними формами перебігу, які отримували комплексне стаціонарне та амбулаторне лікування на клінічній базі кафедри внутрішньої медицини №1. РП було зареєстровано у 54 хворих: хронічний синусит – у 6 (11,1%), вазомоторний риніт – у 11 (20,4%), поліноз – у 9 (16,6 %), бронхіальну астму (БА) – у 14 (26%), хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) у 10 (18,5%), туберкульоз легень у 4 (7,4%): при цьому ЦД було виявлено у 15 (27,7%) хворих з одним супутнім захворюванням, у 19 (35,2%) – з двома, у 12 – (22,1%) – з трьома, і у 8 (14,8%) – з чотирма. За віком пацієнти з супутніми БА, вазомоторним ринітом та полінозом були молодшими (середній вік – $36,9 \pm 5,8$ років), ніж пацієнти із супутнім ХОЗЛ (середній вік – $49,6 \pm 6,2$ років). Хворим із загостренням бронхообструктивного синдрому (БОС) у комплексну схему лікування вводили небулізовані форми ГКС (будезонід) по 0,5 мг 2мл 1р/добу протягом 5 днів. Порівняльну групу склали 28 хворих із загостреннями персистуючої БА та помірним та важким перебігом ХОЗЛ, яким у комплексну схему лікування вводили парентерально дексаметазон 8 мг з еуфіліном 5мл/добу. Припускали, що добова доза будезоніда (Симбікорт) - 160 мкг 2 рази на добу, флутиказону (Серетид) - 250 мкг 2 рази на добу. Групі хворих, що отримували пульмікорт, клінічне покращення у вигляді зменшення задишки, виразності фізикальних ознак БОС було відмічено на $(3,4 \pm 0,4)$ добу. Приріст показників ОФВ1 в першій групі склав $(340+70)$ мл/хв), в другій – $(170+25)$ мл/хв), $p < 0,5$. Позитивна клінічна динаміка у хворих, що отримувала дексаметазон була досягнута на $(5,8 \pm 0,7)$ день перебування у стаціонарі. Середній ліжко-день у хворих I групи склав $(8,7 \pm 1,3)$, у порівняльній групі $(14,2 \pm 1,1)$. У зв'язку з порівняльною клінічною ефективністю і переносимістю інгаляційних ГКС, був проведений аналіз мінімізації витрат. Затрати на лікування загострення без підтримуючої терапії в I групі становили 135 гривні (5 небул –пульмікорт), а в II групі 236 гривень (дексаметазон, еуфілін, фізіологічний розчин, система для в/в крапельного введення на 7 днів).

Висновки. Проведений аналіз показав, що терапія інгаляційними ГКС (пульмікортом) дозволяє усунути загострення БОС в швидші терміни і скоротити перебування хворих у стаціонарі. Забезпечує економію в порівнянні з терапією дексаметазоном на 34%, що дозволяє рекомендувати пульмікорт до застосування в реальній клінічній практиці при загостренні БОС хворим на цукровий діабет.

б. О.Р.Боярчук, Л.М.Дмитраш

РЕЦИДИВНІ СИНОПУЛЬМОНАЛЬНІ ІНФЕКЦІЇ ЯК ПРОЯВ ПЕРВИННОГО ІМУНОДЕФІЦИТУ

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

Первинні імунodefіцити (ПІД) – це генетично детерміновані порушення імунної системи, основним проявом яких є рецидивуючі інфекції. На сьогодні відомо більше 300 нозологічних форм ПІД, проте 70-90% є недиагностованими в Україні. Однією з основних причин пізньої діагностики ПІД є низька обізнаність лікарів первинної ланки та лікарів спеціалістів щодо ознак ПІД. Рецидивні синопульмональні інфекції є однією з ознак, які повинні насторожити лікаря щодо ПІД.

Представляємо клінічний випадок хлопчика Б., 14 років, який 1,5 року спостерігався у кардіоревматолога з приводу ювенільного ідіопатичного артриту (ЮІА). Імуносупресивна терапія метотрексатом та тривала гормональна терапія метипредом була неефективною. З анамнезу відомо, що у дитини перша пневмонія спостерігалася у віці 4,5 місяців. До 5-річного віку пневмонії діагностували двічі на рік. Мав місце атиповий, тривалий перебіг інфекцій, який інколи вимагав до 7 антибіотиків на курс лікування. В періодах між епізодами запалення вислуховувалась крепітація в нижніх відділах легень зліва. У віці 7 років проведено комп'ютерну томографію, на якій виявлено бронхоектази.

Окрім рецидивів пневмоній у хлопчика спостерігали хронічну анемію на ураження шкіри по типу трофічних виразок, які тяжко та довго заживали з утворенням келоїдних рубців. Проведене імунологічне дослідження виявило різке зниження імуноглобулінів класів А та G та абсолютної кількості В-лімфоцитів. Генетичне дослідження підтвердило мутацію тирозинкінази Брутона. Діагноз ПІД, агаммаглобулінемії, зчепленої з X-хромосомою було виставлено у віці 10 років, після формування незворотніх змін з боку легень.

Таким чином, рецидивні пневмонії (2 та більше на рік), які підтверджені рентгенологічно та мають тяжкий атиповий перебіг повинні завжди насторожити щодо ПІД.

7. Ю.М. Валецький^{1,2}, О.І. Русин², Р.О. Валецька^{1,3}

МЕТОДИ ВЕРИФІКАЦІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ПОЗАЛЕГЕНЕВОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ

¹*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна*

²*Волинське обласне територіальне медичне протитуберкульозне об'єднання, Луцьк, Україна*

³*Волинська обласна клінічна лікарня, Луцьк, Україна*

Вступ. Епідемічна ситуація з туберкульозу в Україні лишається складною.

Це обумовлено, в першу чергу, зростанням частоти мультирезистентних форм туберкульозу та ко-інфекції СНІД/туберкульоз [2 - 8].

На тлі контролю за ситуацією щодо легеневого туберкульозу в Україні актуальною проблемою залишається питання діагностики позалегового туберкульозу. За даними літератури, у структурі захворюваності на нього в Україні позалегеновий туберкульоз органів дихання становить 58 %. Провідне місце посідає кістково-суглобовий туберкульоз, потім туберкульоз периферичних лімфатичних вузлів, сечостатевої системи, очей, нервової системи та інших локалізацій. У комплексній діагностиці позалегового туберкульозу актуальні сучасні променеві методи, контактні й неінвазивні дослідження, бактеріологічні, генетичні, імунологічні, біохімічні тощо. Складна епідемічна ситуація з туберкульозу в країні висуває на передній план крайню потребу у використанні швидких методів діагностики, зокрема полімеразної ланцюгової реакції та пошук інших методів та методик [1].

Мета роботи – вивчити частоту різної локалізації туберкульозу у Волинській області та методи верифікації діагнозу при позалегенових його формах.

Матеріали та методи. Проведено аналіз статистичних даних та медичної документації хворих на вперше діагностований туберкульоз у Волинській області в 2016 році.

Результати та обговорення. У Волинській області в 2016 році зареєстровано 620 випадків вперше діагностованого туберкульозу різної локалізації. Мешканців села було 339 (54,7%), міста – 281 (45,3%). З них легеневої локалізації виявлено 527 (85,0%) випадків, позалегеневої – 93 (15,0%). З позалегенових локалізацій переважали органи дихання (58 або 62,4%): 55 випадків плевритів (59,0%), 2 - бронхів (2,1%), 1 – органів дихання без встановленої локалізації (1,1%). Кістково – суглобова локалізація туберкульозу була у 18 (19,4%) випадках (спондиліти – 15 (83,5%), по 1 випадку кульшового суглобу (5,5%), колінного суглобу (5,5%), стегно – (5,5%)). Туберкульоз очей діагностований у 11 (11,8%) пацієнтів, кишківника – у 3 (3,3%), периферичних лімфатичних вузлів - у 1 (1,1%), центральної нервової системи – 2 (2,2%).

Верифікація діагнозу туберкульозу позалегеневої локалізації проводилась шляхом гістологічного, бактеріоскопічного та бактеріологічного дослідження, а також клінічно та клініко-рентгенологічно. Виявити збудника або гістологічно підтвердити діагноз туберкульозу вдалось в 50 (54,0%) випадках. У інших 43 (46,0%) випадках діагноз був встановлений на основі клініко-рентгенологічних та клінічних ознак притаманних для туберкульозу, після проведення диференційної діагностики з іншими хворобами та отримання ефекту від протитуберкульозної терапії. З 58 випадків локалізації позалегового туберкульозу в органах дихання гістологічно верифіковано діагноз у 37 (63,0%), 9 - бактеріологічно (16,0%), а клініко-рентгенологічно встановлено в 12 (21,0%) пацієнтів. У пацієнта з локалізацією туберкульозу в центральній нервовій системі діагноз встановлено клінічно. Туберкульоз периферичних лімфатичних вузлів та кишківника у всіх пацієнтів був верифікований

гістологічно. При туберкульозі очей діагноз було встановлено клінічно у 11 (100%) пацієнтів.

Отже, за допомогою проведення хірургічних втручань (лапаротомія, торакоскопія, пункційна біопсія, видалення периферичних лімфатичних вузлів або їх пункційна біопсія) діагноз гістологічно підтверджено у 41 (44,0%) випадках позалегеневої локалізації туберкульозного процесу. При локалізації специфічного процесу в кишківнику та периферичних лімфатичних вузлах гістологічне підтвердження діагнозу, після хірургічного втручання, мало місце у 100% випадків.

Висновки: 1. Серед усіх вперше діагностованих випадків туберкульозу у Волинській області в 2016 році позалегенева локалізація склала 15,0%.

2. З позалегенових локалізацій переважали органи дихання – 62,4%.

3. У 54% випадків туберкульозу позалегеневої локалізації діагноз було підтверджено шляхом виявлення збудника туберкульозу (10,0%) або гістологічно (44,0%), у 43 пацієнтів (46,0%) – клініко-рентгенологічно та клінічно.

4. Хірургічні методи дали можливість верифікувати діагноз туберкульозного процесу позалегеневої локалізації у 44,0% випадків.

5. З метою уникнення помилок у діагностиці туберкульозу слід якомога ширше застосовувати хірургічні методи для верифікації діагнозу шляхом гістологічного дослідження та пошуку збудника туберкульозу.

Список літератури:

1. Петренко В. І., Годоріко Л.Д., Бойко А.В. Актуальні питання діагностики та лікування позалегенового туберкульозу // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2013. – №3(14). – С. 86–94.

2. Петренко В. І. Проблема туберкульозу в Україні [Текст] / В. І. Петренко, Р. Г. Процюк // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2015. – №2 (21). – С. 16–29.

3. Годоріко Л.Д., Петренко В.І, Шевченко О.С. Перспективи подолання туберкульозу в Україні // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2015. – №1(24). – С. 72–78.

4. Туберкульоз в Україні (аналітично-статистичний довідник). – К., 2015.–115 с.

5. Фещенко Ю. І. Концепція реформування протитуберкульозної служби та оптимізації протитуберкульозних заходів в Україні (проект) [Текст] / Ю. І. Фещенко [та ін.]. – Укр. пульмонол. журнал. – 2015. – № 1. – С. 5–19.

6. Фещенко Ю. І. Організація контролю за хіміорезистентним туберкульозом в Україні [Текст] / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник. – К.: Здоров'я, 2013. – 703 с.

7. WHO. WHO report 2012: global tuberculosis control surveillance, planning, financing [Text] // WHO. – Geneva. – 2012. – 362 p.

8. World Health Organization. Global tuberculosis Control report. WHO report [Text] // WHO report. – Geneva, Switzerland. – 2012. – 273 p

8. Л.А. Волянська, Л.Б. Романюк, Н.С. Кобліанідзе

РАЦІОНАЛЬНА ТЕРАПІЯ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ – ЗАПОРУКА ЗНИЖЕННЯ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я.

Горбачевського МОЗ України»

Гострі респіраторні інфекції (ГРІ) на 76–82 % визначають патологію раннього дитячого віку. Адекватна та своєчасна терапія ГРІ сприяє більш швидкому одужанню і направлена на попередження ускладнень.

Метою нашого дослідження було ідентифікувати потенційно патогенних бактеріальних представників мікрофлори ротоглотки при ГРІ у дітей, визначити їх чутливість до антибіотиків та проаналізувати обґрунтованість призначення антибактеріальних препаратів.

Матеріали та методи дослідження. Проведено дослідження матеріалу (мазки із слизової ротоглотки та носа) бактеріологічним методом. Чутливість виділеної чистої культури до антибіотиків визначалась диско-дифузійним методом.

Нами опрацьовано 73 історії хвороби дітей, що перебували на стаціонарному лікуванні з приводу ГРІ та отримували антибіотикотерапію. Ускладнений перебіг ГРІ мав місце у 36 дітей (49,3 %): пневмонія (21; 28,8 %), риносинусит (n=8 - 10,9 %), отит (n=2 - 2,7 %), ураження нирок (n=5 - 6,8 %). Основу лікування обстеженого контингенту склали симптоматичні середники та антибіотики: цефалоспоринового ряду (n=48 - 65,8 %), захищені пеніциліни (n=15 - (20,6 %) та макроліди (n=3 - 4,1 %), решті (n=7 – 9,6 %) інші групи по одному випадку. У 27 (36,9 %) пацієнтів антибактеріальні препарати призначали з перших днів в комплексі лікування ГРІ за відсутності будь-якої супутньої патології (що могло б обтяжити перебіг) та ускладнень.

В переважній більшості дітей виділено коки, а саме: *St. aureus* - 74,0 %, *Str. haemolyticus* – 39,9 %, *Str. pyogenes* – 6,5 %, або асоціації кокової флори чи поєднання її з *E. coli* – 9,3 %, *C. albicans* - 9,3 % та *P. aeruginosa* – 5,6 %. Значно рідше виділялись *Str. viridans* – 4,6 %, *Str. faecalis* – 1,9 %, *Str. pneumoniae* – 1,9 %, *Enterococcus spp.* – 3,7 %. *St. aureus* у 33,9 % був чутливим до препаратів пеніцилінового ряду (карбенцицилін, оксацилін, пеніцилін), резистентним до левоміцетину та малочутливим до еритроміцину і тетрацикліну (по 1,3 %). Стрептококи виявились чутливими до цефалоспоринів (*Str. haemolyticus* – 58,1 %, *Str. pyogenes* – 100,0 %) та резистентними до природних пеніцилінів та макролідів. Аналогічні результати отримані і для *E. coli*, *C. albicans*, *P. aeruginosa*.

Отже, розвиток набутої резистентності до макролідів та природних пеніцилінів засвідчив про неконтрольоване та необґрунтоване призначення антибіотиків при респіраторних захворюваннях у дітей. На превеликий жаль, медикам важко відмовитись від призначення антибіотика при лікуванні ГРІ, яка в переважній більшості є вірусного походження, а отже, зовсім не потребує його. Лавиноподібно зростаюча резистентність мікроорганізмів до

антибактеріальних препаратів вимагає раціонального призначення антибіотиків і оправданим на сьогодні в педіатрії визнано призначення їх до встановлення кінцевого діагнозу лише за наступних умов: стійка (більше 3 діб) фебрильна гарячка, задишка при відсутності бронхоспазму, наростаючий токсикоз, асиметрія хрипів в легенях, виражений гематологічний зсув.

9. Н.Р. Гладш

ОСОБЛИВОСТІ ЧАСТОТИ І ХАРАКТЕРУ РЕЗИСТЕНТНОСТІ МІКОБАКТЕРІЙ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЗА ДАНИМИ МІЖОБЛАСНОЇ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ЛІКАРНІ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім.

І.Я.Горбачевського» м. Тернопіль, Україна

Анотація. Проведений ретроспективний аналіз 184 медичних карток стаціонарних хворих Міжобласної спеціалізованої туберкульозної лікарні за 2014 - 2015 роки. Усі пацієнти були тільки жіночої статі. В результаті проведеного аналізу хіміорезистентний туберкульоз виявлено у 47 (25,5 %) пацієнтів. Зокрема серед таких осіб 46,8 % були ВІЛ/СНІД інфіковані, а у 23,4 % хворих на ВІЛ/ХРТБ в анамнезі спостерігалось вживання наркотичних речовин.

Актуальність. Поширеність туберкульозу у місцях позбавлення волі значно широка по Україні. Особливостями епідемії туберкульозу у в'язницях являється є його часте поєднання з ВІЛ-інфекцією і стійкість збудника захворювання до протитуберкульозних препаратів. У хворих, на фоні поєднаних ВІЛ/СНІДу та туберкульозу досить знижений імунітет, що є вагомим чинником у розвитку великої частоти стійкості мікобактерій туберкульозу (МБТ) до протитуберкульозних препаратів. [1]. Кількість ВІЛ-інфікованих серед загальної кількості засуджених становить на сьогодні біля 13,6 % [2].

Метою роботи було дослідження частоти і характеру захворюваності пацієнтів пенітенціарної системи на хіміорезистентний туберкульоз (ХРТБ).

Матеріали і методи. Проведений ретроспективний аналіз медичних карток стаціонарних хворих Міжобласної спеціалізованої туберкульозної лікарні (184 медичні карти) за 2014 - 2015 роки. Усі пацієнти були тільки жіночої статі. В результаті проведеного аналізу ХРТБ виявлено у 47 пацієнтів, що склало 25,5 %. За клінічними формами туберкульозу переважали інфільтративна (49,0%) та дисемінована (28,0%). Частіше це були представники вікової групи від 35 до 39 років (26,0%). Встановлено, що серед 47 хворих на ХРТБ 22 (46,8 %) осіб були ВІЛ/СНІД інфіковані. У 11 пацієнтів (23,4 %) хворих на ВІЛ/ХРТБ в анамнезі спостерігалось вживання наркотичних речовин. Після проведених тестів на визначення чутливості мікобактерій туберкульозу до протитуберкульозних препаратів встановлено високу резистентність у до препаратів I ряду, зокрема до ізоніазиду – 100%, рифампіцину – 98%, стрептоміцину – 89%, етамбутолу – 83% та піразинаміду – 9%. Також спостерігалась резистентність мікобактерій туберкульозу і до препаратів II ряду: офлоксацину – 26 %, етіонаміду – 21%, канаміцину – 21% ,

левофлоксацину – 9%. Внаслідок високої резистентності мікобактерій туберкульозу до препаратів I ряду, лікування в основному проводилось препаратами II ряду. У лікуванні переважно використані: піразинамід – 85%, левофлоксацин – 89%, циклосерин – 85 %, протіонамід – 70%, канаміцин – 62%, ПАСК – 61%, та етамбутол – 17%.

Висновки:

1. Проблема з хіміорезистентним туберкульозом в пенітенціарній системі надалі залишається актуальною, зокрема серед таких осіб 46,8 % були ВІЛ/СНІД інфіковані, а у 23,4 % хворих на ВІЛ/ХРТБ в анамнезі спостерігалось вживання наркотичних речовин.

2. Серед клінічних форм туберкульозу у пацієнтів з ХРТБ переважали інфільтративна (49,0%) та дисемінована (28,0%).

10. L. Hryshchuk, O. Okusok, N. Kravchenko, P. Tabas, R. Klos
**THE DYNAMICS OF TOXIC LIVER DAMAGE DURING THE
TREATMENT OF PATIENTS WITH MULTI-DRUG-RESISTANT
TUBERCULOSIS**
*TERNOPIL STATE MEDICAL UNIVERSITY,
UKRAINE*

Introduction. Treatment of multi-drug-resistant tuberculosis (MDR TB) is one of the major problems of modern phthisiology. Published data indicate that in the background of the standard chemotherapy of TB toxic lesions occur that cause changes in liver function, biochemical parameters, leading to deterioration of patients. It is important to establish the offensive term of toxic damage in order prevent it.

Aim of the study. Determine terms in which occur toxic lesions of liver in patients with MDR TB during treatment. To analyze effectiveness of treatment of MDR TB in patients with lesions of liver and without them.

Methods. Retrospective analysis of hospital charts of patients with MDR TB hospitalized during January-December 2016.

Results. The study cohort comprised 62 patients, mean age 21-74 years, 85.4% males. Patients were divided into two groups according to results of liver function tests (LFTs): group 1 – 31 patients with biochemical signs of liver damage during treatment (total bilirubin $>20 \mu\text{mol/L}$), group 2 – 31 patients without biochemical signs of liver damage during treatment (total bilirubin $<20 \mu\text{mol/L}$). From the group 1, in the 1st month of treatment toxic liver damage occurred in 9.7% patients, in 2nd month in 22.6%, in 3rd month in 12.9%, in 4th month in 16.1%, in 5th month in 16.1%, in 6th month in 9.7%, in 7th month in 9.7% and in 8th in 3.2%. The effectiveness of treatment was evaluated on cessation of bacterioexcretion and on closure of tuberculous cavities.

In group 1 after treatment bacterioexcretion ceased in 17 (54.8%) patients and in group 2 in 21 (67.7%) patients ($p < 0.05$). In group 1 after treatment tuberculous cavities closed in 5 (27.8%) patients and in group 2 in 8 (36.4%) patients ($p < 0.001$).

Conclusion. 1. The greatest amount of toxic liver lesions observed from 2 to 5

months of treatment.

2. In patients without the toxic liver lesions, treatment was more effective than in patients with the toxic liver lesions.

3. In order to prevent liver lesion during treatment in patients with TB monitoring of liver function tests should be performed, especially in early terms of therapy.

11. С.І. Корнага, Н.В. Тхорик, З.П. Мандзій, Ю.А. Тхорик, Т.В. Корнага
ВПЛИВ КУРІННЯ НА САТУРАЦІЮ КРОВІ КИСНЕМ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

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

Одним із найшкідливіших чинників, який негативно впливає на організм людини, зокрема і на серцево-легеневу систему, є куріння. Населення України споживає приблизно 1,5 % світової тютюнової продукції, в той час як складає лише 0,8 % від населення Землі. Отже, ми одна з «найпрокурениших» націй на планеті. Куріння сприяє виникненню, розвитку та прогресуванню хвороб органів дихання, зокрема туберкульозу, негативно впливає на якість життя людини. Тютюнопаління викликає значне зниження показників ФЗД, негативно впливає на реологічні властивості бронхіального слизу, зумовлює порушення мукоциліарного транспорту і невпинне прогресування аномальної запальної реакції в трахео-бронхіальній системі у вигляді хронічного обструктивного захворювання легень. У курців запальний процес в дрібних бронхах спричиняє їх обструкцію, оскільки настає виражене потовщення стінок бронхів, настає зниження сатурації крові киснем.

В літературі мало даних про насичення крові киснем у курців, які хворі на туберкульоз легень, тому цю прогалину ми намагалися заповнити.

Сатурацію крові киснем вивчали у 94 хворих на інфільтративний, в тому числі, у 46 (48,9 %) – на мультирезистентний туберкульоз легень (МРТБЛ). Усі пацієнти були чоловічої статі, віком від 18 до 71 року. Курців було 67 (71,3 %), серед хворих на МРТБЛ – 32 (69,6%). Групи хворих були репрезентативними. Тривалість куріння становила, в середньому, 5 пачко-років. Результати насичення крові киснем у хворих в залежності від куріння представлені в таблиці.

Сатурація крові киснем у хворих на туберкульоз легень (M±m)

Група хворих (n = 94)	Відношення до куріння (%)	
	курці	не курці
Чутливий інфільтративний туберкульоз (n = 48)	93,21 ± 0,57	94,62 ± 0,34*
Мультирезистентний інфільтративний туберкульоз (n = 46)	91,67 ± 0,43**	93,51 ± 0,38***

Примітка: * - показник вірогідно відрізняється між курцями і не курцями (p < 0,05);
** - показник вірогідно відрізняється між хворими на чутливий і МРТБЛ (p < 0,05).

З приведених в таблиці порівняльних результатів обстеження видно, що у курців хворих на інфільтративний туберкульоз легень, сатурація крові киснем була вірогідно нижчою, ніж у пацієнтів, які не курили або палили в незначній кількості. Тим більше ця різниця відчутна у пацієнтів на МРБТЛ, у порівнянні з особами на чутливий інфільтративний туберкульоз легень, та між курцями і не курцями на МРБТЛ. Це, мабуть, закономірно, оскільки у завзятих курців спостерігається дифузний неспецифічний ендобронхіт, що призводить до виражених функціональних і органічних змін в бронхіальному дереві, до порушення ФЗД, передусім обструктивного і змішаного типів, а також гіпоксії. Зауважимо, що у 27 хворих на туберкульоз, заїдливих курців, яким була проведена фібробронхоскопія, неспецифічний ендобронхіт I-II ступеня виявлений у 88,9 % обстежених. Очевидно, неспецифічний едобронхіт який супроводжує туберкульоз легень, різко погіршує сатурацію крові киснем.

Отже, приведені дослідження дають підставу констатувати, що у хворих на інфільтративний туберкульоз легень знижена сатурація крові киснем, передусім у хворих на МРБТЛ, а також у пацієнтів які курили, тим більше на МРБТЛ. Пропаганда боротьби з курінням серед населення взагалі, і, зокрема, у хворих на туберкульоз легень повинна займати центральне місце при проведенні лікувально-профілактичних заходів.

12. О. П. Костик, Х. І. Вольницька, Н. Д. Рудницька

ЦИТОКІНОВИЙ ПРОФІЛЬ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНІВ З БРОНХООБСТРУКТИВНИМ СИНДРОМОМ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Вступ. Актуальною проблемою сучасної медицини стало поширення хвороб органів дихання, що спричинило ріст захворюваності, інвалідності та смертності від цієї патології. В індустріально розвинених країнах спостерігається ріст захворюваності на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), бронхіальну астму (БА), пневмонії, а у країнах з соціально-економічними проблемами до цих захворювань доєднався туберкульоз [1, 2, 5]. На певному етапі свого розвитку ці захворювання мають однакові симптоми і синдроми і, зокрема, бронхообструктивний синдром (БОС), що вимагає верифікації діагнозу для проведення адекватної терапії [7, 9].

З урахуванням зростання розповсюдженості туберкульозу легень, ХОЗЛ та БА почали часто перебігати на тлі туберкульозу, який у хворих на ХОЗЛ прискорює процеси розвитку фіброзу легень, ускладнює своєчасну діагностику БА [3, 4]. Діагностика і ведення хворих на ХОЗЛ або БА за наявності у них туберкульозу легень викликають значні складнощі, що потребує розробки нових, патогенетично обґрунтованих алгоритмів.

На різних етапах функціонування імунної системи міжклітинну взаємодію забезпечують цитокіни. Зміна експресії цитокінів може свідчити про зміни в імунній системі, викликані наявністю патологічного процесу в організмі [6, 8].

Мета роботи - вивчення концентрації про- та протизапальних цитокінів при бронхообструктивному синдромі у хворих на туберкульоз легенів.

Основна частина. Обстеження проведено у хворих з наявністю БОС при неускладненому туберкульозі легень, без деструктивних змін в легенях (перша або третя категорії обліку) після завершення інтенсивної фази основного курсу антимікобактеріальної терапії.

Обстежено 33 хворих на туберкульоз з БОС, зумовленим ХОЗЛ (I-а група) та 32 пацієнти з БОС, зумовленим БА у хворих на туберкульоз (I-б група); контрольну групу (I-К) склали 27 хворих на ХОЗЛ.

Встановлено вищий вміст в сироватці крові прозапальних цитокінів ІЛ-1 β , ІЛ-6, TNF- α у пацієнтів I-а групи стосовно даних у донорів та у I-К групі, в той же час рівні ІЛ-4 та ІЛ-2 були нижчими за відповідні показники у донорів (0,75 \pm 0,12) пг/мл проти (1,62 \pm 0,48) пг/мл та (1,64 \pm 0,12) пг/мл проти (2,96 \pm 0,40) пг/мл, (p < 0,05). У хворих групи I-б рівні ІЛ-1 β та TNF- α суттєво перевищували аналогічні у I-К групі, ІЛ-2 були нижчими за такі у донорів, ІЛ-6 – не відрізнялись від даних у донорів, проте рівні як ІЛ-2, так і ІЛ-6 перевищували аналогічні в I-К групі (відповідно (1,49 \pm 0,43) пг/мл проти (1,18 \pm 0,40) пг/мл та (16,8 \pm 1,26) пг/мл проти (14,80 \pm 1,62) пг/мл.

Встановлено нижчі рівні цитокінів у рідині БАЛ, ніж у сироватці крові, але вони характеризувалися однонаправленими змінами: у хворих з БОС, зумовленому ХОЗЛ, найбільш суттєвими були підвищення вмісту ІЛ-1 β (1,92 \pm 0,18) пг/мл, ІЛ-6 (3,72 \pm 0,43) пг/мл та зниження ІЛ-2 (1,09 \pm 0,11) пг/мл і ІЛ-4 (0,42 \pm 0,06 пг/мл порівняно з нормою. Найбільш вираженими ці зміни були при БОС, зумовленому ХОЗЛ у хворих на туберкульоз легень (відповідно ІЛ-1 β (2,73 \pm 0,27) пг/мл; ІЛ-6 (5,21 \pm 0,58) пг/мл; ІЛ-2 (1,34 \pm 0,09) пг/мл; ІЛ-4 (0,57 \pm 0,0,9) пг/мл. При БОС, зумовленому БА, визначалися підвищеними рівні всіх прозапальних цитокінів порівняно з аналогічними у донорів, проте найбільш високими були рівні прозапального ІЛ-6 (4,03 \pm 0,41) пг/мл та протизапального ІЛ-4 (6,72 \pm 0,53) пг/мл, (p < 0,05).

Висновки. Таким чином, при БОС, зумовленому ХОЗЛ у хворих на туберкульоз легенів рівень прозапальних цитокінів ІЛ-1 β (3,92 \pm 1,4 пг/мл), ІЛ-6 (19,21 \pm 1,5 пг/мл), TNF- α (21,4 \pm 1,8 пг/мл) в сироватці крові перевищує аналогічні у донорів та в контрольній групі більше, ніж у 2,4-5,5 рази, в той же час, рівні протизапальних ІЛ-4 (0,75 \pm 0,1 пг/мл) та ІЛ-2 (1,64 \pm 0,1 пг/мл) нижчі у 2,0 разу за відповідні у донорів. При БОС, зумовленому ХОЗЛ або БА, зростання вмісту прозапальних цитокінів у хворих на туберкульоз може бути передумовою більш частих загострень ХОЗЛ та формування, внаслідок цього, його ускладнень.

13. Н.С. Кравченко, О.М. Окусок, Л.Г. Кицай

ДІАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ХВОРИХ ІЗ ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет

ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Захворюваність на ко-інфекцію туберкульоз (ТБ)/ВІЛ/СНІД в Україні невпинно зростає. Зменшення рівня захворюваності на поєднану інфекцію є

одним із пріоритетних завдань фтизіатричної служби.

Значний ріст кількості хворих на ТБ/ВІЛ/СНІД спостерігається і в Тернопільській області. Якщо у 2015 р. захворюваність становила 2,6 на 100 тис. населення (всього 28 хворих), то у 2016 р. – 4,0 на 100 тис. населення (42 хворих).

Вивчено клініко-рентгенологічні особливості туберкульозу у 57 хворих (нові випадки та рецидиви) із ко-інфекцією. Серед них було 48 чоловіків і 9 жінок у віці 21-63 роки. Вогнищева форма туберкульозу легень встановлена у 4-х хворих, інфільтративна - у 20, дисемінована – у 25, казеозна пневмонія – 4, плеврит – у 3, менінгоенцефаліт – у 1 хворого. Поєднання туберкульозу легень із позалегеновими специфічними ураженнями було у 14 хворих (29,9%). Виявлені МБТ в харкотинні або іншому патологічному матеріалі у 52,6 % хворих, деструкції у 38,9 % пацієнтів із легенеvim туберкульозом. Більше половини хворих (54,4 %) вживали наркотичні засоби, алкоголь, вели асоціальний спосіб життя, що зумовило пізнє звертання за медичною допомогою і відповідно важкість стану таких пацієнтів. На момент поступлення важкий і вкрай важкий стан констатовано у 30 із 57 хворих (52,6 %), середньої важкості 23 (40,3 %). Важкість стану найчастіше була зумовлена інтоксикаційним синдромом. У переважної більшості хворих розвиток симптомів був класичний, поступовий, у 16 із 57 осіб захворювання почалось гостро. Атипова локалізація легеневого процесу (сегменти 4, 5, базальні сегменти) встановлена у 22,2 % хворих. У 4 випадках крім змін у легеневій тканині візуалізувалися збільшені внутрішньогрудні лімфатичні вузли.

До поступлення у протитуберкульозний заклад 22 хворих (38,6 %) лікувались антибіотиками широкого спектру дії з приводу пневмонії або бронхіту без позитивної клініко-рентгенологічної динаміки. При дообстеженні цих хворих у спеціалізованому стаціонарі лише у 7 із 22 пацієнтів були виявлені МБТ.

Для встановлення діагнозу туберкульозу призначали весь об'єм клініко-рентгенологічних, лабораторних обстежень згідно протоколу. Для уточнення змін в легенях (наявність вогнищ лімфобронхогенних відсівів, деструкцій, внутрішньогрудної лімфоаденопатії) застосовували комп'ютерну томографію.

Лікарям первинної ланки надання медичної допомоги, щоб своєчасно запідозрити туберкульоз, необхідно враховувати особливості перебігу туберкульозу на фоні ВІЛ/СНІДу. У випадку відсутності інформації про ВІЛ-інфекцію у пацієнта, звертати увагу на наявність таких факторів ризику, як вживання наркотичних засобів, асоціальну поведінку.

14. M.M. Kuzhko¹, D.O. Butov², T.S. Butova²,

G.L. Stepanenko², N.E. Piriatska², T.O. Rogachevskyi³

ASSOCIATION OF C-REACTIVE PROTEIN GENE POLYMORPHISMS IN PATIENTS WITH MULTI-DRUG RESISTANT TUBERCULOSIS

1 National Institute on phthisiatry & pulmonology named by F.G. Yanovsky NAMS of Ukraine, Kiev, Ukraine; 2 Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine; 3 Regional anti-TB Dispensary No.1, Kharkiv, Ukraine

Background and objective. To study association of C-reactive protein (CRP) gene polymorphisms in patients with multi-drug resistant tuberculosis.

Methods. The study comprised 170 individuals in Kharkiv region of Ukraine including 74 patients pulmonary MDRTB (group 1), 66 patients without – MDRTB (group 2) and 30 healthy donors (group 3). Serum level of CRP was evaluated by ELISA (mg/L). Investigations of gene polymorphism of CRP were performed using restriction analysis of the amplification products of specific regions of the genome. Polymorphic variant were examined: C3872T region of CRP gene.

Results. In the 1st group the level of CRP was 5.8 ± 0.1 , 2nd – 5.0 ± 0.1 while in 3rd group this value was 3.9 ± 0.2 ($p < 0.05$ between the groups). In patients with MDR TB the heterozygous CT genotype ($72.9 \pm 5.1\%$ (N=54)) was higher than: $14.8 \pm 4.1\%$ (N=11) of patients had homozygote TT and CC ($12.1 \pm 3.8\%$ (N=9)) genotype. In patients 2nd group the homozygote TT genotype ($75.7 \pm 5.2\%$ (N=50)) was higher than: $16.6 \pm 4.5\%$ (N=11) of patients had heterozygous CT and homozygote CC genotype had $7.5 \pm 3.2\%$ (N=5). In contrast, most of healthy donors had homozygous CC genotype with $56.6 \pm 9.0\%$ (N=17) and low frequency of heterozygous CT $16.6 \pm 6.8\%$ (N=5) and TT genotype $26.6 \pm 8.0\%$ (N=8) ($p < 0.05$ between the groups).

Conclusion. Compared to healthy controls patients with tuberculosis had significantly high level of CRP. This coincided with greater frequency of heterozygous CT genotype in 1st group and homozygote TT genotype in 2nd group polymorphism T-330G genes of CRP. Further studies are warranted whether higher rate of MDRTB has a causal immunogenetic relationship to polymorphism of genes encoding for CRP than patients without MDRTB.

15. К.С. Куликова, А.І. Підкова

ЧАСТОТА ВИНИКНЕННЯ ПЕРВИННОЇ І ВТОРИННОЇ ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОСТІ ПРИ ВДТБ І РТБ

Харківський національний медичний університет

Актуальність: Туберкульоз (ТБ) посідає друге місце в світі серед інфекційних захворювань. Один хворий може інфікувати 10-15 осіб на рік. У хворих 4-ї категорії в 40% випадків процес хронізується, що несе небезпеку поширення ТБ. При цьому первинна хіміорезистентність становить - 25%, вторинна - 56% [1].

Мета: Провести порівняльний аналіз між частотою виявлення первинної і вторинної хіміорезистентності у пацієнтів з вперше виявленим ТБ і у хворих з рецидивуючим перебігом.

Матеріали і методи: В обласному протитуберкульозному диспансері № 1 Харківської області було обстежено 40 пацієнтів з хіміорезистентністю до протитуберкульозних препаратів (20 мали діагноз ВДТБ (вперше діагностований туберкульоз), 20 -РТБ (рецидивний туберкульоз) за 2015, 2016 роки. Проведено роботу з історіями хвороб пацієнтів, а також статистична обробка даних в програмі «Statistica-6».

Результати: 3 діагнозом ВДТБ у 9 (45%) пацієнтів зустрічалася

хіміорезистентність до протитуберкульозних препаратів. При цьому у 7 з них (35%) виявлялася первинна хіміорезистентність, і тільки у 2 (10%) хіміорезистентність була вторинною.

У пацієнтів з РТБ хіміорезистентність зустрічалася у 11 пацієнтів (55%), з яких первинна хіміорезистентність була виявлена у 3 хворих (15%), а вторинна - у 8 (40%).

Висновки: Первинна хіміорезистентність переважає при ВДТБ, вторинна - при РТБ, що відповідає даним літератури.

16. О.П. Литвинюк, С.В. Зайков

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика*

Вступ. Лікування пацієнтів з туберкульозом (ТБ) не завжди виявляється ефективним, незважаючи на сучасні режими хіміотерапії. Часто це пов'язано з високою частотою хіміорезистентних і особливо мультирезистентних (МРТБ) форм захворювання. Особливо гостро ця проблема стоїть для осіб, котрі мають постійний професійний контакт з бактеріовиділювачами, а серед них основну групу ризику складають медичні працівники (МП).

Основна частина. Нами було проаналізовано результати лікування 131 МП, котрі захворіли на ТБ протягом 2007-2015 рр. у Вінницькій області. На основі даних офіційної документації (історії хвороби, звітні форми) були визначені схеми, строки, результати та наслідки лікування. В клінічній структурі ТБ у МП основну частку склали легеневі форми захворювання – 87,8 %: інфільтративна – 37,4 %, дисемінована – 29,6 %, вогнищева – 26,9%, туберкульома легень – 6,1% випадків. Позалегеновий ТБ був діагностований в 12,2 % випадків. МРТБ спостерігався в 10 (7,6 %) МП, а в популяції населення області – в 20,7 % хворих на ТБ, $p < 0,05$. Бактеріовиділення було виявлене у 56 (42,7 %) МП, при цьому воно було підтверджено мікроскопічно в 43 (76,8 %) пацієнтів. Серед легневих форм ТБ деструкція легеневої паренхіми спостерігалась в 43 (37,4 %) осіб. За схемою для 1-ої категорії пацієнтів лікування отримали 41 (31,4 %) МП, 2-ої – 24 (18,3 %), 3-ої – 56 (42,7 %), 4-ої – 10 (7,6 %) осіб. Після завершення інтенсивної фази хіміотерапії бактеріовиділення припинилось у 80,9 % МП, а позитивна рентгенологічна динаміка спостерігалась в 94,9 % осіб. В популяції населення області за цей період припинення бактеріовиділення було досягнуто в 84,9 випадків, а позитивна рентгенологічна динаміка – в 91,1% пацієнтів. Всього ж серед населення області за 9-річний період припинення бактеріовиділення було досягнуто в 84,9 % осіб, а позитивна рентгенологічна динаміка – в 91,1 %, $p > 0,05$. Середні терміни рубцювання деструкції легеневої паренхіми склали для МП 231 ± 21 день, в популяції населення області – 280 ± 24 дні, $p < 0,05$. Припинення бактеріовиділення у МП, яке було підтвержене мікроскопічно та культурально, спостерігалось в середньому через 99 ± 12 днів від початку лікування, а серед населення області через 117 ± 21 днів, $p > 0,05$.

Клінічне видужання спостерігалось в 127 (96,9 %) МП, тоді як серед населення – в 84,0 % випадків, $p < 0,01$. Курс хіміотерапії з результатом «лікування завершене» закінчили 97,6% МП, а серед представників популяції – 91,4 %, $p < 0,05$.

Висновки.

1. ТБ у МП Вінницької області в більшості випадків виявляється несвоєчасно, оскільки у 37,4 % з них діагностуються деструктивні форми захворювання, а у 42,7 % осіб захворювання супроводжується бактеріовиділенням.
2. МРТБ у МП виявляється рідше, ніж в популяції (7,6 % проти 20,7 % випадків).
3. Результати лікування ТБ у МП були кращими, ніж серед населення області, оскільки більша кількість пацієнтів завершили лікування (97,6 % проти 91,4 %), клінічне видужання настало в 96,9 % проти 84,0 % випадків, рубцювання деструкції в легенях спостерігалось в більш короткі строки (231 ± 21 день проти 280 ± 24 днів), а припинення бактеріовиділення у МП всіх категорій наставало в середньому швидше (99 ± 12 проти 117 ± 21 днів).

17. Л.П. Мельник

СУПУТНІ ПАРАЗИТАРНІ ІНВАЗІЇ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

Тернопільський обласний протитуберкульозний диспансер.

Тернопіль. Україна

В Україні поширеність туберкульозу залишається високою, особливо в регіонах, які є ендемічними для паразитарних інфекцій, що може сприяти хронічному інфікуванню населення кількома збудниками. В Україні у 2016 р. захворюваність на туберкульоз склала 67,6 на 100 тис. населення. У Тернопільській області захворюваність на вперше діагностований туберкульоз (ВДТБ) у 2016 р. зросла на 13,9 % порівняно з 2015 р. (в абсолютних числах з 409 до 475).

Згідно ВООЗ, захворюваність на *Ascarislumbricoides* у світі коливається в межах 1 млрд чол., а лямбліями щорічно заражаються 200 млн людей. В Україні щорічно реєструють 30-40 тис. випадків лямбліозу.

Метою роботи було вивчити поширеність аскаридозу та лямбліозу серед хворих на туберкульоз.

Обстежено 82 пацієнти з туберкульозом, які лікувались в умовах Тернопільського обласного протитуберкульозного диспансеру протягом 2016-2017 рр. Гендерний розподіл виявив 65 (79,3 %) чоловіків та 17 (20,7 %) жінок, віком 21-70 років (у середньому – $46,9 \pm 12,9$). Переважали мешканці сільської місцевості – 60 (73,2 %).

Лямблії та аскариди виявляли методом паразитоскопії калу після попередньої підготовки пацієнтів. Виявлені лямбліоз та аскаридоз розцінювали як супутню патологію.

Серед обстежених туберкульоз у поєднанні з лямбліозом діагностовано у 58 (70,7 %) пацієнтів, туберкульоз у поєднанні з аскаридозом у – 21 (25,6 %),

лямбліоз та аскаридоз разом – у 15 (18,3 %) пацієнтів.

Таким чином, використання попередньої підготовки перед проведенням паразитоскопії калу покращує виявлення супутніх паразитарних інвазій у хворих на туберкульоз, що, враховуючи подібність клініко-рентгенологічних ознак туберкульозу, аскаридозу та лямбліозу, відіграє важливу роль у диференціальній діагностиці даних захворювань.

18. З.П. Мандзій, С.І. Корнага, І.М. Марків, І.В. Мерецька, С.В. Мадич
**ПЕРЕБІГ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМИ
ЛІМФОПРОЛІФЕРАТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ**

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

В останні роки значно зросла захворюваність на гемобластози. Враховуючи у таких хворих знижений імунітет, значне зниження опірності організму, можна вважати, що такі пацієнти частіше схильні до захворювання на туберкульоз легень.

Мета дослідження полягала у вивченні діагностики та лікування хворих на туберкульоз легень, враховуючи у них наявність основної патології, пов'язаної із захворюванням крові.

Матеріал і методи дослідження: проаналізовано 9 медичних карт стаціонарних хворих з поєднанням туберкульозу легень та хронічною лімфоїдною лейкемією. При зверненні хворих турбували загальна слабкість, пітливість, підвищення температури тіла до субфебрильних цифр, виражені ознаки бронхо-легеневого синдрому: кашель, частіше вранці, з незначним виділенням слизистого мокротиння, біль у грудній клітці, задишка, яка посилювалась при незначному фізичному навантаженні; при аускультатії – часто вислуховувалися хрипи, переважно сухі, на фоні дещо ослабленого дихання. Виявлялися виражені зміни у гемограмі: значний лейкоцитоз, зсув формули вліво, прискорене ШОЕ.

Для верифікації діагнозу проводились рентгенологічне обстеження органів грудної клітки та загальний аналіз мокротиння, в тому числі на МБТ та атипів клітини. Після проведення обстеження найчастіше виставлявся діагноз позагоспітальної пневмонії, так як у клініці домінував тривалий гарячковий синдром, який не піддавався лікуванню посиленою антибактеріальною, протигрибковою та антивірусною терапією. В таких випадках хворим призначалася консультація фтизіатра з послідуєчим проведенням ПЛР (полімеразно-ланцюгова реакція) мокротиння для виявлення ДНК мікобактерій туберкульозу. При отриманні позитивних результатів 9-ти хворим був встановлений діагноз туберкульозу легень.

Комплекс клініко-рентгенологічних та лабораторних методів дослідження при підвищеній настороженості щодо туберкульозу дозволив запідозрити розвиток цієї інфекції у 52 % хворих на гематологічні хвороби (64 % при легеневій локалізації) і підтвердити правильність діагнозу вираженим ефектом після призначення антимикобактеріальної терапії.

Висновок. Труднощі діагностики туберкульозу, що розвинувся у хворих

з гемобластозами, обумовлені низькою інформативністю вірогідних методів верифікації цього захворювання. Тому, поряд з цілеспрямованим проведенням стандартної діагностики туберкульозу – рентгенологічного, бактеріологічного, гістологічного, особливу увагу слід приділяти як клінічним способам діагностики, так і ПРЛ мокротиння, орієнтуючись на підвищену настороженість щодо значної частоти розвитку туберкульозу у таких осіб.

19. В.П.Мельник, М.С.Молчанова, Д.А.Журба, А.М.Савостьянова
ТЕСТ НА ЗВОРОТНІСТЬ ОФВ₁ В ДІАГНОСТИЦІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

ПВНЗ «Київський медичний університет» м.Київ

Вступ. В диференційній діагностиці бронхіальної астми (БА) та хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) провідне місце займає тест на зворотність бронхообструкції (ОФВ₁). При повній зворотності (більше 12-15%) 200 мл констатується БА, при меншій – ХОЗЛ. Проте критерії, що характеризують зворотність в різних країнах відрізняються. European Respiratory Society (ERS) критерієм зворотності ОФВ₁ вважає 12% і 200 мл, British Thoracic Society (BTS) – 15 % і 200 мл, Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (GOLD) – 12% та 200 мл, American Thoracic Society (ATS) – 12% та 200 мл, протоколи МОЗ України - 12% та 200 мл.

Відмінності є також і в методиці проведення тесту на зворотність. МОЗ України (Наказ №555 від 27.06.2013 року) рекомендує використовувати 200–400 мкг салбутамолу, а повторну спірометрію – через 15-30 хв після прийому бронходилататора. GOLD – 400 мкг та повторне дослідження через 10-15 хв; ATS і ERS– 400 мкг та через 10-15 хв до обстеження [1,2,3].

Основна частина. Для відпрацювання методики тесту на зворотність нами обстежені 180 хворих на БА, із яких у 30 виявлено ще й ХОЗЛ. 75 хворих на БА отримували салбутамол в дозі 200 мкг і зворотність перевірялась через 15,30,45хв; у 75 хворих використовувалась доза 400 мкг з дослідженням ОФВ₁ через 15 і 30 хв. І 30 хворих на БА+ХОЗЛ отримували дозу 200 мкг, а на повторному візиті 400 мкг салбутамолу з повторним дослідженням ОФВ₁ через 15,30 та 45 хв.

Установлено, що доза салбутамолу 200 мкг при БА через 15 хв дає зворотність 12% і більше (200 мл) в 80%, а через 30 хв у 100% хворих. При використанні дози 400 мкг – через 15 хв зворотність більше 12% (200мл) – у 95% хворих на БА, а через 30 хв у всіх 75 хворих (100%).

Дещо гірше зворотність просліджується у хворих на БА+ХОЗЛ: доза 200 мкг через 15 хв позитивна у 60% хворих, через 30 хв – у 80% хворих, через 45 хв – у 96,7%, доза 400 мкг через 15 хв – у 82,5% хворих, через 30 хв – 96,7%, і через 45 хв – 100% хворих.

Висновки. З проведеного дослідження слідує, що для отримання повноцінного тесту на зворотність ОФВ₁ можна використовувати 200 мкг салбутамолу, але повторне дослідження проводити через 30 хв, при використанні 400 мкг салбутамолу – зворотність при БА відмічається вже через 15 хв. При

БА+ХОЗЛ необхідно використовувати 400 мкг сальбутамолу і повторне дослідження ОФВ₁ проводити не раніше 30 хв після перерви.

20. S.Nykytyuk, Z.Borys¹, N.Haliyash, O.Chubata¹, S.Yevtushenko¹, M.Syrnyk¹

DIFFICULTY OF DIAGNOSTICS IN PEDIATRIC PRACTICE

I. Horbachevsky Ternopil State Medical University,

¹Ternopil Regional Pediatric Hospital, Ukraine

In the structure of the pediatric pathology among patients, receiving treatment in the diagnostic department of the Ternopil Regional Pediatric Hospital, the diseases of respiratory and digestive systems prevail. According to clinical data, mixed infective pathogens predominate as a causative factor of the above pathology causing a wave-like and prolonged course of illness, which sometimes causes difficulties in diagnosis.

A child Ostap S., 1.5 month old, was under our observation from Feb 27, 2017. Clinical diagnosis: "Sepsis. Purulent meningitis. Acute focal bilateral pneumonia with broncho-obstructive syndrome, RI of the 2 stage. Secondary pyelonephritis. Mild deficiency anemia. Suspected bilateral hydronephros. Congenital heart defect, ventricular septal defect, an open foramen oval. "

During hospitalization the patient's mother has presented complaints on the febrile fever, baby's anxiety, feeding problems, one-time vomiting. The illness began acutely the day prior to hospitalization with the signs of upper respiratory infection. The mother connected the signs with BCG vaccination that was given to the child 10 days before.

After performed diagnostic tests (CBC (leukocytosis with increased level of neutrophils), CSF (cytosis 98 cells/ml with 70% of neutrophils, protein 0.37 g/L), procalcitonin 9.28 µg/ml, CRP 6.66 mg/L, chest X-ray, neurosonography etc.), the child was diagnosed with meningitis and bilateral focal pneumonia. EchoCG revealed congenital heart defect: ventricular septal defect, an open foramen ovale. So, the patient was assigned with antibiotics (Loraxon and Lorikacin) and infusion therapy, but despite the treatment the child's condition worsened, manifestations of neurological and intoxication syndromes increased. Due to severe deterioration of the child's general condition he was transferred to the intensive care unit. In terms of diagnosis it was decided to conduct an extended bacteriological study of the body's fluids. The culture from the throat and nose has revealed the growth of the yeasts of *Candida* species, the cultures from the navel and skin – *Streptococcus epidermidis*, few days later – *Klebsiella* and *Pseudomonas aureginosa*, stool culture – *Enterococci*. So, diagnose of sepsis caused by mixed flora was proved. Besides, the immunological investigation was performed to exclude possible immunodeficiency condition. The results (IgA 0.87 g/L, IgM 1.45 g/L, IgG 5.53 g/L, T-lymphocytes (CD3 +, CD19-) 67.7%, T-helpers/T-inductors (CD4 +, CD8-) 40.8 %, T-suppressors/T-cytotoxic cells (CD4-, CD8 +) 22.4%, immunoregulatory index (CD4 +, CD8- / CD4-, CD8 +) 1.8, cytotoxic cells (CD3 +, CD56 +) 0.8% (decreased), NK-cells (CD3-, CD56 +) 7.6%.

Taking into account the results of bacteriological tests and sensitivity of pathogens, the combination of antibiotic therapy was corrected with administration of meropenem and braxon in age doses, intensive infusion therapy and symptomatic

treatment (inhalations of Berodual and Pulmicort). Considering some deviations in immunological analysis (decreased level of cytotoxic cells), we decided to administer infusion of Biovenum Mono (0.2 g/kg). It leads to the child's improvement and recovery.

Thus, mixed infection in children results in severe and complicated cases leading to multi-organ inflammation which depletes immature compensatory mechanisms of immune protection. It also causes complicated antibiotic selection for effective treatment.

21. І.А. Овчаренко, О.С. Шевченко, Н.М. Боровок
**АНАЛІЗ ГЕНДЕРНИХ ВДМІННОСТЕЙ ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ
ДІГНОСТОВАНИЙ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ
ЛЕГЕНІВ У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ.**

Харківський національний медичний університет.

Харківський обласний протитуберкульозний диспансер № 1.

Серед хворих на туберкульоз завжди існувала гендерна нерівність [1,4].

Кількість хворих жінок коливалась від 12% у країнах східної Європи до співвідношення з чоловіками 1:1 у деяких країнах Центральної Африки[1,5]. В Україні також кількість хворих на туберкульоз чоловіків завжди переважала над хворими на туберкульоз жінками[2]. Однак ВООЗ останнім часом досліджує цей феномен та наполегливо рекомендує приділяти більше уваги гендерним відмінностям, що мають вплив на перебіг та результати лікування туберкульозу [3]. Також одним за першочергових завдань ВООЗ і далі вважає проблему хіміорезистентного туберкульоза, а зокрема і мультирезистентного[1].

Метою нашого дослідження було вивчення гендерних відмінностей, що мали місце у хворих на мультирезистентний туберкульоз легенів.

Матеріали та методи. Було проаналізовано історії хвороб та обстежено 141 хворого на МРТБ легенів, що лікувався у Харківському обласному протитуберкульозному диспансері № 1 у період з 2009 по 2014 роки, що на момент дослідження закінчили основний курс хіміотерапії. Хворі були розподілені за статевою ознакою на групу чоловіків у кількості 99 осіб, та групу жінок - 42 хворі. Були проаналізовані анамнестичні дані, клініко-рентгенологічні та лабораторні дані обраних пацієнтів. Отримані результати були статистично оброблені методом аналізу таблиць сполученості за допомогою пакета програм Statistica Basic Academic 13 for Windows, (License Number: 139-956-866). Статистичну значущість результату оцінювали за допомогою критерія Пірсона Хі-квадрат (КХП). Помилку долі Δ розраховували за формулою, $\Delta = \sqrt{n1/n(1-n1/n)/n} \cdot 100\%$, де n – об'єм виборки, n1 – кількість пацієнтів з піддослідною ознакою.

Результати. Середній вік пацієнтів був у чоловіків $37,7 \pm 4,9$ років, жінок - $31,75 \pm 4,7$ років. Тобто, частіше хворіють особи молодого віку, та жінки більш молодого віку аніж чоловіки. Нами були отримані наступні достовірні ($p < 0,05$) дані. Переважна більшість випадків серед чоловіків (43 особи ($43,4 \pm 4,98\%$))

було зареєстровано у 2009 - 2012 роках, тоді як серед жінок більшість випадків (22 особи ($52,4 \pm 7,7$ %)) було зареєстровано у період пізніше вересня 2014 року. Отримані дані можуть свідчити про зростання відсотка хворих жінок відносно чоловіків. Слід зазначити, що це світова тенденція, про що свідчать дані експертів ВООЗ [1]. Кращі результати лікування були у жінок. Пацієнтів, що завершили своє лікування з діагнозом залишкові зміни туберкульозу серед жінок було на 10,4% більше (жін. - 31 особи ($74 \pm 6,78$ %) та чол. - 63 особи ($63,6 \pm 4,84$ %)). Крім того у двічі більше померлих було серед чоловіків (16 осіб ($16,2 \pm 3,7$ %)) аніж серед жінок (3 особи ($7,14 \pm 3,97$ %)), а також осіб перервавших своє лікування: чоловіків 9 осіб ($9,1 \pm 2,89$ %), а жінок 2 ($4,7 \pm 3,29$ %). Однак невдач лікування було більше серед жінок на 3,2% (жін. - 6 осіб ($14,3 \pm 5,4$ %)), чол. - 11 осіб ($11,1$ %)). Тривалість інтенсивної фази, що за протоколами триває 6-8 місяців мінімум, була достовірно ($p < 0,025$) коротшою у жінок та складала 7 місяців, а у чоловіків 8 місяці.

Із факторів ризику, що мають вплив перебіг та результати лікування туберкульоза достовірно ($p < 0,034$) на 2,1% частіше у жінок зустрічалась ізольовано супутня патологія ВІЛ/ТБ (жін. - 3 особи ($7,14 \pm 3,97$ %), чол. - 5 осіб ($5,05 \pm 2,2$ %)). Однак ко-інфекція ВІЛ/ТБ у поєднанні із іншою патологією зустрічалась на 2,7 % частіше у чоловіків (жін. - 1 особа ($2,4 \pm 2,35$ %), чол. - 5 осіб ($5,05 \pm 2,2$ %)). Також частіше на 5,7% цукровий діабет зустрічався у чоловіків (жін. - 1 особа ($2,4$ %), чол. 10 осіб ($10,1 \pm 3,03$ %)). Також чоловіки частіше хворіли на гепатит С та/або В (жін. - 0, чол. - 6 ($6,1 \pm 2,4$ %)), а жінки мали гінекологічні захворювання (ж. - 5 осіб ($11,9 \pm 5$ %), ч. - 0).

Курців було достовірно більше у 4 рази серед чоловіків (жін. - 3 ($7,14 \pm 3,97$ %), чол. - 30 ($30,3 \pm 4,62$ %), $p < 0,05$). Поєднання двох і більше шкідливих звичок також у 3 рази частіше мали чоловіки (жін. - 2 ($4,8 \pm 3,29$ %), чол. - 15 осіб ($15,2 \pm 3,6$ %), $p < 0,05$). Проте ізольовано алкоголем зловживали у 1,5 рази частіше жінки (жін. - 2 особи ($4,8 \pm 3,29$ %), чол. - 3 особи ($3 \pm 1,72$ %), $p < 0,05$).

Серед скарг, що пред'являли хворі, достовірно у двічі частіше лише на кашель скаржились чоловіки (жін. - 2 особи ($4,8 \pm 3,29$ %), чол. - 10 осіб ($10 \pm 3,03$ %), $p < 0,04$). Проте, на кашель у поєднанні із загальними скаргами (слабкість, лихоманка, втрата маси тіла тощо), у 3,5 рази частіше звертались жінки (жін. - 6 осіб ($14,3 \pm 5,4$ %), чол. - 4 особи ($4,04 \pm 1,98$ %)).

Під час рентгенологічного дослідження було встановлено, що серед чоловіків переважав двосторонній процес (жін. - 14 осіб ($33,3 \pm 7,27$ %), чол. - 49 осіб ($49,5 \pm 5,03$ %)), у той час як серед жінок спостерігався процес, що був локалізований у межах однієї частки легені (жін. - 19 осіб ($45,3 \pm 7,68$ %), чол. - 29 осіб ($29,3 \pm 4,57$ %)). Деструкція легеневої тканини зустрічалась майже однаково часто як серед чоловіків, так і серед жінок, однак частіше у чоловіків (жін. - 35 осіб ($83,3 \pm 5,75$ %), чол. - 89 осіб ($89,9 \pm 3,03$ %)). Тобто, чоловіки мали більш розповсюджені та масивні ураження легенів.

Лабораторні дані свідчать, що бактеріовиділювачів, яких було виявлено методом мікроскопії мазка мокротиння серед чоловіків було більше, чим серед жінок (жін. - 24 особи ($57,1 \pm 7,64$ %), чол. - 70 хворих ($70,7 \pm 4,57$ %)); проте, осіб, виділення збудника у яких було виявлене культуральними методами

дослідження, було майже однаковим, з невеликою перевагою чоловіків (жін. - 35 хворих ($83,3 \pm 5,75$ %), чол. - 88 осіб ($88,9 \pm 3,16$ %)). Також, масивність бактеріовиділення була значнішою у чоловіків. Невелике бактеріовиділення, частіше мали жінки (жін. - 23 особи ($54,8 \pm 7,68$ %), чол. - 45 хворих ($45,45 \pm 5$ %)), натомість, найбільш масивне бактеріовиділення (++++) частіше відмічалось у чоловіків (жін. - 3 особи ($7,14 \pm 3,97$ %), чол. 17 осіб ($17,2 \pm 3,79$ %)).

Для лікування хворих на МРТБ використовують стандартні схеми терапії з урахуванням індивідуальної чутливості МБТ у кожного окремо взятого пацієнта. Однак, достовірно частіше на 3,8 % у жінок застосовували схему Z Cm Lfx Eto Cs Pas (жін. - 5 осіб ($11,9 \pm 5$ %), чол. - 8 осіб ($8,1 \pm 2,74$ %), $p < 0,05$). У чоловіків же частіше застосовували наступні схеми Z Km Lfx Eto Cs Pas (жін. - 4 особи ($9,5 \pm 4,53$ %), чол. - 11 осіб ($11,1 \pm 3,16$ %), $p < 0,05$) та Z Km Lfx Pto Cs Pas (жін. - 3 особи ($7,14 \pm 3,97$ %), чол. - 9 осіб ($9,1 \pm 2,89$ %), $p < 0,05$), де Z - піразинамід; Km - канаміцин; Cm - капріоміцин; Lfx - левофлоксацин; Eto - етіонамід; Pto - протіонамід; Cs - циклосерін; Pas - парааміносаліцилова кислота. Також майже у тричі у жінок частіше застосовували моксіфлоксацин (Mfx) (жін. - 7 осіб ($16,6 \pm 5,75$ %), чол. 6 осіб ($6,1 \pm 2,4$ %), $p < 0,05$).

Висновок. Таким чином, останнім часом зросла кількість жінок, що реєструють з діагнозом вперше діагностований мультирезистентний туберкульоз. Проте, і ефективність лікування у жінок вища, аніж у чоловіків. Однак існує ряд факторів, що мають вплив на перебіг захворювання, і вони різні для різної статі. Безперечно, існують і інші фактори що мають зв'язок із статтю та вплив на перебіг захворювання, тому їх подальше вивчення дуже важливе.

22. О.М. Окусок, Л.А. Гришук, К.О. Луцишин

УЛЬТРАЗВУКОВА ДІАГНОСТИКА ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ВИЯВЛЕНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я.

Горбачевського МОЗ України», Тернопільський обласний протитуберкульозний диспансер. Тернопіль. Україна

В умовах стаціонару Тернопільського обласного протитуберкульозного диспансеру за допомогою УЗД було обстежено 35 чоловік із діагнозом ВДТБЛ, 25 (71%) і 10 (29%) жінки. Обстеження проводилось на початку лікування та в кінці інтенсивної фази. Оцінювались такі показники гепатобіліарної системи: косий вертикальний розмір правої та краніо-каудальний лівої долей печінки, контур печінки, однорідність, ехогенність, зернистість, середній діаметрпортальної та печінкової вени.

У хворих на туберкульоз, яких обстежували, до початку лікування ультразвукові показники стану гепатобіліарної системи були в межах фізіологічної норми. Отримані дані свідчать, що у хворих обстежуваної групи до призначення протитуберкульозних препаратів косий вертикальний розмір правої долі становив - 140 мм, краніо-каудальний розмір лівої долі — 74 мм, однорідна у 95 % хворих, неоднорідна у 5%, Дрібнозерниста в 45 %,

середньозерниста в 51 %, крупнозерниста 4 %, нормальної ехогенності 83%, підвищеної ехогенності 12%, пониженої ехогенності у 5%. Середній діаметр портальної вени 9 мм, печінкової вени 7 мм.

У хворих в кінці інтенсивної фази при проведенні ультразвукового обстеження відмічались наступні зміни : гепатомегалія - косий вертикальний розмір правої долі становив — 150 - 180 мм, краніо-каудальний розмір лівої долі — 80 - 100 мм. Збільшились ознаки дифузного ураження структури печінкової паренхіми : однорідна у 75 % хворих, неоднорідна у 25%, дрібнозерниста в 30 %, середньозерниста в 60 %, крупнозерниста 10 %, нормальної ехогенності 75%, підвищеної ехогенності 25%, пониженої ехогенності у 10%. Середній діаметр портальної вени 12 мм, печінкової вени 8 мм. Наростання патологічних ознак при ультразвуковому обстеженні у хворих в кінці інтенсивної фази (2 місяці), свідчать про наявність у хворих на туберкульоз гепатомегалії, жирового гепатозу, що призводять до гепатотоксичного або змішаного варіантів побічної дії протитуберкульозних препаратів.

23. *О. М. Окусок, Л. А. Гришук, І.С. Якимів, О.В. Васишин, М.М. Куземко*
**ВИЗНАЧЕННЯ ШОЕ У МАГНІТНОМУ ПОЛІ ЯК МАРКЕР
ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ПОРУШЕННЯ ПЕЧІНКИ ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ
ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ**

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

Печінка утворює більшу частину факторів згортання крові (фібриноген, протромбін, VII і деякі інші). Для утворення факторів коагуляції у печінці необхідний вітамін К, особливо при утворенні протромбіну і факторів VII, IX і X. При відсутності вітаміну К концентрація всіх цих чинників знижується настільки, що може запобігти згортанню крові, що призводить до легеневих кровотеч та кровохаркань. Зменшення швидкості осідання еритроцитів можливо при гіперпротеїнемії, при зміні форми еритроцитів, еритроцитозах, лейкоцитозі, ДВС-синдромі, гепатитах. Був запропонований спосіб прогнозування легеневої кровотечі у хворих на туберкульоз легень за допомогою визначення ШОЕ у магнітному полі (МП).

Метою дослідження було - вивчити можливість визначення ШОЕ в магнітному полі як маркер функціонального порушення печінки у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень

Було обстежено 30 хворих на вперше діагностований туберкульоз легень до лікування і через два місяці терапії протитуберкульозними препаратами. Окрім загального аналізу крові додатково визначали ШОЕ у магнітному полі.

Встановлено, що до початку лікування визначались такі показники ШОЕ – $18,8 \pm 2,9$ мм/год, ШОЕ в МП – $22,9 \pm 3,2$ мм/год. Показник магнітного зсуву ШОЕ дорівнював $56,3 \pm 6,5$ %, що свідчило про порушення загортальної здатності крові.

Через два місяці терапії отримано такі показники - ШОЕ – $16,1 \pm 2,5$

мм/год, ШОЕ в МП – $17,6 \pm 2,5$ мм/год. Показник магнітного зсуву ШОЕ дорівнював $37,0 \pm 7,8$ %.

Отже можна відмітити, що в процесі комплексної терапії із використанням протитуберкульозних препаратів і гепатопротекторів у пацієнтів відмічається тенденція до нормалізації такого показника як ШОЕ, а також зменшення рівня показника магнітного зсуву. Це в свою чергу свідчить про нормалізацію функції печінки зокрема білково синтетичної.

24. Ю.Ю. Оноприйко

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛЕЙ ХИМИОРЕЗИСТЕНТНОСТИ НА ФОНЕ КО-ИНФЕКЦИИ, ТУБЕРКУЛЕЗА И ВИЧ

Харьковский национальный медицинский университет

Введение: проблемы конференции туберкулеза (ТБ) и ВИЧ-инфекции остается на сегодняшний день одним из актуальных вопросов не только в Украине, но и в мире. Согласно данным исследований у ВИЧ – инфицированных, часть, встречается резистентные формы (ТБ) легких.

Цель: изучение профилей химиорезистентности на фоне Ко-инфекции, ТБ и ВИЧ.

Материалы и методы: проведен анализ распространения лекарственной устойчивости среди пациентов с ВИЧ – инфекцией и ТБ за два года (2015-2016г.) Данный анализ проводился на базе Харьковского областного противотуберкулезного диспансера №1. Проведен анализ 32 историй болезни (ИБ) с Ко-инфекцией, ВИЧ и ТБ за (2015-2016г.). Выявлено ВДТБ 26 пациентов, зарегистрированных по 1 категории и 6 – РТБ легких по 2 категории соответственно.

Результаты: при анализе ИБ выявлено у больных с ВДТБ: в группе с полной чувствительностью к противотуберкулезным препаратам у 7 пациентоов (26,9%); монорезистентность – 10 (38,5%); полирезистентность – у 9 (34,6%); в группе возникновения рецидива: монорезистентность - у 2 (33,3%, и полирезистентность - у 4 пациентов (66,7%).

Выводы: среди ВДТБ встречаются случаи чувствительности ТБ, в то время как в РТБ – чувствительность не встречается. В группе РТБ отмечается расширение резистентности (увеличение процента больных с полирезистентностью что плохо в эпидемиологическом плане, так как может привести к мультирезистентности).

25. К.О. Орехов

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА У БОЛЬНЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

КУТОР

Харьковский национальный медицинский университет

Введение: С увеличением численности больных с ВИЧ инфекцией и ВИЧ

інфекцією і туберкульозом (ТБ), виріс питання про проблему вірусу гепатита С (ВГС), який збільшує ризик смерті в поєднанні з цими захворюваннями. Матеріали і методи: Вивчити особливості клінічних форм і тяжкості перебігу ТБ на фоні ВІЧ і гепатита С на базі ОПТД №1 г.Харькова. Було проведено аналіз історій хвороби за 2016 рік і виділено групи хворих, 1 група ТБ на фоні ВІЧ і 2 група ТБ на фоні ВІЧ і гепатита С. Результати: 1 група – подвійна Ко-інфекція (ВІЧ і ТБ)-30 осіб, з них: Туберкульоз внутрігрудних лімфатических вузлів (ТВЛУ) -16 осіб(53%), інфільтративний ТБ легких без порожнини розпаду-7 (23%), дисемінований ТБ легких з порожниною розпаду-5 (17%), міліарний ТБ-2 (7%). 2 група- трійна Ко-інфекція (ВІЧ, ТБ і гепатит С)-12 осіб, з них: ТВЛУ-2 осіб (17%), інфільтративний ТБ легких без порожнини розпаду-1 (9%), дисемінований ТБ легких з порожниною розпаду-3 (20%), міліарний ТБ -3 (20%), ТБ менингіт- 2 (17%), внелегочні форми ТБ- 2 (17%). Висновки: Клінічні прояви туберкульозу легких у хворих з трійною Ко-інфекцією виникають частіше і перебігають важче, ніж при поєднанні ВІЧ+ туберкульоз У хворих з трійною інфекцією частіше спостерігається ускладнене перебігу туберкульозу, що супроводжується більш руйнівними змінами в легенях.

26. *О.В.Панасюк¹⁻³, В.П.Мельник¹, Г.В.Радиш³, Л.А.Коломійчук²*

ВПЛИВ АНТИМІКОБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ НА ДИНАМІКУ РІВНЯ СД4 ЛІМФОЦИТІВ У ХВОРИХ НА КО-ІНФЕКЦІЮ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ/ВІЛ НА ТЛІ АНТИРЕТРОВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ І БЕЗ ОСТАННЬОЇ

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

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

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

Мета дослідження викладена у назві роботи.

Матеріали і методи. Обстеження і лікування ВІЛ-позитивних 60 дорослих хворих на мультирезистентний туберкульоз (МРТБ) легень (n=30) і нервової системи (n=30) проводилися у відповідності до чинних нормативно-правових документів і методів протягом 2005-2017 рр. на клінічних базах названих медичних університетів і інституту інфекційних хвороб.

Результати дослідження впливу стандартної антимікобактеріальної терапії (АМБТ) на рівень СД₄ лімфоцитів периферійної крові хворих на ко-інфекцію МРТБ/ВІЛ на тлі антиретровірусної терапії (АРТ) (I група) і без АРТ (II група хворих) наведено в табл. 1.

Таблиця 1. Вплив АМБТ на рівень СД₄ лімфоцитів

Групи хворих ¹	Кількість хворих	Рівень СД ₄ лімфоцитів в 1 мм ³ (M±m)		
		На початку АМБТ	Після інтенсивної фази АМБТ	Після основного курсу АМБТ
I	30	80,3±5,4	248,5±9,6 ^x	396,2±11,3 ^{xx}

II	30	84,4±6,3	120,6±7,4 ^x	93,7±4,5 ^{xx}
----	----	----------	------------------------	------------------------

Примітка: ¹ – групи формувалися за методом підбору пар ВІЛ-позитивних хворих на туберкульоз (ТБ) залежно від типу випадку ТБ на момент його встановлення, при цьому кожна група включала 15 хворих на МРБТ легень і 15 хворих на МРБТ нервової системи; ^x – значення показника вірогідно відрізняється від вихідного значення на початку АМБТ, $p < 0,05$; ^{xx} – значення показника вірогідно відрізняється від такого у пацієнтів після інтенсивної фази АМБТ, $p < 0,05$.

Висновки. Позитивний ефект АМБТ, що спостерігається під час основного її курсу у хворих на ко-інфекцію МРБТ/ВІЛ на тлі АРТ (I група), у хворих II групи без АРТ є тимчасовим за рахунок ліквідації інтоксикаційного та локальних синдромів під час інтенсивної фази АМБТ з наступним зниженням рівня CD4 лімфоцитів.

27. В.І.Петренко³, О.В.Панасюк¹⁻⁴, Г.В.Радиш³, О.Б.Голуб⁴, Я.В.Лопатина⁴,
Л.С.Ничипоренко⁴

ДИНАМІКА РІВНЯ CD4 ЛІМФОЦИТІВ ПІД ЧАС АНТИМІКОБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА КО-ІНФЕКЦІЮ ТУБЕРКУЛЬОЗ/ВІЛ НА ТЛІ АНТИРЕТРОВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ І БЕЗ ОСТАННЬОЇ

1 ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ», м.Київ 2 ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В.Громашевського НАМН України», м.Київ 3 Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м.Київ 4 КЗ КОР «Київський обласний центр профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІД

Мета дослідження викладена у назві роботи.

Матеріали і методи. Обстеження і лікування ВІЛ-позитивних 120 дорослих хворих на туберкульоз (неуточненої локалізації (ТБНУЛ) – 30; рифампіцинорезистентний (РифТБ) – 30; міліарний (ТБ міл) – 30 і мультирезистентний нервової системи (МРБТНС) – 30 осіб) проводилися у відповідності до чинних нормативно-правових документів і методів протягом 2005-2017 рр. на клінічних базах названих медичних університетів, інституту інфекційних хвороб і центру профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІД.

Результати дослідження динаміки рівня CD4 лімфоцитів периферійної крові під час основного курсу (ОК) антимікобактеріальної терапії (АМБТ) у хворих на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ на тлі антиретровірусної терапії (АРТ) (I група, n=60) і без АРТ (II група, n=60) наведені в тал.1.

Таблиця 1. Динаміка рівня CD4 лімфоцитів під час АМБТ

Дин аміка рівня CD4 лімфоцитів	I група (n=60) ¹					II група (n=60) ¹				
	Після ІФ		Після ОК АМБТ			Після ІФ		Після ОК АМБТ		
	А	%	А	%	А	%	А	%		
Збіл ьшення	5	8	4	7	3	5	0	0		
0х	3,3	7х	8,4	3	5,0	,0				
Без змін	7	1	8	1	1	2	2	4		
	1,7	х	3,3	5	5,0	7	5,0			

Зме ншення	3 х	5 ,0	5 х	8 ,3	1 2	2 0,0	3 3	5 5,0
---------------	--------	---------	--------	---------	--------	----------	--------	----------

Примітка: ¹ – групи формувалися за методом підбору пар ВІЛ-позитивних хворих на туберкульоз (ТБ) залежно від типу випадку ТБ, при цьому кожна група включала 15 пацієнтів ТБНУЛ, 15 – РифТБ, 15 – ТБ міл і 15 – МРТБНС;

^x – міжгрупове значення показника вірогідно відрізняється, $p < 0,05$.

Висновки. У хворих на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ після інтенсивної фази (ІФ) і основного курсу (ОК) АМБТ на тлі АРТ рівень СД₄ лімфоцитів збільшується суттєво у порівнянні з пацієнтами, які отримували АМБТ без АРТ.

28. Mieczyslaw Pokorski

LUNG AGING: BREATHING EXERCISE STRATEGIES

Opole Medical School, Opole, Poland

This presentation concentrates on structural and functional changes developing in the lungs with advancing age and on physical rehabilitation strategies aimed to slow down the aging process. Lung aging is a complex process involving genetic, environmental, and life style factors. Structural changes in lung parenchyma consist of declining lung surface area due to fibrotic changes, atrophy of terminal bronchioles, and a limitation in alveolar gas exchange. Alveolar surfactant deteriorates due to degenerative changes in the surfactant-producing lamellar bodies of type II pneumocytes. Surfactant dysfunction increases the propensity for lung atelectasis and has an impact on gas exchange and susceptibility for infection in senescence.

Structural lung changes are accompanied by weakening of the muscle-skeletal respiratory pump of the chest, with increased stiffness and decreased pulmonary compliance. The loss of elastic recall decreases diffusion capacity, causes a ventilation-to-perfusion mismatch, and consequently decreased tissue oxygenation, leading to the shortness of breath. All these changes cause a progressive loss of function, and if not sufficiently compensated, increase vulnerability to hypoxic lung pathologies, like COPD or asthma, and hamper therapeutic outcomes.

Breathing exercise, part of which is also mid-riff exercise, through appropriate movements of the chest and abdominal muscles, activates muscle spindles in the intercostal muscles. The benefits of pulmonary rehabilitation are multiple. It raises the physical exercise threshold at which shortness of breath appears, improves lung ventilation and arterial oxygen content, has a positive immunogenic effect, thus counteracting pulmonary contagions, and also improves cognitive brain function. Breathing exercise should be part of the comprehensive physical rehabilitation program in the elderly, aimed at halting the deterioration of respiratory health. The program also consists of proper diet, social activity, home oxygen therapy, and psychosocial support. Home oxygen therapy, combined with breathing exercises, is particularly noteworthy, as it has a greater potential to improve tissue oxygenation and exercise ability.

29. T. Rovbut's¹, P. Gutkowski², N. Tomchik¹

INFLUENCE OF SOCIAL AND ADVERSE FACTORS OF THE ENVIRONMENT ON FUNCTION OF EXTERNAL BREATH IN CHILDREN

1Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

2The children's Memorial Health Institute, Warsaw, Poland

Indicators of the functional state of the respiratory system are sensitive to the influence of environmental factors, way of life and bad habits. Residents of Belarus are exposed to additional environmental stress - effects of low doses of ionizing radiation after the Chernobyl accident. because of this the aim of our study was to learn the state of respiratory function in children living in different ecological conditions. It is necessary for early detection of pathological processes and the development of preventive measures.

We have lead questioning and spirometry in 148 practically healthy children at the age 7 - 15 years, living in countryside of Belarus. There were 70 boys, 78 girls. Children of the 1st group (n=99) lived in regions with a level of radioactive pollution of the soil with ¹³⁷Cs 1-5 Ki/sq.km. Children of the 2nd group (n=49) lived on not radioactive polluted territories. Children did not suffer from chronic diseases of respiratory system. Spirometry was performed by means of spirometer Microlab, manufacture Micro Medical Ltd. The basic parameters of functional capacity of lungs – Slow Vital Capacity (SVC), Forced Vital Capacity (FVC), Forced Expiratory Volume in 1st second (FEV1) and index Tiffno – attitude FEV1 to SVC in percentage (Tiff) were measured. The given parameters were estimated depending on age, a floor and key parameters of physical progress of the child and expressed in % to due.

Decreased FVC at children of the 2nd group, in comparison with children of the 1st group (91,04±13,15 % from norm and 99,34±16,59 % from norm accordingly, p<0,002) is revealed. Values of SVC in groups of children had no statistically meaningful difference. At the same time, Tiff was more often below norm at children of group 1 (82,41±10,37 than % from norm), in comparison with group 2 (90,69±6,45 % from norm) (p=0,000001). There is negative correlation between contact with pets, such as hens, a pig, a horse, the cow and SVC (r =-0,2524 is revealed; p <0,004), FVC (r =-0,1966; p<0,026) and FEV1 (r =-0,2646; p<0,003). Families of children of the 1st group more often have livestock, than families of the 2nd group (63,6 % of families and 48,9 % accordingly). Children, smoking more than one time a week and having in family some smoking relatives, have FVC values significantly smaller, than children who smoke less often and have in family less smoking relatives (p=0,067279). This connection is proved also by the correlation analysis. FVC was smaller at children from the families where relatives smoked (r =-0,1762; p <0,05). According to the questioning there were more smoking relatives in families of children of the 2nd group, than in families of children of the 1st group (16,9 % and 13,1 % accordingly). Authentic decrease of Tiff at children having clinical signs of respiratory allergosis (cough, wheezing, hives) (p=0,024172) is

revealed. According to questioning children of the first group had these symptoms more often.

Thus, the comparative analysis of parameters of a functional condition of respiratory system has shown the decreased FVC at children living in "clean" region and Tiff at children in radioactive polluted of region. Parameters of external breath function at children depend on the presence of livestock in family, as well as on frequency and duration of smoking by children and relatives.

30. М.М. Савула

МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ДЕЯКИХ ІМУНОЛОГІЧНИХ ТЕСТІВ У ПРАКТИЦІ ФТИЗИАТРА

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

Імунодіагностика є важливим допоміжним засобом встановлення діагнозу туберкульозу (ТБ), особливо у дітей на ранніх стадіях інфекції. В той же час всі існуючі тести мають певні недоліки. Туберкулінова проба Манту виявляє як інфекційну так і післявакцину алергію, тому інтерпретація її результатів в умовах вакцинації БЦЖ часто доволі складна. Більш ефективним (проте дорожчим і недоступним в Україні) є внутрішньошкірний діаскін-тест, створений з 2-х рекомбінантних білків. На нього реагують лише інфіковані особи. У низці країн використовують інтерферонові тести (IGRAs) – визначення продукції гамма-інтерферону після додавання до проби крові антигенів МБГ. На них реагують лише інфіковані особи, але не вдається відрізнити активного захворювання від латентної інфекції. Крім того вони дорогі, необхідний забір венозної крові, оцінка результатів не завжди однозначна. Не рекомендують проводити їх дітям до 5 років.

Апробація в тубдиспансері серологічних тестів, як індійського так і німецького виробництва, виявила велику кількість негативних результатів у пацієнтів з завідомо активним ТБ. Зазначимо також, що всі названі тести ненадійні у осіб з імунодефіцитом (ВІЛ/СНІД).

В наших епідеміологічних і економічних умовах шкірна проба Манту залишається актуальною. В той же час через нестачу туберкуліну у 2016 р. туберкулінодіагностику в Тернопільській області виконано лише у 23,7 % дітей а на фоні зростання в області загальної захворюваності на ТБ на 16,7 % активний ТБ діагностовано лише у 4 дітей (2,4 на 100 тис. дитячого населення) – проте у всіх ускладнені форми ТБ. Це свідчить про недовиявлення ТБ на ранніх стадіях інфекції. Це було б можливим при регулярному проведенні дітям проби Манту (особливо в групах ризику) з наступним призначенням хіміопротекції згідно показань.

У пацієнтів з активним захворюванням важливу роль для підтвердження ТБ і призначення адекватного лікування має молекулярно-генетичне (МГ) дослідження (Gxprt TB/Rif), за допомогою якого виявляють ДНК мікобактерій та їх стійких до рифампіцину мутантів. За нашими спостереженнями цей тест був позитивним у 77,4 % хворих-бактеріовиділювачів і у 14,8 % із них встановив резистентність збудника до рифампіцину. Проте його застосування

можливе лише за міжнародної фінансової підтримки.

Таким чином, доступні імунологічні тести (проба Манту у дітей і МГ тест при активному захворюванні) за умови їх раціонального використання, здатні поліпшити раннє виявлення і лікування ТБ.

*31. О.Є. Самогальська, З.П. Мандзій, С.І. Корнага, Л.В. Радецька,
І.Б. Миколайшин*

ВИКОРИСТАННЯ БІОЦЕРУЛІНУ У ХВОРИХ З ГЕМОБЛАСТОЗАМИ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ІНОКСИКАЦІЙНОГО СИНДРОМУ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Імунна система забезпечує захист організму від інфекційних агентів та біологічних речовин з антигенними властивостями. Вона включає в себе периферичні органи: лімфатичні вузли, мигдалини глотки, лімфатичні фолікули в стінці кишки, лімфоцити в периферичній крові, селезінку та центральні органи – тимус, кістковий мозок. Імунний захист здійснюють лімфоцити (імуноцити), які утворюються з лімфоїдного зародку у кістковому мозку.

Розрізняють два типи імунної відповіді: клітинна та гуморальна. Нами було обстежено 27 пацієнтів з хронічною лімфоїдною та гострою мієлоїдною лейкеміями. Так у хворих з гострими та хронічними лімфо- та мієлопроліферативними захворюваннями спостерігалась задишка, яка посилювалась при фізичному навантаженні, серцебиття, виражена загальна слабкість. Дані симптоми проявлялись як до отримання поліхіміотерапії (ПХТ), так і після неї. При допомозі загально-клінічних методів дослідження нами було встановлено наявність у хворих і анемії, як легкого так і середнього ступеня важкості. При проведенні біохімічного аналізу крові було відмічено підвищення показників аланінамінотрансферази (АЛТ) та аспартатамінотрансферази (АСТ). У 5 хворих відмічалось підвищення концентрації білірубіну за рахунок непрямой фракції. На ЕКГ спостерігались дифузні зміни міокарда. Зрозуміло, що в процесі патогенетичного лікування стан хворих дещо погіршувався. Тому доцільно при призначенні ПХТ включати препарати супроводу, які б покращували насичення крові киснем, функції гепатоцитів, знімали прояви інтоксикації, покращували метаболічні і перекисно-відновні процеси у серцевому м'язі. Таким препаратом є універсальний препарат біоцерулін, який містить L-глутатіон, забезпечуючи захисну дію за допомогою чотирьох складових. 1. Антиоксидантний захист (глутатіон, який називають «головним антиоксидантом», зв'язує вільні радикали і відновлює інші антиоксиданти, такі як вітаміни С і Е, після того як ці антиоксиданти нейтралізують вільні радикали, вони самі стають нестабільними молекулами. 2. Детоксикація – виведення токсинів і хімічних речовин, які вже абсорбувалися і циркулюють в організмі, нейтралізація токсинів у шлунково-кишковому тракті до їхньої абсорбції. 3. Імуностимуляція – стимуляція природних кілерів (НК-клітин), активація Т-лімфоцитів. L-аргінін є замовником NO, виступає в ролі його переносника. Речовина покращує постачання ферментативних систем оксидом азоту, бере участь в реакціях переамінування, підсилює процес

очищення організму від накопичених продуктів обміну протеїнів. 4. Стимулює гемопоез (червоний пагін кровотворення), насичуючи еритроцити киснем, зменшуючи таким чином інтоксикацію. Бере участь у неспецифічних захисних реакціях організму від шкідливих факторів, в тому числі покращуючи функцію гепатоцитів. Препарат біоцерулін вводиться в/в крапельно. При проведенні хіміотерапії разова доза становить 1-1,5 мг/кг, курс лікування 10 - 14 ін'єкцій (по 3 введення на тиждень). Для хворих на гемобластоз разова доза становить 0,5-1,0 мг/кг, курс лікування – 5-8 ін'єкцій (щоденно, 1 раз на добу). Після проведеного лікування відмічалось значне покращення стану хворого, яке проявлялось у зменшенні задишки, загальної слабості, недомагання. При проведенні додаткових методів дослідження було виявлено, збільшення гемоглобіну, підвищення числа еритроцитів та підвищення насичення еритроцитів киснем. При проведенні біохімічного аналізу крові спостерігалось зменшення активності трансаміназ та білірубіну.

Таким чином: 1. Застосування у лікуванні гемобластозів комбінованого препарату біоцеруліну, який має широкий спектр фармакологічної дії: антиоксидантної, детоксикаційної, стимулюючої дії і на імунітет і на гемопоез є обгрунтованим.

2. У результаті проведеного дослідження встановлено, що в пацієнтів з лімфопроліферативними захворюваннями для попередження вираженості інтоксикаційного синдрому, як на ґрунті протікання захворювання так і в процесі проведення хіміотерапії, необхідно долучати біоцерулін.

3. Захисна дія біоцеруліну на організм дозволяє провести лікування ПХТ згідно стандартних протоколів, у більшості випадків, поліпшити переносимість ПХТ, підвищити якість життя пацієнтів у період лікування і реабілітації.

32. О.Є. Самогальська, З.П. Мандзій, Л.В. Радецька, Т.В. Бойко, І.М. Марків
ПРОФІЛАКТИКА ВИНИКНЕННЯ ТОКСИЧНОГО ГЕПАТИТУ У ХВОРИХ З ЛІМФОПРОЛІФЕРАТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

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

За даними сучасних статистичних досліджень, останнім часом в Україні відзначено суттєве зростання частоти захворюваності на хронічну патологію печінки, зокрема токсичні гепатити. Багато чинників впливають на захворювання гепатобіліарної системи. В наш час значну роль у формуванні уражень функції печінки відіграють токсичні фактори. Використання сучасних клінічних протоколів терапії гемобластозів значно підвищило виживаність пацієнтів. Підвищення ефективності лікування досягнуто завдяки застосуванню нових препаратів та інтенсифікації режимів хіміотерапії. Проте негативною стороною поліхіміотерапії є побічна дія протипухлинних лікарських засобів, які приводять до розвитку токсичних гепатитів.

Всього в дослідженні прийняло участь 31 пацієнт різних вікових груп і різною тривалістю з гострими і хронічними лімфоїдними лейкозіями. У цих хворих визначалися активність аланінамінотрансферази (АЛТ),

аспартатамінотрансферази (АСТ) та концентрацію білірубіну в сироватці крові. В результаті дослідження встановлено, що у хворих з лімфопрліферативними захворюваннями має місце порушення функції печінки, яке проявлялося підвищенням печінкових проб. Так у 11 хворих спостерігалось підвищення рівня АЛТ та АСТ, у 9 хворих спостерігалася жовтяниця з підвищенням білірубіну за рахунок непрямой фракції. У 11 хворих спостерігалось транзиторне підвищення трансаміназ і лужної фосфатази. У 22 хворих спостерігалась гепатомегалія при проведенні ультразвукового дослідження органів черевної порожнини різних величин. В гематології перспективним методом профілактики порушення функції печінки є використання препарату гепаргіну.

Препарат гепаргін містить амінокислоту аргінін, яка приймає участь у біосинтезі білка і в метаболізмі сечовини, а також ліпотропну речовину бетаїн, яка приймає участь в синтезі фосфоліпідів, тригліцеридів, окисленні та утилізації жирів. Іони цитрату сприяють зменшенню ацидозу та диспепсичних проявів (нудоти, відчуття тяжкості в шлунку, метеоризм), які часто спостерігаються у хворих в процесі прийому ПХТ. Гепаргін призначали хворим по 1 флакону 2 рази на добу, попередньо розчинивши у 0,5 склянки води протягом прийому поліхіміотерапії та впродовж 2-3 тижнів після прийому. Використання у більшості пацієнтів, які отримували терапію супроводу гепатопротектором гепаргіном, виявлено нормалізацію біохімічних показників, які характеризували процеси цитолізу. Корекція стану функції печінки дозволила провести в усіх хворих заплановане цитостатичне лікування.

Таким чином, у результаті проведеного дослідження встановлено, що в пацієнтів з лімфопрліферативними захворюваннями для попередження гепатотоксичності на тлі проведення хіміотерапії і для зменшення вираженості вже розвинутих проявів ураження функції печінки необхідне долучення до протоколів гепатопротекторів. Захисна дія гепаргіну дозволяє зменшити кількість редукованих змін протоколів ПХТ, пов'язаних з ураженням печінки, у більшості випадків, поліпшити переносимість ПХТ, підвищити якість життя пацієнтів у період лікування і реабілітації.

33. О.Є. Самогальська, Т.Б. Лазарчук, І.М. Марків, В.Ф. Тюріна
**ОСОБЛИВОСТІ ГУМОРАЛЬНОЇ ЛАНКИ ІМУНІТЕТУ ПРИ ЦИРОЗАХ
ПЕЧІНКИ РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ**

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

Метою нашого дослідження був аналіз показників гуморального імунітету хворих на цироз печінки (ЦП) різної етіології. Обстежено 217 хворих на ЦП, у тому числі хворих на алкогольний цироз печінки (АЦП) — 141, на ЦП при неалкогольній жировій хворобі печінки (ЦПНАЖХП) — 44, вірусний (ВЦП) — 32. Вік пацієнтів був від 31 до 71 років. Тривалість захворювання складала від 1 місяця до 6 років. У хворих визначали фенотип основних субпопуляцій лімфоцитів периферійної крові за

ідентифікацією диференційованих антигенів у тесті імуофлуоресценції з застосуванням моноклональних антитіл, рівень сироваткових IgA, IgM, IgG визначали в реакції радіальної імунодифузії за Манчині, рівень ЦІК досліджували за Хашковою і співавт.

З боку гуморального імунітету виявлено вірогідні зміни. Так, рівень В-лімфоцитів (CD19+) перевищував нормативні показники на 35,28 % ($p < 0,05$), а рівні IgA і М – в 2,2 і 2,9 рази, відповідно, ($p < 0,05$). Рівень IgG вірогідно не змінився.

Рівень ЦІК значно підвищився – в 3,7 рази в порівнянні з ПЗО ($p < 0,001$), що може свідчити не тільки про порушення імунного статусу, а й про значне зниження детоксикаційної функції печінки, де проходить катаболізм ЦІК. Вірогідних змін імунограми в залежності від віку хворих на ЦП не зафіксовано, спостерігалася тільки тенденція до зниження показників ($p > 0,05$). Не зареєстровано і вірогідних відмінностей показників імунограми в залежності від статі хворих на ЦП.

В усіх етіологічних групах спостерігалися вірогідні зміни показників гуморальної ланки імунітету. Зокрема, рівень В-лімфоцитів (CD19+) перевищував нормативні показники при АЦП на 24,40 % ($p < 0,05$), при ВЦП на 49,02 % ($p < 0,05$), при АВЦП на 58,93 % ($p < 0,05$), при ЦПНАЖХП на 21,77 % ($p < 0,05$). При цьому спостерігалася вірогідна міжгрупова різниця показника між групою АЦП і ВЦП ($p < 0,05$), АЦП і ЦПНАЖХП ($p < 0,05$), ВЦП і ЦПНАЖХП ($p < 0,05$).

Аналіз рівня імуноглобулінів виявив вірогідне підвищення рівнів IgA і М відносно ПЗО ($p < 0,05$), так, IgA при АЦП підвищився в 3,0 рази, при ВЦП – в 2,7 рази, при ЦПНАЖХП – в 1,9 рази; а рівень IgM, відповідно, в 2,7, 4,3, 2,5 рази ($p < 0,05$). Найвищі рівні вказаних імуноглобулінів виявилися у осіб з алкогольною і вірусною патологією. Вірогідна міжгрупова різниця рівнів IgA відмічена між АЦП і ЦПНАЖХП ($p < 0,05$), ВЦП і ЦПЖХП ($p < 0,05$). Рівень IgG відносно контрольного вірогідно підвищився у хворих на ВЦП ($p < 0,05$) і ЦПНАЖХП ($p < 0,05$), не змінився при АЦП ($p > 0,05$). Вірогідна міжгрупова різниця за рівнем IgG спостерігалася між групою хворих на ВЦП і рештою груп ($p < 0,05$). Таким чином, в кожній етіологічній групі спостерігалися вірогідні зміни з боку гуморального імунітету з індивідуальними особливостями.

Значне підвищення рівня ЦІК виявилось в усіх групах відносно ПЗО ($p < 0,001$). Зокрема, при АЦП – в 3,7 рази, при ВЦП – в 4,1 рази, при ЦПЖХП – в 3,3 рази, без вірогідної міжгрупової різниці.

Таким чином, перебіг ЦП супроводжується змінами в гуморальній ланці імунітету. При цьому, при вірусних поражениях печінки вірогідно відрізнялися зміни з боку гуморальної ланки. АЦП характеризувався найвищим рівнем IgA, при ЦПЖХП зміни з боку імунного статусу були найменшими. Тому при призначенні фармакотерапії ЦП раціонально враховувати наведені вище зміни.

34. *О.Є. Самогальська, І.М. Марків, З.П. Мандзій, І.В. Мерецька*

РАЦІОНАЛЬНА ФАРМАКОТЕРАПІЯ НПЗП-ГАСТРОПАТІЙ

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

Метою нашого дослідження був аналіз ефективності різних схем лікування гастропатій, асоційованих з прийомом нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП-гастропатії) та оцінка вартості схем лікування гастропатій методом мінімізації витрат

Проаналізовано результати лікування 60 хворих на НПЗП-гастропатії. З них чоловіків 24, жінок – 36. Вік хворих від 32 до 68 років. При проведенні ендоскопії діагностовано наявність гастропатії II ступеня, інфікування *Helicobacter pylori* виключали за допомогою імунологічного дослідження крові.

У хворих відмічали наступні основні синдроми: абдомінально-больовий (100 % хворих), диспепсичний (85 % хворих), астено-невротичний (75 % хворих).

Для лікування хворих на гастропатії були призначені схеми лікування які включали фамотидин 20 мг двічі на добу – 15 хворих (1 група), омепразол (омез) 20 мг двічі на добу – 15 хворих (2 група), езомепразол (нексіум) 20 мг двічі на добу – 15 хворих (3 група), фамотидин 20 мг двічі на добу і тіотриазолін 200 мг двічі на добу – 15 хворих (4 група). Проведено аналіз ефективності лікування на 10, 15 і 20 день та аналіз вартості схем лікування гастропатій методом мінімізації витрат

Порівняльний аналіз ефективності різних схем терапії гастропатій продемонстрував, що у хворих 1 групи через 10 днів від початку лікування фамотидином симптоми зберігалися у 9 осіб з 15, через 15 днів симптоми залишалися у 4 хворих. Через 20 днів лікування фамотидином симптоми зникли у всіх хворих.

Результати терапії омепразолом свідчили про повільну динаміку симптомів, тільки на 15 день від початку лікування зникли прояви хвороби у 6 з 15 хворих 2 групи, у 3 пацієнтів залишався больовий синдром. Для повної ліквідації клінічної симптоматики необхідним виявився 20 денний курс лікування.

У хворих 3 групи через 5 днів від початку лікування симптоми зберігалися у 2 осіб з 15, через 10 днів тільки у 1 хворого відмічалася загальна слабкість. Таким чином, достатньо 10 днів лікування езомепразолом для значного покращання стану хворих. Після проведеного лікування гастропатій, препаратами з групи інгібіторів протонної помпи виявлено, що лікування омепразолом в порівнянні з езомепразолом, є хоч і дешевшим, але більш тривалим. Таким чином, використання езомепразолу за найкоротший термін сприяє зникненню симптомів гастропатії, проте вартість її найвища з 3-х наведених схем. Вартість лікування фамотидином виявилася найнижчою, тому ми посилили цю схему препаратом з вираженими антиоксидантними

властивостями – тіотриазоліном.

У хворих 4 групи через 10 днів від початку лікування симптоми зберігалися тільки у 1 хворого із 15. Таким чином, достатньо 10 днів лікування фамотидином і тіотриазоліном для значного покращання стану хворих.

При цьому, при однаковій ефективності лікування схема № 4 виявилася економічно вигіднішою за схему № 3 в 6,6 рази і може бути запропанована для лікування хворих на гастропатії.

35. М. І. Сахелашвілі, І. Л. Платонова, Г. Д. Щтибель

СТАН ІМУННОЇ СИСТЕМИ ПРИ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОМУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Дослідження стану фагоцитарної, Т -, В - ланок та специфічного протитуберкульозного імунітету проведено у 25 хворих на вперше діагностований мультирезистентний туберкульоз (МРТБ) - основна група. У контрольну групу увійшло 22 хворих на хіміочутливий туберкульоз легень.

Встановлено пригнічення фагоцитарної ланки імунітет з достовірним зменшенням кількості фагоцитоз-активних клітин, пригніченням їх поглинальної здатності, зниженням катіонних лізосомальних білків гранулоцитарних лейкоцитів, посиленням кисеньзалежного метаболізму нейтрофілів порівняно з донорами і контрольною групою. У осіб основної групи, у порівнянні з референтною, зменшувалася у 1,2 разу кількість фагоцитоз-активних нейтрофільних лейкоцитів, у 2,5 разів - поглинальна здатність, в 1,3 разу - вміст катіонних лізосомальних білків гранулоцитів. Т-клітинний імунодефіцит обумовлений поєднанням кількісних та функціональних порушень: зменшення кількості Т-лімфоцитів, пригнічення їх проліферативної активності, в 1,3 разу частіше наявний у пацієнтів з вперше діагностованим МРТБ (у 72,0 %), ніж із хіміочутливим туберкульозом легень (55,0 %). У 33,3 % хворих з МРТБ і у 52,4 % – з хіміочутливим наявна повноцінна збалансована імуноспецифічна реакція на наявність в організмі мікобактеріального антигену. Неповноцінність системи протитуберкульозного захисту з дисфункційними порушеннями специфічної імунної відповіді 1,4 разу частіше констатували у хворих на МРТБ (у 54,2 %), ніж з хіміочутливим (38,1 %) туберкульозом, наявність повної туберкулінової анергії відмічали у 12,5 % і 9, 5 % осіб, відповідно. Функціональна недостатність В-ланки імунітету з пригніченням продукції імуноглобулінів Ig А, Ig М, Ig G була наявна у 20,9 % пацієнтів з МРТБ (пригнічення антитілотворення Ig А – у 4,2 %, Ig G – у 4,2 %, Ig М - у 12,5%), в той час, як при чутливому виявляли лише дефіцит Ig М (у 13,6 %)

36. М. Семенчук, І. Господарський

ЗМІНИ СУБКЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ПЕЧІНКОВОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ ПІД ВПЛИВОМ ДІЮЧОЇ РЕЧОВИНИ – АДЕМЕТІОНІН У ЛЮДЕЙ ІЗ ХРОНІЧНИМ ГЕПАТИТОМ В І/АБО С, ІЗ ЦИРОЗОМ ПЕЧІНКИ АСОЦІЙОВАНИМ ІЗ ГЕПАТИТОМ В І/АБО С.

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

Гепатоенцефалопатія – це психоневрологічний синдром із великою кількістю клінічних проявів обумовлених печінковою недостатністю і/або порто системним шунтуванням. Неврологічні порушення потенційно зворотні при корекції захворювання.

Латентна або субклінічна печінкова енцефалопатія являє собою легку дисфункцію головного мозку, яка не визначається шляхом стандартного клінічного обстеження. Термін першочергово використовують для групи пацієнтів із відхиленнями психометричних тестів і практично нормальними даними клінічного обстеження. Психометричні методики дозволяють виявити мінімальну дисфункцію, яка є частиною одного розладу. У розвитку ПЕ бере участь ряд нейротоксичних речовин, але основна роль належить аміаку, який поступає у кров із ШКТ і, не знешкоджуючись у печінці, впливає на головний мозок.

Діагностика субклінічної ПЕ є важливою, так як зниження уваги, моторних навиків, астенія, втомлюваність несприятливо впливають на повсякденну активність, на якість життя. З практичної точки зору, психометрична оцінка є важливою для людей, чия професійна діяльність вимагає високої уваги і точних моторних навиків.

З цією метою, було обстежено близько 50 пацієнтів із хронічним гепатитом В і/або С, із цирозом печінки асоційованим із гепатитом В і/або С. Дослідження проводилися за допомогою психометричних тестів та різноманітних опитувальників, зокрема, різноспрямованих.

До прикладу, Опитувальник Спілбергера-Ханіна, орієнтований на визначення особистісної та реактивної тривожності. В даному випадку до уваги більше бралися показники особистісної тривожності, а саме їх зміни за час лікування у стаціонарі. Конкретно у більшій частині людей "помірна тривожність" змінювалася на "низьку".

З іншого боку, не вдалося ґрунтовно попрацювати із опитувальником депресивності Бека. Так як в силу різних обставин люди не сприймали даних запитань і відмовлялися від даного тестування. Опитувальник по астенії, навпаки, дозволив виявити зміни психічного стану на початку та наприкінці перебування у стаціонарі. Дана робота із опитувальниками має коефіцієнт похибки за рахунок власного психоемоційного стану пацієнта, певних рис, які притаманні даній особистості. Але при застосуванні даної методики у широкомаштабних дослідженнях, багато результатів сумується,

узагальнюється, поєднується і резюмуючими є декілька конкретних показників чи даних.

У всіх пацієнтів при поступленні було виявлено латентну форму ПЕ. Протягом стаціонарного лікування кожний пацієнт отримував гепатопротектор Гептрал, діючою речовиною якого є Адеметионін. Наприкінці стаціонарного курсу лікування попередньо наведені обстеження проводилися знову. У близько 90% людей було виявлено покращення результатів тестів та даних опитувальників. Що підтверджує позитивний вплив Адеметионіну на психоневрологічний стан людей із печінково-клітинною недостатністю.

37. Н.В. Томчик, С.А. Ляликов

УДЛИНЕНИЯ ИНТЕРВАЛА QT У ДЕТЕЙ С АНОМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННЫМИ ХОРДАМИ И ФАКТОРЫ АССОЦИИРОВАННЫЕ С ЭТИМ СОСТОЯНИЕМ

*Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Беларусь*

Цель работы: выявить наиболее значимые факторы, ассоциированные с удлинением интервала QT у детей с пролабированием митрального клапана на основании анализа статистической модели прогноза этого состояния.

Материалы и методы. Было проведено комплексное обследование 152 детей в возрасте менее 18 лет. Медиана (Me) возраста обследуемых детей была равна 14,0 годам, интерквартильный размах (Q25-Q75) - 10-15 лет. Никто из обследуемых пациентов не получал лечения, влияющего на длительность интервала QT. ЭКГ регистрировали на многоканальных электрокардиографах "SchillerAT-104PC" в положении лежа с расчетом основных показателей в ручном режиме. ЭхоКГ проводили на ультразвуковой системе «Siemens Akuson X 300» с определением следующих показателей: УО – ударный объем (мл), КСР – конечно систолический размер левого желудочка (см), КДР - конечно диастолический размер левого желудочка (см), ТМЖП - толщина межжелудочковой перегородки (см), ТЗСЛЖ – толщина задней стенки левого желудочка (см), КДО – конечно-диастолический объем (мл), КСО – конечно-систолический объем (мл), ФИ – фракция изгнания (%), ФУ – фракция укорочения (%), масса миокарда (ММ), индекс ММ (ИММ). Для анализа результатов использован стандартный пакет прикладных статистических программ Statistica 10.0. (SNAXAR207F394425FA-Q). Данные в работе представлены в формате: Me (Q25-Q75) – медиана (нижняя квартиль-верхняя квартиль). Построение математических моделей проводилось с помощью дискриминантного анализа.

Результаты и обсуждение. С помощью дискриминантного анализа методом Backward stepwise из 17 факторов были выявлены 6 переменных, значимо влияющих на прогноз удлинения QT у детей с ПМК. Установлено, что наибольший риск наличия удлинения QT с ПМК имеют дети при уменьшении КСО, ФИ, ФУ, ММ и увеличении УО и ИММ. Дискриминантная модель характеризовалась следующими показателями: критерий Лямбда-Уилкса - 0,8832, F=3,1974, p<0,006. Выводы. Вероятность наличия удлинения QT

($p < 0,006$) при аномально розположених хордах вище у дітей при уменшенні КСО, ФІ, ФУ, ММ и увеличенні УО и ИММ.

38. *О.Є. Федорців, Е.І. Бурбела*

ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

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

Актуальність. Бронхіальна астма належить до типового поліетіологічного захворювання, у виникненні якого, клінічній симптоматиці, перебігу і наслідках, за даними багатьох науковців, велике значення відіграють психосоціальні чинники. Згідно з сучасними уявленнями симптоми даного захворювання можуть бути спричинені не лише екзогенними “тригерами” (пил, алергени, тощо), але й неспецифічними психічно-емоційними чинниками (стрес, негативно забарвлена психічна напруга, вегетативний дисбаланс та ін.). Наявність тривалої хронічної патології, різноманітні обмеження, пов’язані з бронхіальною астмою, трансформують психоемоційний стан хворого.

Мета дослідження: покращити ефективність лікування дітей з бронхіальною астмою шляхом врахування їх психо-емоційного стану.

Матеріали і методи. Проведено комплексне обстеження 121 дитини віком від 8 до 17 років, хворої на бронхіальну астму (БА), які знаходились на стаціонарному лікуванні в пульмо-алергологічному відділенні Тернопільської ОДКЛ протягом 2012-2015 рр. Крім клініко-лабораторних досліджень всім дітям проведено медико-психологічне обстеження з використанням опитувальника Г. Айзенка для визначення психологічного типу особистості та стану емоційної стійкості дітей; тесту Спілбергера, адаптованого Б.Л. Ханіним – для оцінки тривожності в структурі особистості дітей; опитувальника Філіпса – для оцінки тривожності в школі; “Опитувальника для виявлення ознак вегетативних змін” А.М. Вейна; показника вегетативного індексу Кердо – для оцінки вихідного вегетативного тону. Статистичну обробку даних здійснювали шляхом застосування методів дослідження випадкових величин та описової статистики.

Результати та їх обговорення. Вивчення показників контролю БА у 121 дитини, що ввійшли в основну групу, дозволило встановити у 72,7 % частковий контроль хвороби, у 17,3 % ($n=21$) - повний контроль, у 9,9 % – відсутність контролю астми. У 77,7 % обстежених виявлена алергічна форма захворювання, у 19,8 % – змішана, у решти – 2,47 % – неалергічна. Домінував персистуючий перебіг (92,6 %), з яких легкий – у 14,1 %, середньоважкий – у 75,2 % та важкий - у 3,3 % хворих. Інтермітуюча БА діагностована у 7,4 % пацієнтів. У більшості (62,8 %) дітей констатовано обтяжену алергічною патологією спадковість.

Високий рівень особистісної тривожності виявлено у 58,7 % дітей, хворих на БА, що суттєво перевищувало показники контролю (5,6 %), середній – у 38,8 % хворих, протиповної відсутності її в групі порівняння ($p < 0,001$). Висока ситуативна тривожність встановлена у 23,97 % хворих, проти 1,8 % в

контрольній групі ($p < 0,001$), середня діагностувалась лише при БА у 40,5 % ($p < 0,001$). Серед пацієнтів основної групи виявлено переважання вираженої особистісної тривожності у всіх дітей із неконтрольованим перебігом захворювання та у 67,1 % дітей із частковим контролем. У пацієнтів з повним контролем БА у жодному випадку не виявлено високого рівня особистісної тривожності. За шкалою ситуативної тривожності при неконтрольованому перебігу недуги помірна та висока тривожність зустрічались однаково часто (50 %). Низькі показники цього виду тривожності при контрольованому перебігу БА діагностовані у 61,9 % та у 34,1 % – при частково контрольованому. За результатами тестування емоційної стабільності в школярів із БА виявлено переважання середніх значень за шкалою інтро-екстраверсії, у поєднанні із високими показниками за шкалою нейротизму, що було достовірно вищим у порівнянні із контролем ($p \leq 0,05$). У всіх обстежених дітей із БА під час загострення захворювання зафіксовані прояви вегетативної дисфункції за тестом А.М. Вейна: ($37,2 \pm 8,5$) балів у хворих дітей, порівняно з ($5,6 \pm 4,7$) балів у контрольній групі ($p < 0,05$). Виразність ВД корелювала ($r = -0,19$) із станом контролю над захворюванням, а її прояви мали тенденцію до посилення при зниженні контролю над захворюванням. У дітей із частими загостреннями захворювання об'єктивно вегетативні зміни визначались за найвищими показниками – ($52,0 \pm 3,7$) бала. Для дітей із частково контрольованою недугою характерними були середні значення за обома зі шкал – ($20,9 \pm 3,4$) бала суб'єктивної та ($38,1 \pm 5,1$) бала – для об'єктивної. За показником вегетативного індексу Кердо частка дітей із переважанням парасимпатичного тону у основній групі була вдвічі більшою, ніж у контролі при домінуванні симпатичних впливів у дітей в обох групах. Переважання тону певного відділу вегетативної нервової системи в пацієнтів було тісно пов'язане із рівнем контролю над БА.

Висновки. Зниження показників контрольованості бронхіальної астми пов'язане із зростанням рівня особистісної тривожності до високих та середніх показників з домінуванням вираженої особистісної тривожності у всіх дітей із неконтрольованим перебігом захворювання та у 67,1 % дітей із частково контрольованим. Ситуативна тривожність діагностована у більшості хворих за переважанням середнього рівня, за виключенням групи з неконтрольованою бронхіальною астмою, в якій усі хворі мали виразну ситуативну тривожність високого та середнього рівнів. Виявлені порушення психо-емоційного стану дітей з БА патогенетично обґрунтовують проведення їх корекції в комплексному лікуванні даної патології.

39. *О.С. Шевченко¹, О.О. Говардовська¹, М.Ф. Новохатська², Т.В. Сенчева¹*

**ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ІНТЕНСИВНОСТІ РОСТУ
МІКОБАКТЕРІЙ ТУБЕРКУЛЬОЗУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПРОФІЛЮ
ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОСТІ**

¹*Харківський національний медичний університет*

²*Обласний протитуберкульозний диспансер №1*

Основою діагностики туберкульозу (ТБ) є бактеріологічні методи, що дають можливість визначити збудника та оцінити його властивості. «Золотим стандартом» діагностики ТБ є культуральне дослідження на твердих середовищах Левенштейна-Йенсена (Л-Й), який дає позитивний результат при наявності від 20 до 100 мікробних життєздатних клітин в 1 мл матеріалу. Основними перевагами даного метода є висока чутливість та специфічність, недоліками – довготривалий період росту (2-3 міс.) та трудомісткість процесу. Інтенсивність росту культури МБТ може опосередковано свідчити про її вірулентність. Відомо, що різні штами, сімейства та профілі резистентності МБТ до протитуберкульозних препаратів (ПТП), відрізняються ступінню вірулентності [1]. Наприклад, в експериментах біологічним методом доведено, що МБТ з резистентністю до ізоніазиду (Н) мають низьку вірулентність [2].

Метою дослідження було визначити інтенсивність росту МБТ в залежності від профілю резистентності до ПТП, для цього були проаналізовані результати посіву на середовищах Л-Й 148 пацієнтів, які були зареєстровані у Харківській області у 2016 році з новим випадком ТБ легень, підтвердженим позитивним культуральним дослідженням. Досліджуваним матеріалом було мокротиння. Пацієнти були розділені на групи згідно результатам тесту медикаментозної чутливості. В 1 групу були включені 52 пацієнта зі збереженою чутливістю до ПТП, у 2 групу – 38 пацієнтів з монорезистентністю до Н та полірезистентністю до Н та стрептоміцину, у 3 групу – 58 пацієнтів з мультирезистентним профілем, тобто резистентністю Н та рифампіцину.

Проведено стандартне оцінювання позитивного посіву, за якого результат одиничні колонії виставляється при наявності 1-19 колоній МБТ; - 1+ - 20-100 колоній; - 2+ - 100-200 колоній; - 3+ - 200-500 колоній; - 4+ - більше ніж 500 колоній [3]. Згідно результатам, у 1 гр. 30,7 % мали одиничні колонії, 28,9 % - 1+, 9,6% - 2+, по 15,4% - 3+ та 4+; у 2 гр. 36,8% мали одиничні колонії, 39,5% - 1+, 18,5 – 3+, 5,2% - 4+; у 3 гр. 37,9% - одиничні колонії, 22,5% - 1+, 13,8% - 2+, 6,9% - 3+, 18,9% - 4+.

Інтенсивний ріст МБТ частіше реєструвався у групах з мультирезистентністю та збереженою чутливістю до ПТП. Так, результати 2+, 3+ та 4+, що відповідають масивному бактеріовиділенню [4], мали 40,4% та 39,6% у 1 та 3 групах, відповідно, та лише 23,7% випадків з 2 групи. Такий факт дає можливість припустити, що МБТ з моно та полірезистентністю до Н є менш вірулентними ніж МБТ з іншими профілями резистентності.

40. М. М. Шило

СТАН МІСЦЕВОГО ІМУНІТЕТУ ПОРОЖНИНИ РОТА ПРИ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ПАРОДОНТА У ДІТЕЙ ІЗ СІМЕЙ З РІЗНИМ МАТЕРІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИМ СТАНОМ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Імунна ланка відіграє особливу роль в ланцюгові патологічних механізмів захворювань пародонта, так як її порушення сприяють виникненню та розвитку запального процесу [3, 4]. Дані літератури стосовно імунологічної реактивності

при захворюваннях пародонта достатньо різноманітні та протирічливі, на що вказують як вітчизняні, так і зарубіжні дослідники [5, 6]. Імунологічна реактивність при захворюваннях пародонта залежить від ступеня важкості, фази захворювання, віку пацієнтів, генетичної схильності, супутніх захворювань та інших обставин [1, 2].

Враховуючи вище наведене, нами проведено вивчення основних факторів місцевого імунітету при запальних захворюваннях пародонта у дітей із сімей з різним матеріально-економічним станом.

Стан місцевого імунітету порожнини рота відображає загальну імунологічну реактивність організму на рівні слизових оболонок і проявляється місцевою продукцією антитіл. Нами проведено вивчення прозапального інтерлейкіну 1 β (IL-1 β), протизапального IL-4, а також таких місцевих факторів захисту ротової рідини, як секреторного IgA (sIgA), IgA, IgG та лізоциму (Lz).

Обстежено дві групи дітей, серед яких основну групу склали 86 дітей із сімей з низьким матеріальним статком та 59 дітей із сімей з достатнім матеріальним рівнем життя (група порівняння), у яких виявлено патологію пародонта. Встановлено зростання з віком рівня прозапального IL-1 β у ротовій рідині при запальних захворюваннях пародонта у дітей як основної, так і групи порівняння (від $70,5 \pm 2,6$ пг/мл у 7-річних до $160,1 \pm 1,85$ пг/мл у 15-річних; у дітей групи порівняння це зростання було менш вираженим (від $56,1 \pm 1,7$ пг/мл у 7-річних до $140,2 \pm 1,74$ пг/мл у 15-річних дітей, ($p < 0,05$)).

Вміст IL-4 у ротовій рідині обстежуваних обох груп зазнав зниження, але більш виражено у дітей основної групи, ніж групи порівняння – відповідно від $27,5 \pm 0,6$ пг/мл у 7-річних дітей до $12,2 \pm 0,6$ пг/мл у 15-річних дітей основної групи, та від $28,7 \pm 0,3$ пг/мл у 7-річних до $15,8 \pm 0,6$ пг/мл у 15-річних дітей групи порівняння, ($p < 0,05$).

Вміст секреторного sIgA, як основної ланки локального імунітету порожнини рота, був вірогідно підвищений у дітей основної групи, порівняно з даними у дітей групи порівняння (від $0,320 \pm 0,027$ г/л у 7-річних до $0,491 \pm 0,058$ г/л у 15-річних дітей основної групи та від $0,310 \pm 0,0213$ г/л у 7-річних до $0,345 \pm 0,043$ г/л у 15-річних дітей групи порівняння, ($p < 0,05$)).

Визначення рівня IgA у ротовій рідині виявило аналогічну тенденцію (від $0,312 \pm 0,015$ г/л у 7-річних до $0,505 \pm 0,045$ г/л у 15-річних основної групи та від $0,284 \pm 0,022$ г/л у 7-річних до $0,473 \pm 0,036$ г/л у 15-річних дітей групи порівняння, ($p < 0,05$)).

Встановлено також підвищення рівня IgG у дітей обох обстежуваних груп, що можна розглядати як фактор пролонгування запалення імунними механізмами.

Нами проведено визначення вмісту лізоциму (Lz) в ротовій рідині, який є одним із основних гуморальних факторів неспецифічного захисту, пов'язаних з функцією моноцитарно-фагоцитарної системи. Рівень Lz у дітей, як основної, так і групи порівняння знижувався залежно від віку і більш виражено у дітей основної групи (від $21,34 \pm 1,24$ мкг/л у 7-річних дітей до $10,41 \pm 1,07$ мкг/л у 15-річних основної та від $23,42 \pm 1,14$ мкг/л у 7-річних до $14,43 \pm 1,12$ мкг/л у 15-річних групи порівняння).

Таким чином, отримані нами дані зростання рівня ІІ-1β, зниження рівня ІІ-4, збільшення вмісту sIgA, IgA, IgG та зниження рівня Lz у дітей з запальними захворюваннями пародонта свідчать про більш виражене напруження системи секреторного імунітету порожнини рота у дітей із сімей з низьким матеріальним статком порівняно з даними у дітей із сімей з достатнім матеріально-економічним станом.

41. М.І. Шкільна, О.В. Покришко, С.І. Климнюк
МІКРОБІОЦЕНОЗИ ДУОДЕНАЛЬНОГО ВМІСТУ ХВОРИХ НА ЛЯМБЛІОЗ

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

Однією з актуальних медико-соціальних проблем сьогодення є поширення лямбліозу серед дитячого і дорослого населення. Щорічно в Україні реєструють 30-40 тис. випадків захворювання; у світі (за даними ВООЗ) – 200 млн.,.

Метою роботи було вивчення мікрофлори дуоденального вмісту у хворих на лямбліоз.

Під спостереженням перебувало 35 хворих. Вік пацієнтів склав від 16 до 70 років. Чоловіків було 27 (31,1 %), жінок – 60 (68,9 %). Діагностику лямбліозу здійснювали за МКХ-10 згідно діагностичної програми “Протокол надання медичної допомоги хворим на лямбліоз”, затвердженого МОЗ України від 03.07.06 за № 434, яким і передбачено діагностичне дуоденальне зондування за клінічними показаннями (скарги на больові відчуття в животі), *G. lamblia (duodenalis)* виявляли бактеріоскопічним методом. Мікробіологічні дослідження дуоденального вмісту проведено згідно загально прийнятих методик.

Проведені дослідження показали, що у всіх хворих у дуоденальному вмісті висівали аеробні та факультативно анаеробні мікроорганізми. Висіяні мікроорганізми були переважно в асоціаціях: трикомпонентних – 20,0 %, двокомпонентних – 53,4 %. У той же час 26,7 % зразків містили монокультури бактерій. Дріжджоподібні гриби виділені в 40,0 % двокомпонентних асоціацій, найчастіше їх висівала разом із стафілококами. *Candida spp.* входили в склад усіх трикомпонентних асоціацій.

У бактеріальній флорі переважали коки з вираженими гемолітичними властивостями, зокрема популяції стафілококів та стрептококів. Коагулазонегативні стафілококи виділяли в 2,5 рази частіше, ніж *S. aureus*. Популяції *E. coli* та *P. aeruginosa* висівали в середньому в 4,8 % випадків. Майже в половини хворих висіяно дріжджові гриби роду *Candida*.

Найбільше видове різноманіття було характерне для порції А: виділені мікроби належали до 12 видів. У порції В та С було ізольовано мікроорганізми 9 видів. Кількість їх в порції С була в 1,2-1,5 рази меншою, ніж у порціях А та В відповідно. У порції А угруповання *Staphylococcus spp.* становило 31,8 % мікробіоценозу. Частота висівання *Streptococcus spp.* була 13,5 %, *E. coli* – 4,5 %. У 46,2 % висівали дріжджоподібні гриби роду *Candida*. У порції В угруповання стафілококів становило 33,2 % мікробної спільноти. Частка представників

угруповання стрептококів у мікробіоценозі порції В була вищою майже у 2 рази, ніж у порції А. Популяції *E. coli* висівали лише в 4,8 % випадків, *Candida spp.* – 19 %. У порції С кількість популяцій коагулазонегативних стафілококів була 21,7 %. Коагулазопозитивні коки не виділяли. Частка угруповання стрептококів у мікробній спільноті порції С була вищою практично в 2 рази, ніж у порції А. Популяції *E. coli*, як і *S. aureus*, в порції С не виділяли. Частка дріжджоподібних грибів у мікробній спільноті порції С жовчі становила 34,8 %. Отже, у формуванні мікробіоценозів дуоденального вмісту беруть участь аеробні та факультативні анаеробні мікроорганізми та дріжджоподібні гриби. *G. duodenalis* причетна до формування в організмі людини особливого стану паразитоценозу. У мікробно-паразитарних спільнотах дуоденального вмісту переважають коагулазонегативні стафілококи й *Candida spp.*, де рівень колонізації мікроорганізмами жовчевого міхура зменшується за градієнтом: порція А → порція В → порція С.

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

ПОКАЗНИКИ ГУМОРАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА КОМОРБІДНУ ПАТОЛОГІЮ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

В клінічній практиці спостерігаються часті поєднання виразкової хвороби (ВХ) із реактивним гепатитом (РГ), що, очевидно, зумовлено єдністю їх нейрогуморальної регуляції та спільністю етіопатогенезу.

Мета роботи – вивчити показники гуморального імунітету у хворих на коморбідну патологію органів травлення.

Нами обстежено 28 хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки в поєднанні з РГ та 20 здорових осіб (контрольна група) в фазі загострення (14 чоловіків і 14 жінок) у віці від 20 до 70 років. Діагноз ВХ верифікували на основі клініки, даних ендоскопічного обстеження і комп'ютерної рН-метрії. Функціональний стан печінки оцінювали за клінічними даними, показниками біохімічного аналізу крові (білірубін, трансамінази, холестерин, білки) та УЗД печінки. Імунологічне обстеження включало визначення концентрації імуноглобулінів класів А, М і G за методикою G. Mancini [2]. Рівень ЦІК в сироватці крові визначали за методом Ю.А. Гриневич та Л.Н. Алферовим у модифікації П.В. Барановського, В.С. Данилишиної. У хворих відмічали виражений больовий (100 %), диспепсичний (93,3 %) та астено-вегетативний (50,0 %) синдроми. При об'єктивному дослідженні спостерігали іктеричність шкіри та слизових у 50,0 %. При пальпації – болючість в пілородуоденальній зоні відмічалась у 30,0 % хворих, в правому підребер'ї – у 28,0 %. Ультразвукове дослідження печінки виявляло збільшення розмірів, нерівномірне підвищення ехогенності, неоднорідність структури паренхіми. Також відмічались зміни в біохімічному аналізі крові (підвищення активності АлАТ, АсАТ, гіпербілірубінемія). Одночасно у цих хворих було встановлено зменшення імуноглобулінів класу А та підвищення імуноглобулінів класу М та

ЦК. Різноманітність окремих показників імунної реактивності до лікування порівняно з контролем свідчить про дисфункцію в роботі гуморальної ланки імунітету. Так, вміст імуноглобулінів А в сироватці крові у хворих складав $(1,54 \pm 0,11)$ г/л, в контролі $(1,98 \pm 0,14)$, $p < 0,05$. Вміст IgM достовірно збільшувався до $(2,38 \pm 0,09)$ г/л проти $(1,40 \pm 0,36)$ в контролі. Кількість ЦК збільшувалась до $(182,60 \pm 14,8)$, в контролі $(65,00 \pm 5,00)$, $p < 0,05$.

Отже, у хворих на ВХ в поєднанні з РГ спостерігається активація гуморальної ланки імунітету, що вказує на ослаблення реактивності імунної системи внаслідок розвитку в хворих вторинного імунодефіциту. Збільшення кількості IgM свідчить про наявність запального процесу, активність протитканинних антитіл та можливість формування імунних комплексів, а зниження вмісту IgA в сироватці крові вказує на виснаження сироваткової ланки за рахунок інтенсивного місцевого продукування секреторного IgA в слизовій дванадцятипалій кишки, тобто ці зміни мають перерозподільний характер.

Висновок. У хворих на коморбідну патологію органів травлення спостерігаються виражені порушення імунологічної резистентності, що проявляються синдромом вторинної недостатності або імунної дисфункції. Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні показників клітинного імунітету у хворих на коморбідну патологію органів травлення.

43. І.Я. Господарський, Н.М. Гаврилюк, О.В. Прокопчук, К.В. Волинець
ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ БІЦИКЛОЛУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ
ГЕПАТИТ С ДО І ПІСЛЯ ЗАВЕРШЕННЯ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ
Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського,
м.Тернопіль, Україна

Вступ. У світі за даними ВООЗ інфіковані близько 1 млрд. людей вірусами гепатитів В або С. В теперішній час тривають пошуки нових противірусних та протифіброзних засобів. З метою дослідження протифіброзного впливу гепатопротекторів у хворих на хронічний гепатит С до і після завершення противірусного лікування вивчали результати призначення гепатопротекторного препарату біциклол.

Матеріали і методи.

Нами в динаміці обстежено 27 пацієнтів віком від (21 до 68 років) з хронічним гепатитом С без ознак цирозу та супутньої патології печінки та жовчовивідних шляхів, які завершили курс противірусної терапії і мали встановлений рівень фіброзу F2-F3. Пацієнти за випадковим принципом були рандомізовані на дві групи. Перша група (15 чоловік) спостерігалася протягом 3 місяців. Пацієнти другої групи (12 осіб) отримували біциклол по 1 таблетці 3 рази на добу протягом 3 місяців перорально. Третя група включала 10 пацієнтів з хронічним гепатитом С та аналогічним рівнем фіброзу, які не отримували противірусного лікування, але отримували біциклол протягом 3 місяців за вказаною вище схемою. Пацієнтам проводили

комплексне клінічне, лабораторне та інструментальне обстеження на початку лікування і через 3 місяці. Біохімічні показники функції печінки визначали загальноприйнятими методами, HCV-RНК – методом полімеразної ланцюгової реакції, рівень фіброзу – за допомогою фібротесту та еластографії методом зсувної хвилі (ARFI) з оцінкою щільності 7 печінкових сегментів за допомогою апарата Siemens [12].

Результати та обговорення

При порівнянні лабораторних показників функції печінки у хворих до лікування можна відзначити відсутність достовірної різниці по всіх досліджуваних показниках ($P > 0,05$). Протягом усього часу спостереження концентрація білірубіну суттєво не змінювалася в усіх групах обстежених. Що стосується активності сироваткових трансаміназ, то спостерігалось суттєве зниження цих показників у більшості хворих усіх трьох груп. У хворих 1-ї групи виявлене вираження активності АлАТ ($P < 0,05$) і АсАТ ($P < 0,05$). У 2-й групі (застосування біциклолу) ці показники теж зменшувалися. Проте після терапії біциклолом показники активності АлАТ ($P < 0,05$) і АсАТ ($P > 0,05$) були нижчими, ніж у пацієнтів, які не отримували лікування. У той же час, зниження активності цитолізу у пацієнтів, які не отримували протівірусної терапії, під впливом біциклолу також достовірно зменшилося незважаючи на продовження активної реплікації HCV ($P < 0,05$). У 5 пацієнтів (33,3% популяції) спостерігалось наростання фібротичних явищ, що підтверджується спостереженнями інших дослідників. Із 12 обстежуваних пацієнтів зниження індексу фіброзу спостерігали у 9 хворих, у 3 він залишився практично незмінним. У хворих 3-ї групи біциклол гальмував процес прогресування явищ фіброзування у печінці, незважаючи на продовження реплікації вірусу в організмі. Зміни і тенденції щодо фіброзування, виявлені методом фібротесту, були підтверджені методом еластографії зсувної хвилі. Визначення щільності зсувної хвилі продемонструвало достовірне зниження індексу фіброзу у пацієнтів 2-ї групи, які приймали протягом 3 місяців біциклол після успішного завершення протівірусної терапії ($P < 0,05$). У той же час, відсутність прийому протифіброзних засобів супроводжувалася тенденцією до поглиблення індексу фіброзу, навіть за умови успішної елімінації вірусу гепатиту С ($P > 0,05$).

Висновок. Таким чином, застосування гепатопротекторного препарату біциклол протягом трьох місяців забезпечує суттєве зниження інтенсивності цитолізу в печінці і супроводжується зменшенням індексів активності та фіброзу у більшості пацієнтів, які завершили курс протівірусного лікування. У пацієнтів з активним інфекційним процесом протифіброзний ефект біциклолу суттєво менший.

43. В.О. Бєський¹, М.І. Марущак², Л.А. Грищук²

ЗМІНИ МЕТАБОЛІТІВ НІТРОГЕН (II) ОКСИДУ ПРИ ГОСТРОМУ УРАЖЕННІ ЛЕГЕНЬ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Тернопільська університетська лікарня¹

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського²

При гострому ураженні легень і гострому респіраторному дистрес-синдромі спостерігаються структурні пошкодження альвеол, які розвиваються протягом годин і діб після закінчення дії первинного фактора, що ушкоджує. Було вивчено вміст метаболітів нітроген (II) оксиду у тканинах легень та обґрунтовано їх роль у патогенезі гострого ураження легень в експерименті. Досліди були проведені на 30 білих статевозрілих нелінійних щурах-самцях, яким моделювали гостре ураження легень шляхом інтратрахеального введення хлоридної кислоти при рН 1,2 в дозі 1,0 мл/кг на вдиху. Визначали у гомогенатах тканин легень вміст нітрит-аніону спектрофотометричним методом. Аналіз динаміки нітрит-аніону в легенях щурів з гострим ураженням легень вказує на зростання досліджуваного показника через 6 год досліджу. Відмічено, що через 2 та 6 год рівень NO₂- збільшується відповідно на 18,4 % і 37,7 %, порівняно з контролем (p<0,001). Таким чином при експериментальному гострому ураженні легень відбувається активація нітроксидергічних процесів за рахунок достовірного збільшення метаболітів оксиду нітрогену у гомогенаті легень.

Підп. до друку 28.08.2017 р. Формат 60x84/16.
Папір офсет. № 1. Тарн. "Times New Roman" Друк офсет.
Ум. др. арк. 2,91. Обл. – вид. арк. 2,03.
Тираж 40 пр. Зам. № 229.

Видавець і виготовник
Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
Майдан Волі 1, м. Тернопіль, 46001.

Свідоцтво про внесення до державного реєстру суб'єктів видавничої справи
ДК №2215 від 16.06. 2005 р.