

лихоманки, однак в окремих випадках від самого початку патологія маніфестує позакишковою автоімунною симптоматикою. Обтяжений генеалогічний анамнез за автоімунною патологією може обумовлювати мультисистемність у клініці виразкового коліту.

Шахова О.О. (Чернівці, Україна)

ОЦІНКА ПОКАЗНИКІВ ЛАБІЛЬНОСТІ БРОНХІВ У ДІТЕЙ З АСТМОЮ ПІЗЬНОГО ПОЧАТКУ ЗАЛЕЖНО ВІД АЦЕТИЛЯТОРНОГО СТАТУСУ

Мета дослідження. Оцінити показники лабільності бронхів у дітей, хворих на астму пізнього початку, з урахуванням ацетиляторного статусу хворих.

Матеріал і методи. Сформовані дві клінічні групи спостереження: перша (I) – 34 дитини із фенотипом БА пізнього початку та повільним характером ацетилювання, друга (II) – 38 дітей, хворих на БА пізнього початку, зі швидким ацетиляторним фенотипом. Лабільність бронхів визначали згідно рекомендацій шляхом оцінки їх реакції на дозоване фізичне навантаження (ДФН) та інгаляцію β_2 -агоніста короткої дії.

Результати дослідження та їх обговорення. Так, позитивна бронхоспастична проба спостерігалася у 44,2% пацієнтів із повільним характером ацетилювання та лише у 26,0% дітей зі швидким ацетиляторним статусом ($P < 0,05$). Показники ризику наявності бронхоспазму дихальних шляхів у відповідь на дозоване фізичне навантаження у хворих із повільним ацетиляторним фенотипом порівняно до швидких «ацетиляторів» дорівнювали: відносний ризик – 1,7 [95%ДІ: 1,04-2,6], при співвідношенні шансів – 2,2 [95%ДІ: 0,8-5,9]. Разом із тим повільний ацетиляторний фенотип підвищував відносний ризик виразної лабільності бронхів у 2,9 рази [95%ДІ: 1,9-4,6] при співвідношенні шансів – 4,7 [95%ДІ: 1,6-14,2]. Показник лабільності бронхів є інтегральним та відображає сумарну відповідь бронхів на дозоване фізичне навантаження та інгаляцію сальбутамолу, виразнішими його значення виявилися в дітей із повільним ацетиляторним статусом. Зокрема, виразна лабільність бронхів (ПЛБ більше 25%) притаманна майже кожному другому

пацієнту I групи з повільним ацетиляторним статусом (47,0%) та лише кожному п'ятому хворому (16,0%) з фенотипом швидких ацетиляторів ($P > 0,05$).

Висновки. Таким чином, дітям хворим на бронхіальну астму пізнього початку з повільним ацетиляторним статусом, притаманна тенденція до виразнішої лабільності бронхів, різного калібру як за рахунок бронхоспастичної, так і дилатаційної компоненти, що можна використовувати для вирішення клінічного завдання щодо верифікації повної клінічно-інструментальної ремісії захворювання.

Шевченко О.С. (Харків, Україна)

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА НЕТУБЕРКУЛЬОЗНІ МІКОБАКТЕРІОЗИ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ У 2019-2020 РОКАХ

На фоні пандемії коронавірусної хвороби та епідемії туберкульозу в Україні наразі все менше уваги приділяється менш розповсюдженим інфекційним захворюванням.

Тому **метою** даної роботи було проаналізувати захворюваність на нетуберкульозні мікобактеріози в Харківській області у 2019-2020 роках.

Матеріали і методи. Нами були проаналізовані дані 82 хворих на нетуберкульозні мікобактеріози (НТМБ), виявлені в Харківській області за 2019-2020 рр. Статистична обробка даних проводилася за допомогою Microsoft Excel 2016 та Statistica 8.0.

Результати. Діагноз НТМБ встановлювався за відсутністю корд-фактору на культуральному дослідженні, негативним результатом імунохроматографічного тесту та швидким ростом культури в системі ВАСТЕС MGIT 960 (ріст нетуберкульозних мікобактерій починався з 2-го дня).

У 2019 році було виявлено 52 хворих з НТМБ, у 2020 – 30. Тобто у 2020 році ми бачимо зниження виявлення хворих з НТМБ на 42,3%. Середній вік хворих склав $46,3 \pm 1,5$ років (чоловіків – $44,2 \pm 2,1$ роки, жінок – $44,1 \pm 3,9$ років). За статтю хворі розподілилися наступним чином: 2019 рік – чоловіки – 73,1%, жінки – 26,9%; 2020 рік – чоловіки – 70,0%, жінки – 30,0%. За весь досліджуваний період переважно виявлялися хромогенні нетуберкульозні мікобактерії (2019 – 86,5%, 2020 – 100,0%). У 2019 році у 13,5% хворих НТМБ виник на фоні ВІЛ-інфекції, у 2020 – у 10,0% хворих. Масивне