



процентного та абсолютного числа лімфоцитів: підвищений вміст ЦІК, процентний і абсолютний вміст лімфоцитів, знижені рівні Ig G і Ig A, знижені показники фагоцитозу. У групі хворих з ураженням печінки при токсокарозі переважали (57%) діти з показником титрів антитіл до токсокарного антигену 1:800 і 1:1600. Високі показники титрів антитіл до *T. canis* (1:12800) достовірно частіше зустрічалися серед дівчаток ($p = 0,031$).

УЗД органів черевної порожнини показало, що гепатомегалія ехографічно діагностована у 57% пацієнтів, неоднорідність ехоструктури печінкової тканини - у 70%, ущільнення стінок судин печінки - у 48%, спленомегалія - у 16%, порушення співвідношення часток - у 13%, кругле осередкове просвітлення печінки з чіткими контурами виявлено у 7%, нижній правий кут печінки заокруглений у 7%.

Карвацька Ю.П.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВУГРОВУ ХВОРОБУ В ЙОДОДЕФІЦИТНОМУ РЕГІОНІ З УРАХУВАННЯМ СТАНУ ГІПОФІЗАРНО- ТИРЕОЇДНОЇ, ІМУННОЇ СИСТЕМИ ТА МІКРОБІОЦЕНОЗУ КИШЕЧНИКА

Кафедра дерматовенерології

Вищий державний навчальний заклад України

"Буковинський державний медичний університет"

Вугрова хвороба (акне) – одне з найбільш поширених захворювань шкіри в осіб молодого віку. Актуальність проблеми вугрової хвороби, наявність низки нез'ясованих механізмів її розвитку й перебігу, зокрема відсутність даних про стан гіпофізарно-тиреоїдної системи у хворих на вугрову хворобу, які проживають на території з природним йододефіцитом із високим ризиком розвитку тиреопатій, а також про стан системи імунітету й кишкової мікробіоти в таких пацієнтів і важливість задачі вдосконалення комплексної терапії таких хворих визначило мету та завдання запланованих нами наукових досліджень.

Метою роботи було оптимізація лікування хворих на вугрову хворобу серед мешканців регіону з природним йододефіцитом шляхом застосування комплексної диференційованої терапії з урахуванням стану гіпофізарно-тиреоїдної системи, окремих імунологічних показників та змін кишкової мікробіоти пацієнтів.

Проведено обстеження 114 хворих на вугрову хворобу (66 осіб чоловічої і 48 – жіночої статі) віком від 19 до 25 років – мешканці міст (65 осіб) і сіл (49 осіб) Чернівецької області, яка є біогеохімічним регіоном із природною недостатністю йоду. Групу контролю склали 35 практично здорових осіб подібного віку з цього ж регіону.

Згідно з результатами досліджень встановлено, що в більшості (66,7%) обстежених хворих на вугрову хворобу з регіону з природним йододефіцитом є зміни стану гіпофізарно-тиреоїдної системи. Також визначено зміни імунологічних показників крові, які є найбільш істотними в пацієнтів із середньотяжкими та тяжкими проявами акне. Згідно результатів мікробіологічних досліджень, у половини (у 52,7%) хворих на вульгарні вугри реєструється дисбіоз I-II ступенів (відповідно: у 14,0% та 38,7%), у третини (32,3%) пацієнтів – дисбіоз III-IV ступенів (відповідно: у 22,6% та 9,7%). Встановлено взаємозалежність між ступенем змін стану мікробіоти порожнини товстої кишки та тяжкістю клінічного перебігу дерматозу.

Зважаючи на одержані результати досліджень, розроблено удосконалену тактику комплексної терапії вугрової хвороби із диференційованим призначення на тлі стандартної терапії дерматозу засобів для нормалізації тиреоїдного гомеостазу, препаратів антибактеріальної, імунотропної (глюкозамінілмураміддипептид) дії та пробіотика (лаціум). Встановлено, що оптимізоване лікування хворих на вугрову хворобу з йододефіцитного регіону вірогідно ($p < 0,05$) покращує показники імунної системи (зростання числа Т-лімфоцитів/CD3+ як порівняно з початковим рівнем (на 25,8%), так і його значеннями після лікування у осіб I та II груп (відповідно: на 19,2% та 12,0%), рівня CD3+CD8+ (на 21,3%, на 30,2% і 34,6%); збільшення ФЧ і ФА відносно їх початкового рівня (на 23,9% та 9,8%) та їх значень наприкінці лікування у хворих I порівняльної групи (відповідно: на 22,9% та 10,8%); збільшення НСТ-ст. (на 12,9%), а також нормалізації показників мікробіоценозу товстої



кишки (у 65,4% хворих основної групи після лікування визначено стан нормоценозу чи I ступінь дисбіозу). Також у пацієнтів основної групи констатовано істотне покращення клінічних результатів лікування – вірогідне ($p < 0,01$) відносно пацієнтів порівняльної групи прискорення регресу елементів вугрової висипки із досягненням стану клінічного одужання чи значного покращення, а також зменшення кількості рецидивів вугрової хвороби в році.

Отже, розроблене вдосконалене комплексне лікування хворих на вугрову хворобу з йододефіцитного регіону з диференційованим застосуванням на тлі стандартної терапії засобів для нормалізації виявлених змін гіпофізарно-тиреоїдної системи, імунотропного препарату (лікопід) та пробіотика (лаціум) сприяє нормалізації чи тенденції до нормалізації показників тиреоїдного гомеостазу, фагоцитозу й кишкового біоценозу, а також покращує клінічні результати лікування пацієнтів.

Підвербецька О.В.
ВСМОКТУВАЛЬНА ФУНКЦІЯ ТОНКОЇ КИШКИ У ХВОРИХ
НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Кафедра фтизіатрії та пульмонології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

Ефективність лікування туберкульозу легень (ТБ) залежить від цілої низки різних чинників. Одним із таких малодосліджених факторів є стан адсорбтивної активності тонкої кишки.

Обстежено 73 хворих на вперше діагностований туберкульоз легень (ВДТБ) зі збереженою чутливістю (група 1), 71 хворий на мультирезистентний туберкульоз легень (МРТБ), встановлений вперше (група 2), 42 хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ТБ легень зі збереженою чутливістю (група 3) та 30 практично здорових осіб (ПЗО). Обстежуваним особам проводили лактулозно-манітовий тест (ЛМТ) з визначенням показника кишкової проникності (ПКП) до початку протитуберкульозного лікування. За результатами ЛМТ (таблиця) концентрація виділеної лактулози була незначно зниженою у хворих на ВДТБ легень порівняно з ПЗО ($p > 0,05$), а при МРТБ та ВІЛ/ТБ – на 14,5 % та 27,8 % відповідно ($p < 0,05$).

Таблиця

Концентрація лактулози та манітолу у сечі, показник кишкової проникності у хворих на туберкульоз

Показник	ПЗО n=30	Група 1 n=73	Група 2 n=71	Група 3 n=42
	медіана (інтерквартильний розмах)			
Концентрація лактулози у сечі (ммоль/л)	2,21 (1,7–3,2)	2,17 (1,44–2,78)	1,93 (1,24–2,42)*	1,73(1,13–2,92)* #
Концентрація манітолу у сечі (ммоль/л)	4,99 (4,13–5,91)	4,21 (1,98–5,51)*	2,53 (0,67–4,36)*#	2,17(0,92–4,26)*#
Показник кишкової проникності	11,94(8,3–12,91)	7,78(3,86–12,53)	4,27(1,50–10,29)	1,44(0,52–4,21) *#

Примітки: * – показники достовірно відрізняються між основною групою та ПЗО ($p < 0,05$); # – показники достовірно відрізняються від групи 1 ($p < 0,05$).

Концентрація виділеного манітолу була значно нижчою порівняно з ПЗО в усіх групах: у 1,2 рази в групі 1, у 2,0 рази в групі 2 та у 2,3 рази у групі 3 ($p < 0,05$ в усіх випадках). Порівняно з гр. 1 у хворих на МРТБ даний показник був у 1,7 рази нижчим та у хворих на ВІЛ/ТБ – у 1,9 рази ($p < 0,05$). Медіана ПКП у групі 1 була нижчою, ніж у ПЗО, у 1,5 рази ($p < 0,05$), при МРТБ – у 1,8 рази нижчою за показник ПЗО та у 2,8 рази – за показник групи 1 ($p < 0,05$). У групі 3 даний показник був нижчим порівняно з ПЗО та групою 1 у 8,3 та 5,4 рази відповідно ($p < 0,05$). У групі 1 ПКП був зниженим у 58,9% хворих, різні ступені зниження показника зустрічались з приблизно однаковою частотою ($p > 0,05$). У групах 2 та 3