

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ  
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



## **МАТЕРІАЛИ**

**97 – ї**

**підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
вищого державного навчального закладу України  
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

**15, 17, 22 лютого 2016 року**

**Чернівці – 2016**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Івашук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний  
університет, 2016



Обстежено 15 пацієнтів з вперше діагностованим туберкульозом легень (ВДТБ) та 15 з МРТБ віком від 20 до 45 років, переважала чоловіча стать. У всіх пацієнтів діагностовано деструктивні форми туберкульозу (ТБ): дисемінований – у 66,4 % хворих та інфільтративний – у 33,6 % випадків. Для прижиттєвого електронно-мікроскопічного морфологічного дослідження епітеліоцитів бронхів проводили браш-біопсію (за стандартною методикою). Провели імуноцитохімічне визначення антигенів Вах, Bcl-2, PCNA- та TUNEL-позитивних ядер.

У хворих із мультирезистентністю інтенсивність апоптичних реакцій є вищою за таку при чутливому ТБ, супроводжується нижчою проліферативною активністю епітеліоцитів бронхоальвеолярної вистілки. Інтенсивність апоптозу клітин браш-біоптату хворих на МРТБ відбувається за рахунок зниженого відсотку PCNA-позитивних ядер та підвищення TUNEL-позитивних ядер на фоні підвищеної концентрації в них проапоптотичного протеїну Вах. Активований процес апоптозу з переходом у неконтрольовану природню клітинну загибель характеризує поширеність та прогресування специфічного туберкульозного процесу, клінічну маніфестацію і прогноз щодо формування залишкових змін.

Таким чином доведено, що у хворих із мультирезистентним туберкульозом легень має місце істотне порушення між процесами апоптозу та проліферації. Методика підрахунку кількості структур (індекси апоптозу та проліферації) може застосовуватися для визначення ранніх проявів апоптотичної активності, прогнозу щодо клінічної маніфестації та формування залишкових змін.

**Захарчук О.І.**

#### **УРАЖЕННЯ ДІТЕЙ *TOXOCARA CANIS*: КЛІНІЧНА СИМПТОМАТИКА ТА ІНСТРУМЕНТАЛЬНО-ЛАБОРАТОРНІ ПОКАЗНИКИ**

*Кафедра фармацевтичної ботаніки та фармакогнозії  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Токсокароз – зооантропоозне паразитарне захворювання, що спричиняється міграцією личинок аскаридат собак (*Toxocara canis*) в органах і тканинах людини, характеризується тривалим рецидивуючим перебігом і поліорганными ураженнями алергічної природи [Соф'яна А.В., 2013]. За даними зарубіжної літератури захворюваність на токсокароз зросла за останні 50 років на 300% [Shakir Al-Hassnawi Alaa Tareq, 2013]. Останніми роками в Україні спостерігається чітка тенденція до збільшення числа виявлених хворих на токсокароз [Захарчук О.І., 2012; Юхименко Г.Г. та ін., 2012].

При проведенні дослідження використані клініко-лабораторні, біохімічні, інструментальні, епідеміологічні, епізоотологічні, санітарно-гельмінтологічні, імунологічні, серологічні методи з відповідною статистичною обробкою отриманих результатів.

Найчастіше хворі скаржилися на підвищену втомлюваність (59,90%), головний біль (30,08%), запаморочення (45,25%), відчуття тяжкості і/або біль в епігастральній області (40,92%) і правому підребер'ї (67,48%), диспепсичні прояви у вигляді нудоти (30,62%), зниження апетиту (44,72%), закрепи (24,66%), проноси (21,14%), метеоризм (41,19%). Прояви диспепсичного синдрому різного ступеня вираженості відзначалися у половини обстежених. У 46,61% хворих на токсокароз були скарги на кашель, частіше сухий. При об'єктивному обстеженні у 84,25% хворих відзначалася блідість шкірних покривів, у 14,36% – субіктеричність склер, у 44,72% хворих захворювання супроводжувалося різноманітного типу рецидивуючими висипами на шкірі. Елементи висипів мали макуло-папульозний характер і локалізувалися на тулубі або на тулубі та верхніх кінцівках одночасно. Підвищення температури тіла частіше спостерігалось у 55,28% хворих. При огляді у 196 (53,12%) дітей відзначався локальний біль у правому підребер'ї та/або в ділянці проекції жовчного міхура з іррадіацією в праве плече, шию, під лопатку і в поперекову ділянку. У 45,53% хворих обмежений біль при перкусії і пальпації визначався переважно в епігастральній ділянці, рідше (22,49%) – навколо пупка. Наліт на слизовій язика зустрічався у 33,88% хворих. При пальпації в правому підребер'ї печінка визначалася біля краю реберної дуги у 29,27% хворих, а у 70,73% нижній край печінки виступав з-під краю реберної дуги на 2-3 см. При ультразвуковому дослідженні органів черевної порожнини у 61,3% хворих зі скаргами на біль у правому підребер'ї виявлені ознаки хронічного холециститу, у 42,9% хворих – гепатохолециститу, холецистопанкреатиту, гепатиту. У 20 (5,42%) хворих виявлена спленомегалія і в одного – ознаки гастроудоденіту. Легеневий синдром відмічався у 48,27% хворих. На фоні субфебрильної температури, рідше фебрильної, у хворих відмічались кашель, ядуха, біль у грудній клітці. Рентгенологічно у 50,94% хворих визначалося посилення легеневого рисунка за рахунок периваскулярних і перибронхіальних ущільнень, інфільтративні зміни. Гепатобіліарний синдром виявлений у 69,34% хворих на токсокароз. У 72,37% хворих спостерігалися неврологічні порушення різного ступеня вираженості, які клінічно проявлялися у вигляді головного болю, що виникав частіше до кінця дня і/або після перенапруження, підвищеної втомлюваності й дратівливості. У 41,7% хворих виявлено синдром вегетосудинної дистонії. Зміни в емоційній сфері виявлялися в різній формі неврастенічного синдрому (астено-депресивного, астено-фобічного, астено-іпохондричного), а також істеричним синдромом і невротичними реакціями.

Серед клініко-лабораторних показників у хворих на токсокароз найчастіше відзначалися еозинофілія (100%), лейкоцитоз (80,30-93,33%), прискорена ШОЕ (90,37-96,70%), анемія (80,51-87,88%), гіпергаммаглобулінемія (93,50-100,00%), гіпоальбумінемія (76,62-97,04%).

Порівняльний аналіз частоти основних клінічних проявів та результатів обстеження дітей з токсокарозом і без токсокарозу показав, що зміни клініко-лабораторних показників у хворих на токсокароз



різноманітні і неспецифічні, що узгоджується з літературними даними. Еозинофілія, лейкоцитоз, гіпергаммаглобулінемія, гіпоальбумінемія, поєднані з легеневим синдромом, вираженою лімфаденопатією на тлі рецидивуючої гарячки значно частіше ( $P<0,01$ ) спостерігаються у дітей з токсокарозом, ніж без нього. Щодо частоти абдомінального та гепатобіліарного синдромів, шкірних проявів і неврологічних порушень, а також анемії і прискореної ШОЕ, то у дітей з токсокарозом ці показники зустрічаються в 1,2-1,3 рази частіше, але достовірної різниці не спостерігається ( $P>0,5$ ). У подальших дослідженнях варто враховувати величину цих показників при проведенні диференціальної діагностики з іншими паразитарними інвазіями.

**Карвацька Ю.П.**

#### **СТАН ПОКАЗНИКІВ СИСТЕМНОГО ІМУНІТЕТУ ТА КИШКОВОГО БІОЦЕНОЗУ У ХВОРИХ НА ВУЛЬГАРНІ ВУГРИ – МЕШКАНЦІВ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ**

*Кафедра дерматовенерології  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Вивчення патогенетичних чинників вульгарних вугрів (*Acne vulgaris*) з метою удосконалення методів їх лікування та профілактики є однією з актуальних проблем сучасної дерматології. Актуальність вульгарних вугрів визначає значна поширеність даного дерматозу, локалізація вугрової висипки на відкритих ділянках шкіри та хронічний перебіг дерматозу з частими рецидивами, нерідко з формуванням глибоких елементів висипки та пост-акне, що значно знижує їх працездатність, соціальну активність та якість життя пацієнтів. Все це обґрунтовує актуальність наукових досліджень з уточнення механізмів розвитку й перебігу вульгарних вугрів з метою оптимізації лікування та профілактики даного дерматозу.

Як засвідчують сучасні наукові дослідження, патогенез вульгарних вугрів є складним, багаточинним, в основі якого є гіперпродукція шкірного сала, а також розвиток запалення сально-волосяного апарату внаслідок активації мікрофлори шкіри (*Propionibacterium acnes*, *Staphylococcus epidermidis* та ін.) на тлі вторинного імунодефіцитного стану, чому можуть сприяти хронічні вогнища інфекції в організмі пацієнтів, зокрема зміни біоценозу кишківника. Все це визначає актуальність встановлення можливої взаємозалежності між ступенем порушень кишкового біоценозу та характером змін показників системного імунітету у хворих на вульгарні вугри з метою уточнення патогенетичних ланок та удосконалення лікування даного дерматозу.

Метою роботи було визначити показники системного імунітету у хворих на вульгарні вугри із супутніми змінами біоценозу порожнини товстої кишки мешканців Чернівецької області.

Під спостереженням перебували 65 хворих на вульгарні вугри (37 осіб чоловічої та 28 – жіночої статі) віком від 18 до 25 років, які проживають на території Чернівецької області. У всіх обстежених осіб дерматоз мав хронічний перебіг з тривалістю від 6 місяців до 11 років. Згідно критеріїв тяжкості вульгарних вугрів, у 20 (30,8%) пацієнтів діагностовано легку, у 24 (36,9%) – середньотяжку та у 21 (32,3%) – тяжку ступінь клінічних проявів дерматозу. Групу контролю склали 35 практично здорових осіб (донорів) подібного віку.

Для оцінки стану показників клітинної ланки системного імунітету у хворих на вульгарні вугри визначали: кількість загальних і активних Т-лімфоцитів, їх субпопуляції, імунорегуляторний індекс. Якісний та кількісний склад мікробіоти порожнини товстої кишки досліджували бактеріологічним методом, ступінь порушення мікробіоценозу оцінювали за відомими критеріями. Статистичну обробку результатів досліджень здійснювали методами статистичного аналізу з використанням комп'ютерної програми Statistica 6.0, за вірогідну брали різницю середніх при  $p<0,05$ .

Встановлено, що у хворих на вульгарні вугри з наявністю I-го ступеня змін кишкового біоценозу є лише помірне порівняно з показниками осіб контрольної групи зменшення відносної кількості Т-лімфоцитів активних (на 9,7%,  $p<0,05$ ). В обстежених пацієнтів з проявами II-го ступеня дисбіозу товстої кишки виявлено вірогідне зменшення кількості загальних Т-лімфоцитів та Т-хелперної субпопуляції лімфоцитів як порівняно з показниками осіб контрольної групи (відповідно: на 18,4% та 23,3%,  $p<0,001$ ), так і хворими на вульгарні вугри з I-им ступенем дисбіозу товстої кишки (відповідно: на 13,7% та 16,4%,  $p<0,05$ ). Також у пацієнтів із дисбіозом II-го ступеня встановлено вірогідне порівняно з показниками осіб контрольної групи зменшення відносної кількості Т-лімфоцитів активних (на 16,7%,  $p<0,05$ ).

У хворих на вульгарні вугри з наявністю III-го ступеня дисбіозу товстої кишки встановлено вірогідне зменшення відносної кількості загальних та Т-лімфоцитів та Т-лімфоцитів активних як порівняно з показниками осіб контрольної групи (відповідно: на 19,3% та 26,4%,  $p<0,001$ ), так і хворими на вульгарні вугри з I-им ступенем дисбіозу товстої кишки (відповідно: на 14,6%,  $p<0,05$  та 26,4%,  $p<0,01$ ). Також у пацієнтів із дисбіозом III-го ступеня встановлено вірогідне порівняно з показниками осіб контрольної групи зменшення відносної кількості Т-хелперної та Т-супресорної субпопуляції лімфоцитів (на 22,6%,  $p<0,01$  та 16,6%,  $p<0,05$ ).

Найбільш істотні зміни досліджуваних показників системного імунітету встановлено у хворих на вульгарні вугри з наявністю дисбіозу товстої кишки IV ступеня: вірогідне зменшення кількості загальних Т-лімфоцитів та Т-лімфоцитів активних як відносно показників осіб контрольної групи (відповідно на: 27,0% та 34,7%,  $p<0,001$ ), так і відносно цих показників у хворих на вульгарні вугри з дисбактеріозом I-го ступеня (відповідно на: 22,8% і 27,7%,  $p<0,001$ ). У таких пацієнтів також визначено зміни імунорегуляторного індексу – зменшення порівняно з його значенням в осіб контрольної групи та у хворих на вульгарні вугри з дисбактеріозом I-го ступеня (відповідно на: 29,8%,  $p<0,01$  та 28,1%,  $p<0,05$ ). Слід зазначити, що у хворих на



вульгарні вугри із супутнім дисбіозом товстої кишки IV ступеня виявлено вірогідне зменшення відносно кількості Т-хелперної субпопуляції лімфоцитів не лише порівняно з показником осіб контрольної групи (на 39,8%,  $p < 0,001$ ), але й з аналогічним показником у пацієнтів зі змінами кишкового біоценозу I-го, II-го та III-го ступенів (відповідно: на 34,4%,  $p < 0,001$ , на 21,5% та 22,2%,  $p < 0,05$ ). За наявності у хворих на вульгарні вугри супутнього дисбіозу товстої кишки IV ступеня також встановлено вірогідне зменшення відносно осіб контрольної групи зменшення кількості Т-супресорної субпопуляції лімфоцитів (на 15,4%,  $p < 0,05$ ).

Таким чином, у хворих на вульгарні вугри – мешканців Чернівецької області встановлено наявність диференційованих змін показників системного імунітету, які перебувають у взаємозалежності зі ступенем супутнього дисбіозу вмісту порожнини товстої кишки, що обґрунтовує диференційоване призначення таким пацієнтам імунокоригуючих засобів та мультипробіотиків.

**Мироник О.В., Давиденко О.М.**

**ПОРІВНЯЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ СЕПТОЛЕТЕ ТА СЕПТЕФРІЛУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ВІРУСНІ ІНФЕКЦІЇ**

*Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Відомо, що в світі щорічно реєструється близько 1 млрд. випадків гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ) які наносять населенню та країні значного економічного збитку. В зв'язку з цим ведеться постійний пошук нових засобів та методів профілактики і лікування ГРВІ. Одним з клінічних проявів запального процесу верхніх дихальних шляхів є біль у горлі. Сучасна фармакологія пропонує широкий вибір препаратів різного походження з місцевою антисептичною, імуномодельюючою, антиоксидантною та анальгізуючою дією.

Обстежено 36 хворих із середньотяжким перебігом ГРВІ віком 18-32 років. Осіб чоловічої статі було 16, жіночої – 20. Пацієнти були розподілені на три групи: I група - налічувала 14 пацієнтів, друга – 12, контрольна - 10 осіб. Всі групи були рандомізовані за статевим-віковим складом і тяжкістю перебігу захворювання. Всі хворі отримували базисну терапію: амізон, аспірин, нафтизин, діазолін, аскорутин. Пацієнти I групи додатково отримували септолете по 1 пастильці 6 разів на добу, II групи – септефріль по 1 табл. 4 рази на добу. Всім пацієнтам проводились традиційні клінічні дослідження (скарги, анамнез, об'єктивне обстеження, загальноклінічні лабораторні та серологічні обстеження).

При госпіталізації пацієнти всіх груп скаржилися на загальну слабкість, головний біль, першіння та біль в горлі при ковтанні, сухість в роті, нежить, підвищення температури тіла. При дослідженні ротоглоткового секрету у пацієнтів всіх груп було встановлено підвищення вмісту нейтрофільних лейкоцитів до  $24,0 \pm 0,05$ , лімфоцитів до  $8,0 \pm 0,02$  та зниження епітеліоцитів до  $68,0 \pm 0,03$ . В процесі лікування пацієнти I групи відмічали суб'єктивне покращення (зникнення відчуття першіння та болю в горлі) вже з 1-го дня лікування, чого не спостерігалось серед хворих II та контрольної груп. Крім того, пацієнти I-ої групи відмічали усунення неприємного запаху із рота вже з перших днів лікування. Пацієнти I групи відмічали полегшення відходження слизового секрету з верхніх дихальних шляхів вже на 2-3 день лікування, чого не спостерігалось серед хворих інших груп. Ступінь вираженості сухості слизової оболонки носоглотки зменшувався в процесі лікування у хворих всіх груп. Однак слід відмітити, що серед пацієнтів які приймали септолете цей симптом зникав вже на 3-4-й день на відміну від хворих інших груп у яких дані явища зберігалися на 2-3 дні довше. При об'єктивному обстеженні хворих з ГРВІ вираженість гіперемії слизової оболонки ротоглотки стійко зменшувалася або була практично відсутня до 5-го дня лікування у пацієнтів контрольної групи, а в групах порівняння відповідно на 3-4-й день. При дослідженні вмісту формених елементів на 4-й день лікування було встановлено, що на фоні прийому септолете відбулося вірогідне зниження числа нейтрофільних лейкоцитів до  $13,0 \pm 0,2$  у ротоглотковому секреті, лімфоцитів до  $4,0 \pm 0,1$  і збільшення кількості епітеліальних клітин до  $79,0 \pm 0,4$ , чого не спостерігалось у пацієнтів інших груп.

Таким чином, отримані дані свідчать про позитивну динаміку клінічного перебігу ГРВІ на тлі призначення препаратів з місцевою антисептичною дією. Призначення в комплексному лікуванні хворих на ГРВІ септолете прискорює клінічне одужання, підсилює імунні механізми місцевого захисту слизової оболонки ротоглотки; швидше усуває больові симптоми.

**Підвербецька О.В.**

**СТАН КИШКОВОЇ ПРОНИКНОСТІ ПРИ ТУБЕРКУЛЬОЗІ ЛЕГЕНЬ З РІЗНИМ ПРОФІЛЕМ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ**

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

Метою дослідження було визначити стан проникності слизової оболонки тонкої кишки у хворих на чутливий та хіміорезистентний туберкульоз легень.

Обстежено 40 хворих на вперше діагностований туберкульоз легень (ВДТБ) зі збереженою чутливістю (група 1), 50 хворих на мультирезистентний туберкульоз легень (МРТБ) та 10 хворих на ТБ легень із



розширеною резистентністю (РРТБ) (група 2) та 30 практично здорових осіб у якості контрольної групи (група ПЗО), яким проводили лактулозно-манітоловий тест з метою визначення показника кишкової проникності (ПКП).

Результати дослідження показали, що у хворих на туберкульоз легень ПКП був вірогідно нижчим за значення групи ПЗО ( $p < 0,05$ ). Найменш вираженими були зміни у хворих на чутливий ВДТБ – ПКП у групі 1 становив  $7,78/3,86-12,53$  проти  $11,94/8,3-12,91$  у ПЗО ( $p = 0,038$ ). У хворих на МРТБ та РРТБ ПКП був вірогідно нижчим порівняно з чутливими випадками ВДТБ -  $4,27/1,50-10,29$  у групі 2 проти  $7,78/3,86-12,53$  у групі 1 ( $p = 0,015$ ). У групі 1 у 17,5 % хворих ПКП був у межах  $6,1-10,9$ , у 20 % випадків - від 3,1 до 6 та у 20 % пацієнтів - від 0 до 3, з них у 7,5 % ПКП був менше 1. У групі 2 ПКП від 6,1 до 10,9 зустрічався у 11,7% пацієнтів, ПКП від 3,1 до 6 - у 23,3 % групи 2, що не відрізнялось статистично від показників групи 1 ( $p > 0,05$ ). Виражене зменшення ПКП у групі 2 (в межах 0-3) спостерігалось удвічі частіше, ніж у групі 1 - у 41,7 % хворих ( $p < 0,05$ ), при чому у 16,7 % осіб групи 2 ПКП складав 0-1. У групі 2 ПКП у 1,5 рази рідше, ніж у групі 1, був у межах норми - у 23,3 % осіб, проте різниця не була вірогідною статистично ( $p > 0,05$ ).

Концентрація лактулози у сечі була хворих на ВДТБ була дещо нижчою, ніж у ПЗО, та становила  $2,17/1,44-2,78$  ммоль/л у групі 1 проти  $2,21/1,7-3,2$  ммоль/л у ПЗО ( $p > 0,05$ ). У групі 2 вміст лактулози був дещо нижчим, ніж у групі 1 ( $p > 0,05$ ), та вірогідно відрізнявся від показника ПЗО –  $1,73/1,14-2,42$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ).

Концентрація манітолу у сечі у пацієнтів обох основних груп була вірогідно нижчою, ніж у ПЗО ( $p < 0,05$ ). У групі 2 вміст манітолу був вірогідно меншим, ніж у групі 1, та становив  $2,17/0,92-4,26$  ммоль/л у групі 2 проти  $4,21/1,98-5,51$  ммоль/л у групі 1 ( $p < 0,05$ ).

Встановлено, що у хворих на туберкульоз легень показник кишкового всмоктування є нижчим порівняно з практично здоровими особами ( $p < 0,05$ ). Зміни у хворих на резистентні форми туберкульозу легень були вірогідно більш вираженими, ніж у хворих на хіміочутливі форми ( $p < 0,05$ ). Вміст лактулози у сечі хворих на вперше діагностований туберкульоз легень зі збереженою чутливістю не відрізнявся від показника практично здорових осіб ( $p > 0,05$ ), натомість у хворих на хіміорезистентний туберкульоз був вірогідно нижчим, ніж у контрольній групі, що свідчить про порушення параклітинного транспорту у тонкій кишці. Концентрація манітолу у сечі була вірогідно нижчою у хворих як на чутливий, так і на хіміорезистентний туберкульоз легень, порівняно з практично здоровими особами, що свідчить про зниження трансцелюлярного транспорту ентероцитів ( $p < 0,05$ ).

**Сем'янів І.О.**

**ОПТИМІЗАЦІЯ ПРОГРАМИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ІЗ СУПУТНІМ УРАЖЕННЯМ ГЕПАТО-ПАНКРЕАТО-БІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ**

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

Мета роботи полягала в удосконаленні комплексної програми протитуберкульозної терапії із застосуванням ін'єкційних форм ізоніазиду та рифампіцину у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень

Обстежено 60 хворих з вперше діагностованим чутливим туберкульозом (ВДТБ) легень які були розподілені на 2 групи. До першої групи увійшло 30 хворих на ВДТБ які отримували таблетовані протитуберкульозні препарати першого ряду в інтенсивну фазу хіміотерапії. Другу групу склали 30 хворих на ВДТБ які отримували ін'єкційні форми рифампіцину та ізоніазиду в інтенсивну фазу хіміотерапії. Чоловіків було 45 (75%), жінок – 15 (25%). Середній вік становив  $(39,6 \pm 1,3)$  роки.

Основним критерієм ефективності лікування хворих на туберкульоз згідно уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної та третинної медичної допомоги хворим на туберкульоз №620 є припинення бактеріовиділення. Після 60 доз інтенсивної фази усім хворим було проведено мікроскопічне дослідження мокротиння встановлено, що у гр. 1 після прийому 60 доз препаратів за загальноприйнятою схемою, бактеріовиділення припинилось у 36,7 % хворих, натомість, у пацієнтів які отримували ін'єкційні форми протитуберкульозних препаратів бактеріовиділення на 60 дозі ІФ припинилося у 60 % випадків ( $p < 0,05$ ). У 31 хворого рішенням центральної лікарської консультативної комісії (ЦЛКК) інтенсивну фазу було продовжено до 90 доз. Після проведення моніторингу мокротиння на 90 дозі, встановлено, що у 16,7 % випадків, у пацієнтів, які отримували стандартну схему лікування продовжилось бактеріовиділення, що вказує на недостатню ефективність перорального шляху введення протитуберкульозних препаратів. У хворих 2-ї групи після 90 доз у інтенсивну фазу спостерігається значно краща динаміка показників, бактеріовиділення продовжилось лише у 3,3% пацієнтів.

У гр.1 3,3% пацієнтів констатовано неефективне лікування на 90 дозі інтенсивної фази та рекомендовано перевід у 2-гу категорію лікування, оскільки не відмічалось зменшення масивності бактеріовиділення. У 16,7% випадках, за рішенням ЦЛКК, інтенсивну фазу продовжено до 120 доз. Після мікроскопії мокротиння на 120 дозі, 10% хворих 1-ї групи були переведені у підтримуючу фазу хіміотерапії та у 3,3%, за рішенням ЦЛКК, встановлено діагноз неефективного лікування та переведено у 2-гу категорію