

**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



Корені втрачають структурність, зовнішні (наріжні) їх обриси бугристі. Приблизно у 5-8% випадків спостерігається однобічне збільшення лімфовузлів, що нерідко призводить до діагностичних помилок. Частково, цей факт пояснюється тим, що лівий корінь прикритий тінню серця і, тому, незначні зміни лімфовузлів цієї локалізації залишаються непоміченими.

Рентгенологічний симптомокомплекс дисемінації при С характеризується наявністю у легеневій тканині розсіяних множинних вогнищ, розміром від 2 мм до 1 см, які виявляються у 80% хворих на саркоїдоз. Вогнища займають, головним чином, ділянку середніх і верхніх відділів легень. Сітчасто-сотова (стільникова, коміркова) і петлиста деформація легеневого малюнка зумовлена інфільтрацією інтерстиційних структур. Лімфовузли збільшені у 10-60% хворих. Переважно інтерстиційний тип змін при С характеризується появою, поряд з дрібносітчастою деформацією легеневого рисунка, тяжистих тіней перибронховаскулярних і септальних ущільнень. Розвивається як дифузна фіброзна трансформація плеври, так і легеневої тканини, зі зменшенням її об'єму, з'являються паренхіматозно-інтерстиційні зміни дистрофічного характеру з утворенням кист у субплевральних відділах і тракійних бронхоектазіях. Усе це призводить до деформації і порушення топографії коренів легень. Паренхіматозний рентгенологічний варіант С зумовлений наявністю ділянок інфільтрації і гіповентиляції легеневої тканини. При цьому на перший план виступає інфільтративний компонент, який визначається у 25-50% хворих. Інфільтрати часто мають двобічну симетричну локалізацію, розташовуються у центральних відділах верхніх долей легень (задніх і верхівкових сегментах), можуть зливатися з ділянкою коренів легень і частково або повністю перекривати легеневий малюнок.

Отже, для виявлення саркоїдозу є необхідною інтенсивна променева діагностика у добре обладнаних діагностичних центрах, а далі – у 90% випадків такі хворі підлягають амбулаторному спостереженню і, при необхідності, лікуванню у лікаря загальної практики сімейної медицини.

**Тодоріко Л.Д.**

#### **СУЧАСНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ РЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ: РОЛЬ СУПУТНОЇ ПАТОЛОГІЇ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ**

*Кафедра фтизіатрії та пульмонології*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Останніми роками суттєво зростає поширеність поліморбідної соматичної патології у фтизіатричній практиці. Це створює певні труднощі щодо призначення лікування, потребує строго індивідуального підходу у виборі препаратів з урахуванням ймовірностей розвитку побічних ефектів та несприятливих взаємодій з іншими лікарськими препаратами.

Супутні захворювання органів травлення зустрічаються у 6–38% хворих на туберкульоз легень і є важливою проблемою фтизіатрії, оскільки така коморбідність змінює протікання захворювання, прогноз, ефективність лікування і змушує вносити суттєві корективи до програми стандартної хіміотерапії та інших методів комплексного лікування.

Метою дослідження була оцінка характеру порушень органів системи травлення і поширеності токсичних гепатитів у хворих на хіміорезистентний туберкульоз легень та оптимізувати програму комплексного лікування.

Факторами ризику токсичного ураження печінки при прийомі ПТП у хворих з хіміорезистентністю є: вік старше 60 років; концентрація альбуміну в сироватці крові менше 35 г/л; жіноча стать; збільшення показників білірубіну та раніше діагностовані хронічні захворювання печінки; позитивний тест на HBsAg; використання значної кількості препаратів відповідно до стандарту, у т.ч. і з включенням піразинаміду; зловживання алкоголем. У період захворювання активним, токсичним гепатиту (3 тижні) хіміотерапію не проводили. Призначали діету №5, метаболічні, дезінтоксикаційні препарати (у т.ч. глутаргін, тівортин, ентеросорбенти). Після лікування токсичного гепатиту продовжували хіміотерапію двома менш гепатотоксичними препаратами на тлі призначення гепатопротекторів, вітамінотерапії. Серед хворих на хіміорезистентний туберкульоз легень у 62,5% була виявлена патологія шлунково-кишкового тракту (підтверджена ГДФСК). Установлено, що гастроудоденіт зустрічається у 50% хворих на хіміорезистентний туберкульоз легень; виразкова хвороба у 35%, гастрит у 15%.

Отже, удосконалення стандартного лікування в інтенсивну фазу хіміотерапії із урахуванням патогенетичних особливостей формування синдрому системної запальної відповіді та наявності супутньої патології травної системи при хіміорезистентному туберкульозі легень дозволить зменшити відсоток формування несприятливих лікування (3%), рецидивів (3%), ризику розвитку мультирезистентності (5%).

**Чоботар А.О.**

#### **ПОКАЗНИКИ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ**

*Кафедра фтизіатрії та пульмонології*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Метою дослідження було виявити зміни показників ендогенної інтоксикації (ЕІ) при вперше діагностованому туберкульозі легень залежно від функціонального стану щитоподібної залози.



Ступінь ЕІ оцінювали згідно розрахунку лейкоцитарних індексів інтоксикації за формулами: лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) модифікований за В.К. Островським (ЛІІм), індекс Кребса (ІК), індекс зсуву лейкоцитів (ІЗЛ), індекс співвідношення лейкоцитів і ШОЕ (ЛШОЕ), ядерний індекс ендотоксикозу (ЯІЕ). До групи І (45 чол.) увійшли пацієнти із туберкульозом легень та збереженою чутливістю до протитуберкульозних препаратів, які залежно від тиреоїдного гомеостазу були розподілені на групи: ІА (25 чол.) – без порушення тиреоїдного гомеостазу та ІБ (17 чол.) – пацієнти з порушенням тиреоїдного гомеостазу (високий рівень вТ<sub>3</sub>, низький рівень вТ<sub>4</sub> та ТТГ). Групу ПЗО становили 20 осіб.

Показники ЛІІ в модифікації Островського у гр.ІА та ІБ перевищували норму у 1,54 та 1,52 рази (р<0,05), в групах ІА та ІБ показники вірогідно між собою не відрізнялись (р>0,05).

У групах ІА, ІБ, встановлено легкий ступінь ЕІ, що свідчить про виснаження захисних сил організму на фоні порушення тиреоїдного гомеостазу. ЛІІ Кребса у гр.ІА та ІБ перевищував норму у 2,1 та 1,9 рази (р<0,05), вірогідної різниці показників у групах не встановлено.

У пацієнтів даних груп встановлено середній ступінь ЕІ. ІЗЛ у групах ІА та ІБ був вищим ніж аналогічний показник у нормі у 1,4 та 1,5 рази (р<0,05). Значне зростання цього показника, свідчить про виражену активність запального процесу.

Показник ЛШОЕ в групах ІА та ІБ вірогідно перевищував норму у 1,7 та 1,4 рази (р<0,05). Значне зростання показника у даних групах, ймовірно, вказує на наявність аутоімунних процесів у пацієнтів. ЯІЕ в групах ІА та ІБ був вищим за показник норми у 5,7 та 4,3 рази (р<0,05). У пацієнтів даних груп встановлено середній ступінь ендогенної інтоксикації.

Отже, у пацієнтів хворих на туберкульоз легень з нормальною функціональною активністю щитоподібної залози та порушенням тиреоїдного гомеостазу спостерігається зростання показників ендогенної інтоксикації, а саме: ЛІІм., ІК, ІЗЛ, які вірогідно між собою не відрізняються у даних групах. Вірогідне зростання (р<0,05) ЛШОЕ у гр.ІА відносно гр.ІБ вказує на наявність аутоімунного процесу у даній когорти пацієнтів. ЯІЕ у гр.ІАтакож вірогідно перевищує такий у гр.ІБ та вказує на наявність середнього ступеню ЕІ.

**Шаповалов В.П.**

#### **ПРОФІЛЬ РЕЗИСТЕНТНОСТІ МІКОБАКТЕРІЙ ТУБЕРКУЛЬОЗУ, ВИДІЛЕНИХ ВІД ХВОРИХ НА РИФАМПІЦИН-РЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЗА GENEXPERT MBT/RIF**

*Кафедра фтизіатрії та пульмонології*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

В Україні спостерігається щорічне зростання кількості хворих на резистентні форми туберкульозу (ТБ) легень. Така форма ТБ характеризується більш агресивним перебігом захворювання та низькою ефективністю лікування. На сьогодні практично в усіх областях України застосовується молекулярно-генетичний метод (МГМ) діагностики ТБ GeneXpert MBT/Rif, який дозволяє виявити резистентність до рифампіцину, тобто встановити діагноз рифампіцин-резистентного ТБ (РифТБ).

Метою дослідження було встановлення профілю резистентності мікобактерій туберкульозу, виділених від хворих на РифТБ.

Проведено аналіз результатів бактеріологічного дослідження харкотиння (на твердих та/або рідких живильних середовищах) хворих на туберкульоз легень з позитивним результатом МГМ та виявленою резистентністю до рифампіцину. Ретроспективно проаналізовано 40 історій хвороб: 20 історій хвороб хворих на вперше діагностований туберкульоз легень (група 1) та 20 – хворих на рецидив туберкульозу (група 2).

Установлено, що після отримання тесту медикаментозної чутливості у хворих групи 1 монорезистентність до рифампіцину було виявлено лише у 4 хворих (20%).

Найчастіше кінцевим діагнозом виявився мультирезистентний ТБ (МРТБ) – у 11 хворих (55%), при чому у 2 хворих було встановлено резистентність до HR, у 2 – до HRE, у 1 – до HRS, у 5 випадках – до 4-5 протитуберкульозних препаратів (ПТП) І ряду, серед яких у 2 хворих додатково було виявлено стійкість до ПТП ІІ ряду (у 1 хворого ТБ із розширеною резистентністю (РРТБ)).

Полірезистентність виявлено лише у 2 хворих (10%) – стійкість до RE і RS. У групі 2 у 100 % випадків було виявлено стійкість до ізоніазиду та рифампіцину одночасно, при чому резистентність до 3 ПТП – у 2 хворих (10%), до 4 ПТП – у 4 хворих (20%). У 70% випадків (14 хворих) було виявлено стійкість до усіх ПТП І ряду, серед них у 2 хворих встановлено РРТБ та у 3 хворих – стійкість до аміноглікозидів.

Таким чином, хворих із повторними випадками лікування вірогідно частіше зустрічається резистентність до чотирьох та більше протитуберкульозних препаратів І ряду, ніж у хворих на вперше діагностований туберкульоз. У переважній більшості хворих на туберкульоз, у яких виявлено резистентність до рифампіцину за допомогою молекулярно-генетичного методу, у подальшому встановлюється діагноз мультирезистентного туберкульозу або туберкульозу із розширеною резистентністю, тому обґрунтованим є призначення таким пацієнтам режиму лікування за 4 категорією.