Львівська
медична
спільнота

МІЖНАРОДНА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ

«ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ»

м. Львів, 21–22 вересня 2012

ЛЬВІВ 2012

ЗМІСТ

НАПРЯМ 1. КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА 5
БЄЛІКОВА Н. І. 5
ОЦІНКА ПОПЕРЕДНЬО ВИГОТОВЛЕНИХ ШИНУЮЧИХ КОНСТРУКЦІЙ ДЛЯ СТАБІЛІЗАЦІЇ ФРОНТАЛЬНИХ ЗУБІВ
БОДНАР Г. Б. 9
АСПЕКТИ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ПРИ СУПУТНІЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНІЙ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ ІЗ ВРОДЖЕНОЮ АНОМАЛІЄЮ ТОВСТОЇ КИШКИ
БОДНАРЮК О. І., АНДРІЄЦЬ О. А., ГУМЕННА К. Ю. 11
ДЕЯКІ ІМУНОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ САЛЬПІНГООФОРИТУ У ДІВЧАТОК ПУБЕРТАТНОГО ВІКУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД УСКЛАДНЕННЯ УРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ЗАПАЛЬНОГО ГЕНЕЗУ
ЗОРІЙ І. А. 14
ЕЛЕКТОРНЕЙРОМІОГРАФІЧНІ ПОКАЗНИКИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЕРИФЕРИЧНИХ НЕРВІВ НИЖНІХ КІНЦІВОК У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТИПУ 2
ЛЕВАНДОВСЬКИЙ Р. А. 16
ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ОРТОПЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ДОПОМОГОЮ ДЕНТАЛЬНИХ ІМПЛАНТАТІВ З ЛОКАЛІЗАЦІЄЮ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН В ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВІЙ ДІЛЯНЦІ, ЗОКРЕМА НА ВЕРХНІЙ ЩЕЛЕПІ
ОРТЕМЕНКА Є. П., КРЕЦУ Н. М., СКУЛЯК А. В. 21
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ НАПАДНОГО ПЕРІОДУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ШКОЛЯРІВ ЗА РІЗНИХ ЗАПАЛЬНИХ ФЕНОТИПІВ ЗАХВОРЮВАННЯ
ВОЛОВАР О. С., ПАЛИВОДА Р. С. 23
ТРАНСПЛАНТАТИ-ЗАМІННИКИ ДИСКУ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ В ХІРУРГІЇ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА
ПІДВЕРБЕЦЬКА О. В., ТОДОРІКО Л. Д., СТЕПАНЕНКО В. О. 25
ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ІНТОКСИКАЦІЙНОГО ТА БРОНХОЛЕГЕНЕВОГО СИНДРОМІВ У ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ТА ВІЛ-НЕГАТИВНИХ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ
РАСПУТІНА Л. В. 27
ВПЛИВ БАЗОВОЇ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ З ПОЄДНАННЯМ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ
СЕМ'ЯНІВ І. О., СЛИВКАВ. І., ГЕРМАН А. О. 30
ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ У ПОЄДНАННІ З БРОНХООБСТРУКТИВНИМ СИНДРОМОМ
ТИТКОВА А. В. 32
СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О МЕХАНИЗМАХ РАЗВИТИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ
ФОРМАЗЮК Т. В., ПРИЙМАК С. Г. 35
СТРУКТУРА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ
ХАРКОВЛЮК-БАЛАКІНА Н. В. 37
ІНФОРМАЦІЙНИЙ ПІДХІД ДО ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОЇ ОЦІНКИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ ЛЮДИНИ В УМОВАХ ВІКОВОЇ ІНВОЛЮЦІЇ
НАПРЯМ 2. ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА 41
КОНОН А. Д., СОФІЛКАНИЧ А. П., ПОКОРА Х.А., ЧЕБОТАРЬОВА К. В., АНТОНЮК С. О., ПИРОГ Т. П. 41
ПОВЕРХНЕВО-АКТИВНІ РЕЧОВИНИ ACINETOBACTER CALCOACETICUS IMB B–7241 І RHODOCOCCUS ERYTHROPOLIS IMB AC-5017 ЯК АНТИМІКРОБНІ ПРЕПАРАТИ
ПОТАПЧУК А. М., РОГАЧ Р. В., ЛЕСІВ Р. А., СТУПНИЦЬКИЙ Р. М., ЩЕБИНСЬКИЙ В. Я., ОДАЙНИК І. В. 45
ВИКОРИСТАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ХАРЧОВИХ ПРОДУКТІВ "ДЕНТЕСВІТА" ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ОСНОВНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ
ЄЩЕНКО О. І. 47
ХАРАКТЕРИСТИКА ДІЯЛЬНОСТІ ТА СТАНУ ЗДОРОВ'Я РАДІОТЕЛЕГРАФІСТІВ

7. Surgery and Alloplast Materials, Part II. Joint Replacement Surgery, 2011, March 21. TMJ Surgeon.com.

8. Farrar, W. B. and McCarty, W. L., Jr.: The TMJ dilemma. Journal of Alabama Dental Association, 1979,63.

9. Westermark, A., Leiggener, Aagaard, and Lindskog:"Histological findings in soft tissues around temporomandibular joint prostheses after up to eight years of function", International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 2011, 41(1): 18-25.

Підвербецька О. В.
д. мед. н., магістрант кафедри фтизіатрії та пульмонології
Тодоріко Л. Д.
к. мед. н., завідувач кафедри фтизіатрії та пульмонології
Степаненко В. О.
асистент кафедри фтизіатрії та пульмонології
Буковинського державного медичного університету
м. Чернівці, Україна

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ІНТОКСИКАЦІЙНОГО ТА БРОНХОЛЕГЕНЕВОГО СИНДРОМІВ У ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ТА ВІЛ-НЕГАТИВНИХ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

На сьогодні актуальною проблемою фтизіатрії є ВІЛ-асоційований туберкульоз (ВІЛ/ТБ) [1, с. 35-39, 2, с. 32-34]. Щорічно спостерігається невпинне зростання кількості нових випадків поєднаної патології [5, с. 18-23]. Протягом останніх трьох років захворюваність на ко-інфекцію в Україні зросла в 1,78 разів. Згідно даних літератури клінічна картина туберкульозу у ВІЛ-інфікованих пацієнтів залежить від кількості $CD4^+$ лімфоцитів [3, с. 90-98] та обумовлює труднощі в діагностиці ТБ, особливо на пізніх стадіях ВІЛ-інфекції [4, с. 194-197].

Нами було обстежено 26 хворих. Хворі були розподілені на 2 групи: до першої групи було віднесено 13 хворих на ко-інфекцію ВІЛ-інфекція/туберкульоз (ВІЛ/ТБ), до другої групи – 13 ВІЛ-негативних хворих на туберкульоз.

Середній вік хворих першої групи склав 36 років (від 27 до 49 років), переважну кількість хворих склали чоловіки – 85 % (11 хворих), жінки – 15 % (2 хворих). У другій групі середній вік склав 41 рік (від 18 до 60 років). Як і в першій групі, за гендерною характеристикою переважали чоловіки – 92 % (12 осіб), жінки – 8 % (1 особа).

У ході дослідження в першій групі нами було встановлено наступні типи туберкульозного процесу: вперше діагностований туберкульоз – у 46 % хворих, рецидив туберкульозу – у 23 % хворих, хронічний туберкульоз – у

31 % хворих. В другій групі у 69 % хворих було діагностовано вперше діагностований ТБ, у 8 % хворого – рецидив ТБ, у 23 % хворих – хронічні форми ТБ. У 23 % пацієнтів в ході дослідження була встановлена мультирезистентність.

За клінічними формами хворі розподілились наступним чином: серед хворих першої групи переважали дисеміновані форми ТБ – 54 % хворих з дисемінованим ТБ легень, серед яких у 8% було поєднання легеневого та позалегеневого ТБ, вогнищевий туберкульоз було встановлено у 15 % хворих, інфільтративний – у 8 % хворих, циротичний ТБ – також у 8 % хворих та позалегеневі форми ТБ – у 15 % хворих. Серед позалегеневих форм в усіх випадках було встановлено ТБ лімфатичних вузлів. Як і у першій групі, у пацієнтів другої групи переважав дисемінований ТБ легень – 54 % хворих (у 8 % хворих поряд з ураженням легень було виявлено туберкульозний плеврит), у 15 % хворих було встановлено діагноз вогнищевого ТБ, у 23 % хворих – інфільтративна форма та у 8 % – циротична. Таким чином, вагомих відмінностей за типом ТБ процесу та клінічними формами в обстежуваних групах пацієнтів нами не було встановлено.

Для оцінки інтоксикаційного синдрому (ІС) була розроблена 4-бальна шкала, яка включала такі параметри, як температура тіла, вираженість загальної слабкості, втрата ваги, апетит, частоту серцевих скорочень та артеріальний тиск. За даною шкалою серед хворих першої групи інтоксикаційний синдром визначався у 100 % обстежуваних: у 38 % хворих ІС був легкого ступеню важкості, у 15 % хворих – середнього ступеню та у 46 % хворих визначався важкий ІС. Було встановлено зворотній кореляційний зв'язок ($r=-0,74$; $p<0,01$) між рівнем CD4+-лімфоцитів та вираженістю інтоксикаційного синдрому. Результати аналізу показали, що у пацієнтів з рівнем CD4+ більше 500 клітин/мл ІС був виражений незначно (середня температура тіла цих пацієнтів – 37,4 ° С) порівняно з пацієнтами, у яких рівень CD4+ був менше 350 клітин/мл (середня температура тіла – 38,6 ° С). У хворих другої групи у 38 % пацієнтів ІС був відсутнім, у 46 % – легкого ступеня важкості та у 15 % хворих – середнього. Бронхолегеневий синдром (БС) оцінювався за розробленою нами 3-х-бальною шкалою за вираженістю кашлю, задишки, болю в грудній клітці та кровохаркання чи легеневої кровотечі. У першій групі бронхолегеневий синдром оцінювався лише у хворих з легеневими формами ТБ: у 77 % осіб БС був незначно вираженим та у 8 % – відсутнім. Встановлено, що чим нижчими виявилися показники CD4+, тим менш вираженими були прояви БС, що вірогідно підтверджено наявністю позитивного кореляційного зв'язку між цими двома факторами ($r=0,7$; $p<0,01$). У другій групі у 15 % хворих БС був відсутнім, у 15 % – незначно вираженим, у 54 % хворих – помірним та у 15 % хворих – значно вираженим.

Таким чином, у хворих на ко-інфекцію вірогідно домінує інтоксикаційний синдром, вираженість якого залежить від ступеню імунодефіциту, що підтверджується наявністю щільного негативного кореляційного зв'язку ($r=-$

0,74; p<0,01). Наявність сильного позитивного кореляційного зв'язку (r=0,7; p<0,01) підтверджує, що чим нижчий рівень CD4+, тим менш виражені прояви бронхолегеневого синдрому у пацієнтів з ко-інфекцією.

Література:

1. ВИЧ-инфекция и туберкулез: масштабы проблемы в Харьковской области / О. С. Шевченко, С. Л. Матвеева, Т. В. Сенчева [и др.] // Туберкульоз. Легеневі хвороби. ВІЛ-інфекція. – 2011. – №1. – С. 35-39.

2. Процюк Р. Г. Особливості перебігу туберкульозу у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД / Р. Г. Процюк // Вісн. Наук. досліджень. – 2005. – №3. – С. 32-34.

3. Тодоріко Л.Д. Дослідження поширеності та клінічно-імунологічних особливостей співіснування туберкульозу та ВІЛ/СНІД на Буковині / Л.Д. Тодоріко, О.В. Підвербецька, А.В. Бойко // Туберкульоз. Легеневі хвороби. ВІЛ-інфекція. – 2012. – №2. – С.90-98.

4. Тодоріко Л.Д. Поширеність та клінічно-патоморфологічні особливості туберкульозу у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД в Чернівецькій області / Л.Д. Тодоріко, О.В. Підвербецька // Буковинський медичний вісник. – 2012. – №2. – С.194-197.

5. Черенько С. О. Проблеми ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ в Україні / С. О. Черенько, Л. В. Щербакова / Туберкульоз. Легеневі хвороби. ВІЛ-інфекція. – 2010. – №1. – С. 18-23.

Распутіна Л. В.
к. мед. н., доцент
Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

ВПЛИВ БАЗОВОЇ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ З ПОЄДНАННЯМ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ

Лікування хворого з коморбідною патологією, особливо при поєднанні декількох клінічно значимих захворювань, що мають вплив на прогноз, повинно включати застосування базової терапії [3, с.629-633]. У випадку поєднання хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) та гіпертонічної хвороби (ГХ), стримуючим фактором адекватного лікування, є вплив терапії ХОЗЛ на стан серцево-судинної системи з однієї сторони та вплив антигіпертензивної терапії на бронхіальну прохідність [1, с.27-31]. Оцінка ефективності антигіпертензивної терапії з урахуванням, як основних