

латорних хворих, котрим була встановлена МРТБ протягом 2010–2012 років. Серед них переважали чоловіки, жителі міста в віці від 31 до 60 років.

Щорічно реєстрували від 112 до 92 хворих на МРТБ, в тому числі з новими випадками 19–24, з рецидивами — по 25, з повторним лікуванням — 43–62 особи.

При цьому встановили, що кількість хворих на МРТБ серед нових випадків збільшилась і відповідно питома вага їх зростає з 2,7 % до 3,5 % в 2012 році.

Незважаючи на те, що абсолютна кількість хворих на МРТБ серед рецидивів туберкульозу залишається стабільною, однак їх питома вага знизилась з 23,0 % в 2010 році до 18,0 % в 2012 році.

Кількість та питома вага хворих з повторним лікуванням в регіоні теж знизилась з 20,5 % в 2010 році до 18,7 % в 2012 році.

Кількість хворих з перерваним лікуванням не має тенденції до зростання і щорічно не перевищувала 1 — 3 випадки.

Таким чином, в Хмельницькому регіоні в 2012 році мали МРТБ 3,5 % хворих із новими випадками та 36,7 % — раніше лікованих.

Такий аналіз дав змогу визначити не тільки поширеність МРТБ в регіоні в залежності від давності захворювання, але й напрямити шляхи, направлені на зменшення його розповсюженості, особливо за рахунок покращення медико — соціального супроводу хворих та підвищення якості їх контрольованого лікування.

А. Є. Богомолов, М. А. Тхоровський, С. В. Любасюк

МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ШКІРНОГО ТЕСТУВАННЯ З УМОВНО-ПАТОГЕННИМИ ГРИБАМИ ДЛЯ ОЦІНКИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ КЛІТИНОЇ ЛАНКИ ІМУННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

*Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
Вінницький обласний клінічний протитуберкульозний диспансер №1*

Туберкульоз визнаний ВООЗ глобальною проблемою, яка завдає більшості країн світу колосальних соціально-економічних збитків. У розвитку туберкульозного запалення велику роль відіграють імунопатологічні процеси. Антимікобактеріальна терапія при туберкульозі не стимулює захисні сили організму й не може в усіх випадках зумовити повне одужання хворих. Тому в значній частині з них відбувається поглиблення вторинного імунodefіцитного стану, що зумовлює погіршення клінічної картини захворювання, сприяє хронізації патологічного процесу, виникненню резистентності мікобактерій туберкульозу до антимікобактеріальних препаратів.

Метою дослідження було удосконалити діагностику порушень клітинної ланки імунітету в хворих на туберкульоз шляхом застосування внутрішньо шкірного мультитестування з антигенами умовно-патогенних грибів *Alternaria alternata*, *Cladosporium sp.*, *Monilia sitophila*, *Chrysonilia sitophila*, *Botrytis cinerea*, *Aspergillus mixt (A.fumigatus, A.niger)*, *Penicillium sp.*

До числа обстежуваних хворих увійшло 120 дорослих пацієнтів віком 18 — 60 років (103 чоловіки (85,8 %) та 17 (14,2 %) жінок, середній вік яких становив $(37,2 \pm 6,8)$ років) з різними формами (вогнищевою, інфільтративною, дисемінованою та фіброзно-кавернозною) і типами (вперше діагностований (ВДТБ), рецидив (РТБ), хронічний (ХТБ)) туберкульозного процесу в легенях. До групи порівняння увійшли 40 здорових добровольців віком 20–41 рік (32 чоловіки (80,0 %) та 8 жінок (20,0 %) із середнім віком $(31,2 \pm 4,6)$ роки).

Всім пацієнтам було виконане тестування з антигенами умовно — патогенних грибів *Alternaria alternata*, *Cladosporium sp.*, *Monilia sitophila*, *Chrysonilia sitophila*, *Botrytis cinerea*, *Aspergillus mixt (A.fumigatus, A.niger)*, *Penicillium sp.* з паралель-

ним виконанням реакції інгібіції міграції лейкоцитів (ІМЛ) до кожного з грибів після надходження пацієнта до стаціонару та через 90 днів лікування стандартною схемою хіміотерапії.

В цілому середня кількість позитивних тестів на одного пацієнта з ВДТБ склала $(2,95 \pm 0,90)$ тести до лікування та $(4,5 \pm 1,1)$ тести після 90 днів знаходження в стаціонарі. В підгрупі пацієнтів з РТБ результати склали $(2,65 \pm 0,53)$ тести на одного пацієнта до лікування та $(3,87 \pm 0,62)$ тести після нього, а серед пацієнтів з ХТБ — $(0,60 \pm 0,33)$ тести на одного пацієнта до лікування та $(1,1 \pm 0,62)$ тести при повторному обстеженні. В групі здорових осіб аналогічні результати склали $(6,65 \pm 0,56)$ тести на одного обстежуваного. Найбільш достовірно різницю між досліджуваними підгрупами та контрольною групою відображали антигени *Alternaria sp.*, *Penicillium sp.*, *Chrysonilia sitophila*, *Monilia sitophila*. При порівняльному аналізі даних тестування з окремими антигенами умовно-патогенних грибів в різних підгрупах обстежуваних найбільш достовірно різницю між підгрупами хворих відображали *Alternaria sp.*, *Botrytis cinerea*, *Cladosporium sp.*, *Monilia sitophila*.

В результаті кореляційного аналізу виявлено, що результати реакції ІМЛ корелюють з результатами шкірних проб з умовно-патогенними грибами з ступенем кореляційного зв'язку від слабого до сильного в залежності від типу туберкульозного процесу та антигену.

Таким чином, результати реакцій гіперчутливості сповільненого типу до умовно-патогенних грибів *Alternaria alternata*, *Cladosporium*, *Monilia sitophyla*, *Chrysonilia sitophyla*, *Botrytis cinerea*, *Aspergillus mixt (A.fumigatus, A.niger)*, *Penicillium sp.div.* можуть слугувати маркерами функціонального стану клітинної ланки імунітету в хворих на туберкульоз.

Н. К. Богуцька

КЛІНІЧНО-ПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА РАНЬОГО ДЕБЮТУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ДИТЯЧОМУ ВІЦІ

Буковинський державний медичний університет, м.Чернівці

Бронхіальна астма (БА) є найбільш поширеною хронічною хворобою в дітей та в 50–80 % випадків дебютує в віці до п'яти

років. Метою дослідження було встановити клінічно-психологічні відмінності БА за умови її початку до трірічного віку в

зіставленні з дебютом хвороби після шести років.

Для досягнення мети роботи з когорти дітей шкільного віку, хворих на персистуючу БА, за методом випадок-контроль сформовано дві клінічні групи спостереження залежно від віку дебюту захворювання. До першої (I), основної клінічної групи, ввійшли 19 дітей із фенотипом раннього початку БА (до трьох років), а другу (II) групу порівняння сформували 53 дітей із фенотипом БА пізнього дебюту (у шість років та пізніше). За віком, статтю, місцем мешкання, соціальними характеристиками родин групи порівняння статистично значуще не різнилися. Проведено комплексне клініко-алергологічне обстеження в поєднанні з даними психологічного дослідження дітей та їх родин (рівень шкільної тривожності дітей за шкалою Філіпса; алекситимія за Торонтською шкалою G. Taylor; діагностика батьківського ставлення А. Я. Варга та В. В. Столін). За радіоалергосорбентним тестом досліджено вміст специфічних IgE в сироватці крові та вивчено шкірну гіперчутливість за шкірними прик-тестами до 18 алергенів. Відбір та обстеження пацієнтів відповідали принципам біомедичної етики в педіатрії.

Серед досліджених клінічних ознак встановлено асоціацію раннього дебюту БА з наявністю меншої за 2,5 кг ваги тіла при народженні та більшого за 22 кг/м² індексу маси тіла в шкільному віці; народження від третіх та наступних пологів; більшого за 0,3 у. о. генеалогічного індексу обтяженості сімейного анамнезу на atopічні захворювання та гіршої контрольованості нічних симптомів БА. З БА раннього дебюту статистично значуще асоціювало менш тривале грудне вигодовування ($p < 0,04$) та наявність харчової алергії в анамнезі ($p < 0,01$) з дещо частішими шкірними алергічними проявами. Маніфестація денних симптомів БА більше одного разу на місяць, а також застосування інгаляцій β_2 -агоністів більше чотирьох разів на тиждень

статистично значуще підвищували шанси діагностування БА раннього початку (відповідно співвідношення шансів (СШ) становило 14,7; 95 % ДІ: 1,6–132,6 та 4,1; 95 % ДІ: 1,1–16,1). При дослідженні сенсibiliзації до кліщових, епідермальних, грибових, пилоквих (трав, дерев) алергенів, комашиного алергену таргана, встановлено тенденцію асоціації БА раннього початку лише з дещо вираженішою сенсibiliзацією до мікроміцетів *Alternaria* та *Cladosporium*. Серед усіх досліджених особистісних та сімейних психохарактеристик БА раннього початку вирізняла наявність статистично значущої відмінності лише щодо балів такої схильної до розвитку психосоматичних розладів когнітивно-афективної особливості особистості як алекситимія. Зокрема, в дітей I групи цей показник становив $76,3 \pm 3,5$ проти $68,1 \pm 1,7$ у групі порівняння ($p < 0,03$). Алекситимічними вважали хворих, що набрали 74 і більше балів, менше 62 балів — неалекситимічними. Співвідношення шансів раннього дебюту БА за умови наявності алекситимії в дитини становило 1,3; 95 % ДІ: 0,4–4,7. Вираженість алекситимії знаходилась у прямій кореляційній залежності з середньою кількістю нападів на рік ($r = 0,36$; $p < 0,05$), проявами харчової алергії ($r = 0,36$; $p < 0,05$), а також негативнішим ставленням як до госпіталізації ($r = 0,37$; $p < 0,04$), так і до необхідності щоденного прийому ліків ($r = 0,26$; $p < 0,05$).

При аналізі клінічно-психологічних характеристик персистуючої БА з початком до трирічного віку встановлено її асоціацію, насамперед, із виразнішими клінічними денними симптомами та частішим застосуванням бронходилататорів, а також більшими балами алекситимії. Саме наявність такої психохарактеристики може обумовлювати нижчий комплаєнс пацієнта із раннім дебютом БА щодо дотримання вимог базисної терапії та, відповідно, виразнішу клінічну симптоматику.

А. В. Бойко

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Щороку масова вакцинація дітей в Україні супроводжується випадками розвитку ускладнень різного ступеня тяжкості. Виникає необхідність зрозуміти причини тенденції, що намітилася — обтяження наслідків масової вакцинації.

Сьогодні ми народжуємося, живемо, хворіємо і т. д. в умовах перебігу двох взаємопов'язаних пандемій: ВІЛ/СНІДу та туберкульозу. Причому обидві мають стійку тенденцію до подальшого поширення. Збудники зазначених інфекцій зачіпають основні механізми захисту людини, починаючи від імунної системи до геному. Природу ускладнень, які виникають у ході масових вакцинацій, допоможуть зрозуміти знання про вакцинальний процес. Однією з дивовижних особливостей імунної системи є феномен імунологічного імпринтингу, який вперше був описаний Francis в 1953 р. Суть його полягає в тому, що кожен антиген являє собою кілька епітопів (ділянок антигену, що відрізняються між собою). У відповідь на потрапляння антигену в організм людини утворюються хімічні гетерогенні антитіла, які розрізняються своєю специфічністю. Але якщо клональність антигену обмежена, то він індукує маловідмінну імунну відповідь. При попаданні в організм іншого антигену, що має структурну подібність до першого, імунна система відповідає синтезом антитіл не на другий, а на перший антиген. Тобто, на практиці виходить, що при потраплянні в організм вірусу, що має деяку, навіть мінімальну, схожість з попереднім збудником, організм його «не бачить», а антитіла виробляє на вже знайомий антиген. Це призводить до обтяження інфекційного процесу (адже антитіла на новий патоген не виробляють-

ся) і більш легкого поширення вірусу в людській популяції. Такий феномен спостерігається при грипі, лептоспірозі, малярії, ВІЛ-інфекції, лихоманці Денге, ентеровірусній інфекції.

Абсолютно доведено, що в людині мікробного більше, ніж плотського, так як кількість мікроорганізмів (бактерій, вірусів, найпростіших), що населяють її організм, в 100–1000 разів більше, ніж клітин людського організму. Вивільнення живого організму від бактерій (що багаторазово підтверджено в дослідах на тваринах) призводить до його загибелі, а що стосується людини, то навіть невеликі відхилення в кількості або складі деяких представників мікробного світу в його організмі призводять до розвитку серйозних захворювань. Вся сукупність мікроорганізмів (мікробіота), що покривають тіло людини як зсередини, так і ззовні (як рука в рукавичці), визначає життєдіяльність людини й сьогодні позначається як «невидимий орган людського організму». Мікроорганізми й продукти їхньої життєдіяльності, незважаючи на досить суворе закріплення кожного з них за певним місцем в людському тілі, володіють тим не менше здатністю переміщатися по всьому організму.

До теперішнього часу багато збудників змінили свою стратегію виживання в людському організмі, з'явилися нові збудники. Є ще один феномен: антитілозалежне посилення інфекції, суть якого полягає в тому, що вірусспецифічні антитіла зв'язують вірус і за допомогою взаємодії з рецепторами, розташованими на поверхні клітин, посилюють не тільки його проникнення в фагоцитуючі клітини, але в окремих випадках — і його реплікацію. Цей феномен характерний для збудників ВІЛ,