

Міністерство охорони здоров'я України
Буковинський державний медичний університет



МІХІСТ

ВИПУСК 15

Всеукраїнський
медичний
журнал
МОЛОДИХ
ВЧЕНИХ



Чернівці 2013

Міністерство охорони здоров'я України
Буковинський державний медичний університет

Студентське наукове товариство
Рада молодих вчених

ХИСТ

2013, випуск 15

Всеукраїнський медичний журнал молодих вчених
Заснований у 2000 році

Головний редактор

д. мед. н., проф. Т. М. Бойчук

Заступник головного редактора

к. мед. н., доц. О.А. Тюленєва

Відповідальні секретарі:

А.М. Барбе,
І.В. Кривецький,
д. мед. н., проф. І.С. Давиденко,
д. мед. н., проф. Ю.Є. Роговий,
д. мед. н., проф. В.К. Тащук,
д. мед. н., проф. О.І. Федів,
д. мед. н., проф. О.С. Федорук,
д. мед. н., проф. Р.Є. Булик,
д. мед. н., проф. Н.В. Пашковська,
к. мед. н., доц. М.П. Антофійчук.

Адреса редакції: 58002, Чернівці, пл. Театральна, 2, СНТ БДМУ.

Тел./факс: (03722) 3-52-62; (0372) 55-17-39. **E-mail:** snt@bsmu.edu.ua

Повнотекстова версія журналу представлена на сайті: <http://snt.bsmu.edu.ua/>

Чернівці, 2013



Рибарчук А.В., Фочук М.Ю., Бігунець В.С.

ХРОНІЧНЕ ЛЕГЕНЕВЕ СЕРЦЕ ПРИ ТУБЕРКУЛЬОЗІ ЛЕГЕНЬ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра фтизіатрії та пульмонології

(науковий керівник - к.мед.н. Бойко А.В.)

Основною причиною смерті кожного другого хворого на туберкульоз є легеневе серце, а на автопсії померлих від фіброзно-кавернозного туберкульозу легень у 100% хворих виявляють гіпертрофію правого шлуночка. ХЛС як ускладнення туберкульозу розвивається впродовж багатьох років. Провокуючим фактором є порушення функції зовнішнього дихання і структурні зміни в легенях, що зумовлюють вторинну легеневу гіпертензію, збільшення навантаження на правий шлуночок і його гіпертрофію. Серед усіх випадків серцевої недостатності легеневе серце складає 25%. ХЛС як ускладнення туберкульозу розвивається впродовж багатьох років. Провокуючим фактором є порушення функції зовнішнього дихання і структурні зміни у легенях, що зумовлюють вторинну легеневу гіпертензію, збільшення навантаження на правий шлуночок і відповідно зумовлюють його гіпертрофію.

У ділянках легень, що недостатньо вентилуються, виникає спазм судин (гіпоксична вазоконстрикція), що на початкових етапах є адаптаційною зміною і забезпечує

інтенсивніше кровопостачання функціонально придатних відділів легень. У міру прогресування патологічного процесу, все більше судин спазмується, що призводить до зростання внутрішньосудинного опору. Має також значення підвищення внутрішньоальвеолярного тиску, що викликає високий гідростатичний тиск у капілярах. Порушення судинної архітекτονіки легень внаслідок туберкульозу, а також артеріальна гіпоксемія, що супроводжується поліцитемією, призводять безпосередньо до збільшення роботи правого шлуночка. Ступінь і тривалість підвищення легеневого артеріального тиску (нормальний тиск у легеневій артерії не перевищує 21–25 мм рт. ст.) лягли в основу виділення трьох стадій ХЛС. Безпечним та інформативним методом визначення тиску в легеневій артерії є ехокардіоскопія з визначенням градієнта тиску на клапані легеневої артерії. Цей метод дозволяє також найбільш точно оцінити товщину стінок і розміри порожнин правих відділів серця, що дозволяє вчасно встановити патологію, і надати повноцінне лікування.

Сивокоровська А.С., Бойко А.В., Мигайлюк Л.Д.

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ВАКЦИНАЦІЮ БЦЖ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра фтизіатрії та пульмонології

(науковий керівник - к.мед.н. Шаповалов В.П.)

Епідеміологічна ситуація щодо туберкульозу в Україні з кожним роком погіршується. Основними протитуберкульозними заходами для дітей залишаються щеплення проти туберкульозу і раннє виявлення інфікованих дітей за допомогою щорічної туберкулінодіагностики.

Вакцина БЦЖ, створена в 1923 році двома французькими вченими А.Кальметтом і К.Гереном, стала потужним засобом у боротьбі з туберкульозом. БЦЖ-імунізація є обов'язковою у 64 державах і офіційно рекомендована в 118 країнах і територіях світу. В Україні згідно наказу МОЗ № 233 від 1996р. проводиться 3-х разове щеплення вакциною БЦЖ – при народженні та 2 ревакцинації (в 7 та 14 років).

За даними літератури бурхливо дискутується питання доцільності ревакцинації дітей та підлітків, оскільки точно не встановлено тривалість дії первинної імунізації вакциною БЦЖ (строк дії коливається від 8 до 10 років). Іноземні науковці стверджують, що ревакцинація не дає належного ефекту, тому на туберкульоз хворіють в однаковій мірі і ревакциновані і неревакциновані. За останніми даними цю думку розглядають і українські вчені. Проводилась низка досліджень імуногенності та реактогенності

вакцини БЦЖ шляхом вивчення наявності та величини післявакцинальних знаків після первинної вакцинації та подальшої ревакцинації у 7 та 14 років, а також характер туберкулінової чутливості у цих дітей протягом від 1 до 14 років. За даними дослідження виявилось, що після вакцинації рубець менше 4 мм спостерігався майже у половини дітей. Після першої ревакцинації спостерігається ще більша кількість дітей, в яких не сформувався післявакцинальний рубчик. Після другої ревакцинації майже у жодної дитини не формується повноцінний поствакцинальний рубець. Отже, це свідчить про те, що ефективність ревакцинації в 7 років порівняно з первинною знижується майже вдвічі, а ревакцинація в 14 років виявляється неефективною.

Питання ревакцинації потребує подальшого вивчення, для визначення доцільності ревакцинації БЦЖ необхідно вивчити частоту й структуру захворювання на туберкульоз у підлітків і молоді з відсутніми та повноцінними післяревакцинальними знаками. Якщо значення первинної вакцинації вакциною БЦЖ на сьогодні одногласно вважається важливим, то ревакцинації в 7 і 14 років – сумнівним.