

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

Орлецька Ю.І., Підвербецька О.В., Сем`янів І.О.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВІЛ-АСОЦІЙОВАНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра фтизіатрії та пульмонології
(науковий керівник - к.мед.н. Шаповалов В.П.)

Актуальність. Найбільш частою причиною смерті ВІЛ-інфікованих осіб є туберкульоз (ТБ). Це пов'язано з пізнім виявленням ко-інфекції в силу діагностичних труднощів, спричинених атиповістю клінічного перебігу ВІЛ-асоційованого ТБ.

Мета дослідження. Дослідження клінічних особливостей перебігу туберкульозу легень у ВІЛ-інфікованих хворих.

Матеріал і методи. Обстежено 15 ВІЛ-інфікованих, хворих на вперше діагностований туберкульоз (ВДТБ) легень (група 1) та 40 хворих на ВДТБ легень без ВІЛ-інфекції (група 2).

Загальний стан пацієнтів оцінювали за станом свідомості, положенням пацієнта в ліжку та функцією життєвоважливих органів.

Для оцінки вираженості синдромів, характерних для ТБ легень, а саме бронхолегеневого (БЛС) та інтоксикаційного (ІС), ми розробили оціночні шкали, за якими кожна скарга, яка характеризує відповідний синдром оцінювалась від 1 до 3 балів. Отримана сума балів визначала вираженість ІС та БЛС.

Результати. Виявлено, що загальний стан хворих на ВІЛ-асоційований ТБ більш важкий порівняно із загальним станом ВІЛ-негативних пацієнтів з ВДТБ легень ($p < 0,05$).

ІС у хворих на ВІЛ-асоційований ТБ у 53%

випадків був важким, у той час як у контрольній групі переважав ІС легкого ступеню – у 50%. ІС у хворих на ко-інфекцію був майже у 2,5 рази більш вираженим ($p < 0,05$), ніж у хворих групи порівняння – $8,1 \pm 2,4$ балів (95% ДІ 6,8–9,5 бали) у групі 1 проти $3,2 \pm 2,3$ балів (95% ДІ 2,5–4,0 бали) у групі 2.

Провідною ознакою ІС у хворих з ВІЛ була лихоманка – середня температура тіла хворих 1 групи була на $1,3^\circ\text{C}$ вищою, ніж у пацієнтів контрольної групи ($38,4 \pm 0,98^\circ\text{C}$ у групі 1 проти $37,1 \pm 0,5^\circ\text{C}$ у групі 2).

Вираженість ІС у хворих на ко-інфекцію зворотно корелювала з кількістю СД4+–лімфоцитів ($r = -0,64$, $p < 0,05$).

БЛС у хворих на ВІЛ-асоційований ТБ супровожувався стертістю клінічних проявів та у 66,7% був легким, а у 20% – взагалі відсутнім. За бальною шкалою вираженість БЛС у ВІЛ-інфікованих пацієнтів була достовірно нижчою порівняно з контрольною групою ($p > 0,05$) – $1,9 \pm 1,8$ балів (95% ДІ 0,87–2,87) у групі 1 проти $2,8 \pm 2,1$ балів (95% ДІ 2,13–3,52) у групі 2.

Таким чином, у ВІЛ-інфікованих осіб, хворих на туберкульоз, було встановлено вірогідне переважання вираженого ІС над бронхолегеневим, що не є характерним для ТБ легень та може бути причиною діагностичних помилок.

Поважна Н.Р., Герман А.О., Бойко А.В.

ФУНКЦІЯ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ТУБЕРКУЛЬОЗІ ЛЕГЕНЬ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра фтизіатрії та пульмонології
(науковий керівник - к.мед.н. Степаненко В.О.)

Складна ситуація щодо епідемії туберкульозу в Україні, яка оголошена ВООЗ у 1995 році, підкреслює необхідність фундаментальних досліджень у галузі фтизіатрії. Ситуація ускладнюється зростанням частоти хіміорезистентного туберкульозу, у тому числі полі- та мультирезистентного туберкульозу. Мультирезистентний туберкульоз – один з найважливіших показників неефективної боротьби з туберкульозом та основна причина його пандемії. Все вищезазначене вказує на високий інтерес до вивчення особливостей збудника, патогенезу, клінічних проявів та лікування хіміорезистентного туберкульозу. Різноманітні клінічні прояви захворювання при туберкульозі, недостатня ефективність лікувальних заходів при даному захворюванні змушують учених глибше досліджувати патофізіологічні механізми при туберкульозі.

Беручи до уваги унікальну роль щитоподібної залози у формуванні протитуберкульозного імунітету, вивчення її функції набуває важливого значення, особливо у хворих на хронічний туберкульоз легень. Щитоподібна залоза відіграє важ-

ливу роль у стимуляції Т-клітинного імунітету, тому вивчення взаємозв'язку тиреоїдної функції та туберкульозного процесу зберігає актуальність і в наші дні. Поширені деструктивні форми ТБ легень частіше супроводжуються пригніченням Th1 –хелперної відповіді (відповідає за активність макрофагів, проліферацію Т-клітин, синтез IL-2, IFN γ і продукцію IL-6), а також активацією Th-2 клітин, що відповідають за гуморальну частину імунітету та продукцію IL-4 і TNF- α . При поширених формах ТБ збільшення рівня IFN- γ більш виражене, а IL-10 менш помітне, ніж при обмежених формах. Враховуючи, що гормональний дисбаланс ініціює імунологічні порушення різного ступеня, стає очевидним його вплив на особливості клініки та перебіг ТБ.

Порівнюючи ефективність лікування, встановлено, що патологія ЩЗ негативно впливає на лікувальний процес. Зникнення клінічних симптомів, припинення бактеріовиділення, закриття деструкцій наступало швидше у пацієнтів без патології ЩЗ. Однак, ці дані є фрагментарними і вимагають подальшого вивчення.