



кишки (у 65,4% хворих основної групи після лікування визначено стан нормоценозу чи I ступінь дисбіозу). Також у пацієнтів основної групи констатовано істотне покращення клінічних результатів лікування – вірогідне ($p < 0,01$) відносно пацієнтів порівняльної групи прискорення регресу елементів вугрової висипки із досягненням стану клінічного одужання чи значного покращення, а також зменшення кількості рецидивів вугрової хвороби в році.

Отже, розроблене вдосконалене комплексне лікування хворих на вугрову хворобу з йододефіцитного регіону з диференційованим застосуванням на тлі стандартної терапії засобів для нормалізації виявлених змін гіпофізарно-тиреоїдної системи, імунотропного препарату (лікопід) та пробіотика (лаціум) сприяє нормалізації чи тенденції до нормалізації показників тиреоїдного гомеостазу, фагоцитозу й кишкового біоценозу, а також покращує клінічні результати лікування пацієнтів.

Підвербецька О.В.
ВСМОКТУВАЛЬНА ФУНКЦІЯ ТОНКОЇ КИШКИ У ХВОРИХ
НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Кафедра фтизіатрії та пульмонології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

Ефективність лікування туберкульозу легень (ТБ) залежить від цілої низки різних чинників. Одним із таких малодосліджених факторів є стан адсорбтивної активності тонкої кишки.

Обстежено 73 хворих на вперше діагностований туберкульоз легень (ВДТБ) зі збереженою чутливістю (група 1), 71 хворий на мультирезистентний туберкульоз легень (МРТБ), встановлений вперше (група 2), 42 хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ТБ легень зі збереженою чутливістю (група 3) та 30 практично здорових осіб (ПЗО). Обстежуваним особам проводили лактулозно-манітовий тест (ЛМТ) з визначенням показника кишкової проникності (ПКП) до початку протитуберкульозного лікування. За результатами ЛМТ (таблиця) концентрація виділеної лактулози була незначно зниженою у хворих на ВДТБ легень порівняно з ПЗО ($p > 0,05$), а при МРТБ та ВІЛ/ТБ – на 14,5 % та 27,8 % відповідно ($p < 0,05$).

Таблиця

Концентрація лактулози та манітолу у сечі, показник кишкової проникності у хворих на туберкульоз

Показник	ПЗО n=30	Група 1 n=73	Група 2 n=71	Група 3 n=42
	медіана (інтерквартильний розмах)			
Концентрація лактулози у сечі (ммоль/л)	2,21 (1,7–3,2)	2,17 (1,44–2,78)	1,93 (1,24–2,42)*	1,73(1,13–2,92)*#
Концентрація манітолу у сечі (ммоль/л)	4,99 (4,13–5,91)	4,21 (1,98–5,51)*	2,53 (0,67–4,36)*#	2,17(0,92–4,26)*#
Показник кишкової проникності	11,94(8,3–12,91)	7,78(3,86–12,53)	4,27(1,50–10,29)	1,44(0,52–4,21)*#

Примітки: * – показники достовірно відрізняються між основною групою та ПЗО ($p < 0,05$); # – показники достовірно відрізняються від групи 1 ($p < 0,05$).

Концентрація виділеного манітолу була значно нижчою порівняно з ПЗО в усіх групах: у 1,2 рази в групі 1, у 2,0 рази в групі 2 та у 2,3 рази у групі 3 ($p < 0,05$ в усіх випадках). Порівняно з гр. 1 у хворих на МРТБ даний показник був у 1,7 рази нижчим та у хворих на ВІЛ/ТБ – у 1,9 рази ($p < 0,05$). Медіана ПКП у групі 1 була нижчою, ніж у ПЗО, у 1,5 рази ($p < 0,05$), при МРТБ – у 1,8 рази нижчою за показник ПЗО та у 2,8 рази – за показник групи 1 ($p < 0,05$). У групі 3 даний показник був нижчим порівняно з ПЗО та групою 1 у 8,3 та 5,4 рази відповідно ($p < 0,05$). У групі 1 ПКП був зниженим у 58,9% хворих, різні ступені зниження показника зустрічались з приблизно однаковою частотою ($p > 0,05$). У групах 2 та 3



зниження ПКП спостерігалось у 76,1% та у 79% хворих відповідно з домінуванням важкого ступеня зниження ПКП (у 42,3% та у 42,9% випадків відповідно ($p < 0,05$ в обох випадках)).

Отже, у 58,9% хворих на вперше діагностований чутливий туберкульоз легень, 76,1% хворих на мультирезистентний туберкульоз та 78,6% хворих на ко-інфекцію ВІЛ/туберкульоз виявлено зменшення показника кишкової проникності, середнє значення якого вірогідно нижче порівняно з практично здоровими особами у 1,5 рази, у 2,8 рази та у 8,3 рази відповідно ($p < 0,05$).

Рудан І.В.

ПЕРЕБІГ ХРОНІЧНОЇ HCV-ІНФЕКЦІЇ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ

Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Метою роботи було оцінити перебіг гепатиту С у поєднанні з ВІЛ-інфекцією та гепатитом В, встановити роль імунодефіциту у формуванні фіброзу печінки.

Під спостереженням було 197 хворих на хронічний гепатит С (ХГС): у 71 діагностовано хронічну HCV-моноінфекцію, у 77—ще й супутню ВІЛ-інфекцію, 31 особа мала мікст-інфекцію у вигляді хронічного гепатиту В (ХГВ)+ХГС, а 18—ХГВ+ХГС+ВІЛ-інфекцію. Здійснювали клінічне та біохімічне дослідження, встановлювали ступінь фіброзу печінки за шкалою METAVIR.

Для ХГС характерний зазвичай без або малосимптомний перебіг. Однак при цілеспрямованому дослідженні встановили, що ряд клінічних і лабораторних проявів (астеновегетативний та диспептичний синдроми, гепатоспленомегалія, криоглобулінемія, шкірний некротизуючий васкуліт) частіше реєструється у хворих на комбіновану HBV, HCV і ВІЛ-інфекцію, ніж тільки на ХГС. Вірусне навантаження HCV було найвищим у групі хворих на ХГС на тлі ВІЛ-інфекції, а найнижчим—при комбінації HBV- і HCV-інфекції.

Таким чином, виявили відмінності при аналізі розподілу пацієнтів за ступенем фіброзу печінки. Так, у групах ХГС і ХГВ+ХГС відсутність фіброзних змін (F0) реєстрували достовірно частіше, ніж при ХГС у поєднанні з ВІЛ-інфекцією. Майже тотожне співвідношення спостерігалось і для помірного ступеня фіброзу F2. Практично у кожного четвертого хворого на HCV+ВІЛ-мікст-інфекцію процес перейшов у цироз печінки (F4)—значно частіше, ніж при HCV-моноінфекції, незважаючи на ймовірно триваліше інфікування HCV при моноінфекції (за епідеміологічними даними).

Встановили сильну обернену кореляцію між кількістю CD4⁺-Т-лімфоцитів при ХГС у ВІЛ-інфікованих і ступенем фіброзу печінки за шкалою METAVIR ($r = -0,80-0,92$, $p < 0,001$). Можна припустити, що початковий рівень CD4⁺-Т-лімфоцитів ≤ 350 кл./мкл є одним з предикторів швидкого прогресування фіброзу печінки у ВІЛ-інфікованих із ХГС.

Сливка В.І.

ПОШИРЕННЯ ПОБІЧНИХ РЕАКЦІЙ НА ПРЕПАРАТИ ПЕРШОГО РЯДУ У ХВОРИХ НА ПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ У ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

Кафедра фтизіатрії та пульмонології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Тривале застосування протитуберкульозних препаратів підвищує ризик виникнення побічних реакцій (ПР), що є однією з основних причин недостатньої ефективності лікування вперше діагностованого туберкульозу (ВДТБ). Виникаючи у процесі комбінованої хіміотерапії, ПР суттєво обмежують можливості цілеспрямованого впливу лікарських засобів і знижують ефективність лікування хворих на туберкульоз (ТБ) за головними показниками — строками припинення бактеріовиділення та частотою повного видужання. У продовж останнього часу ПР визнані джерелом невирішених проблем практичної і суспільної охорони