

ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЕВІ ХВОРОБИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЯ

український науково-практичний журнал

№ 3 (22)
2015

Головний редактор **В.І. Петренко**

Журнал зареєстровано
в наукометричних системах
Science Index та Google Scholar

Журнал опубліковано за підтримки
американського народу через Агентство
США з міжнародного розвитку (USAID).
Зміст журналу є відповідальністю видавця
та не обов'язково збігається з точкою зору
USAID чи уряду США

**Tuberculosis
Lung diseases
HIV infection**

ЗАСНОВАНИЙ У ТРАВНІ 2010 РОКУ
ВИХОДИТЬ 4 РАЗИ НА РІК

КИЇВ // ПП «ІНПОЛ ЛТМ» // 2015 р.

ukrainian scientific
and practical journal

www.tubvil.com.ua

ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЕВІ ХВОРОБИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЯ

український науково-практичний журнал

Реєстраційне свідоцтво

КВ № 16607-5079Р від 05.05.2010 р.

Засновники

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця
ПП «ІНПОЛ ЛТМ»

Рекомендовано Вченою радою
НМУ імені О.О. Богомольця
Протокол №1 від 27.08.2015 р.

Журнал атестовано Вищою
атестаційною комісією України
Постанова Президії ВАК України
Протокол № 1-05/8 від 22.12.2010 р.

Видавець

ПП «ІНПОЛ ЛТМ»

Відповідальний секретар

Берник О. М.

Літературний редактор

Кульова В. К.

Комп'ютерна верстка та дизайн

Корженівська А. В.

Коректор

Теплюк В. М.

Періодичність 4 рази на рік

Передплатний індекс 49508

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Леймане Вайра (Leimane Vaira)

(Рига, Латвія)

Ліндквіст Ларс (Lindquist Lars)

(Худінге, Швеція)

Макаревич О.Е. (Мінськ, Білорусь)

Нізова Н.М. (Київ)

Островський М.М.

(Івано-Франківськ)

Ракішева А.С. (Алмати, Казахстан)

Тарасюк О.О. (Львів)

Фещенко Ю.І. (Київ)

Фланіган Тімоті П.

(Flanigan Timothy P.)

(Провіденс, США)

Хоростовська-Винімо І.

(Chorostowska-Wynimko Joanna)

(Варшава, Польща)

Хоффнер Свен (Hoffner Sven)

(Стокгольм, Швеція)

Чаплінскас Саулюс (Caplinskas

Saulius) (Вільнюс, Литва)

М. Murray (Бостон, США)

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Голубовська О.А.

Гульчій О.П.

Дзюблик І.В.

Колеснікова І.П.

Крамарев С.О.

Майданник В.Г.

Панасюк О.В.

Процюк Р.Г.

Свінцицький А.С.

Степаненко В.І.

Черенько С.О.

Широбоков В.П.

Яворовський О.П.

Секретар

Єрьоменко В.Д. (valentine356@gmail.com)

Друк

ТОВ «ВБ «Аванпост-Прим»
03035, м. Київ, вул. Сурикова, 3/3
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК
№ 1480 від 26.03.2003 р.

Підписано до друку 4.09.2015 р.

Замовлення № 0315ТЛ

Ум. друк. арк. 13,71

Формат 60×84/8

Папір крейд. Друк офсет.

Наклад — 2000 прим.

Відповідальність за зміст, добір та викладення фактів у статтях несуть автори, за зміст та оформлення інформації про лікарські засоби — замовники. Передрук опублікованих статей можливий за згоди редакції та з посиланням на джерело.

Знаком □ позначена інформація про лікарські засоби для медичних працівників.

Матеріали зі знаком © друкуються на правах реклами.

За зміст рекламних матеріалів відповідають рекламодавці.

До друку приймаються наукові матеріали, які відповідають вимогам до публікацій у цьому виданні.

Адреса редакції та видавця

01030, м. Київ,
вул. М. Коцюбинського, 8а

Телефони: (044) 465-30-83,
278-46-69, 309-69-13

E-mail: journals@vitapol.com.ua,
vitapol@i.com.ua

© Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція, 2015
www.tubvil.com.ua

© ПП «ІНПОЛ ЛТМ», 2015
www.vitapol.com.ua

Журнал опубліковано за фінансової підтримки проекту USAID
«Посилення контролю за туберкульозом в Україні»

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

- 5 Метаболічні ефекти натрію сукцинату в умовах експериментального легеневого набряку
В.М. Жадан, В.І. Коржов
 Metabolic effects of sodium succinate in experimental pulmonary edema
 *** **V.M. Zhadan, V.I. Korzhov**
- 11 Генетичний контроль активації цитокінів крові у хворих на мультирезистентний туберкульоз легень
Д.О. Бутов
 Genetic control activation of cytokines in the blood of patients with multi-drug resistant tuberculosis
D.O. Butov

**Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю
 «АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КОМОРБІДНОСТІ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ
 ОРГАНІВ ДИХАННЯ ТА ТУБЕРКУЛЬОЗІ»**

НАУКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ

- 18 Туберкульоз неуточної локалізації у ВІЛ-позитивних пацієнтів
В.І. Петренко, Л.А. Коломійчук, Л.С. Ничипоренко, О.В. Панасюк, Г.В. Радиш
 Tuberculosis of undefined localization in HIV-positive patients
V.I. Petrenko, L.A. Kolomyichuk, L.S. Nychyporenko, O.V. Panasyuk, G.V. Padysh
- 22 Accessibility of migrants to health care services and their vulnerability for tuberculosis
A. Jucov, E. Lesnic, L. Todoriko
 Доступність мігрантів до медичних послуг та їх вразливість для туберкульозу
А. Жуков, Е. Леснік, Л. Тодоріко
- 25 Клінічно-рентгенологічна характеристика ефективності парентерального застосування протитуберкульозних препаратів у разі чутливого туберкульозу легень з гепатобіліарною коморбідністю
Л.Д. Тодоріко, І.О. Сем'янів, І.І. Гавриш, І.І. Гуска
 Effective of parenteral infusions of tuberculosis drugs in patient with pulmonary tuberculosis and pathology of hepato-biliary system
 *** **L.D. Todoriko, I.O. Semianiv, I.I. Gavrush, I.I. Guska**
- 29 Частота та профіль медикаментозної резистентності *Mycobacterium tuberculosis* у ВІЛ-інфікованих хворих на мультирезистентний туберкульоз і туберкульоз із розширеною резистентністю залежно від випадку туберкульозу
О.В. Панасюк, Л.А. Коломійчук, Л.С. Ничипоренко, Г.В. Радиш
 The frequency and profile of drug resistance of *Mycobacterium tuberculosis* in HIV-infected patients with multidrug-resistant tuberculosis and extensively drug-resistant tuberculosis depending from the case of tuberculosis
O.V. Panasyuk, L.A. Kolomyichuk, L.S. Nychyporenko, G.V. Padysh
- 33 Predictive exogenous conditions for tuberculosis treatment default
S. Ciobanu, E. Lesnic, L. Todoriko, I. Haidarlı, T. Tudos
 Екзогенні фактори ризику як умови для боротьби з туберкульозом
 *** **С. Чобану, Е. Леснік, Л. Тодоріко, І. Гаїдарлі, Т. Тудос**
- 37 Стан мікробіоценозу товстого кишечника при туберкульозі легень залежно від спектра чутливості мікобактерій туберкульозу та у хворих з коморбідністю ВІЛ/туберкульоз
Л.Д. Тодоріко, О.В. Підвербецька
 The state of colon microbiota in pulmonary tuberculosis depending on the sensitivity spectrum of *mycobacterium tuberculosis* and in patients with comorbidity HIV/TB
 *** **L.D. Todoriko, O.V. Pidverbetska**
- 43 Негоспітальна пневмонія та коморбідність: особливості клінічного перебігу
А.В. Демчук
 Community-acquired pneumonia and comorbidity: features of clinical course
A.V. Demchuk
- 49 General non-specific adaptive reactions and expresiveness of endogenous intoxication in pulmonary tuberculosis
E. Lesnic, L. Todoriko, S. Ghinda, O. Caraiani, O. Calenda, A. Niguleanu
 Загальні адаптативні реакції і вираженість ендогенної інтоксикації у хворих на туберкульоз легень
Е. Леснік, Л. Тодоріко, С. Гінда, О. Караяні, О. Календа, А. Нігулану¹
- 53 Клінічні особливості туберкульозу у медичних працівників Вінницької області
О.П. Литвинюк, С.В. Зайков
 The clinical features of tuberculosis in medical workers of Vinnytsia region
O.P. Litvinuk, S.V. Zaykov

- 57 Эффе́ктивность базисного противовоспалительного лечения бронхиальной астмы у детей при сопутствующем аллергическом рините
Е.К. Колоскова, Т.М. Белоус
 Efficiency of the basic anti-inflammatory therapy in children with bronchial asthma and allergic rhinitis
E.K. Koloskova, T.M. Bilous
- 63 Оптимізація про/та антиоксидантного статусу хворих на хронічний панкреатит під впливом динамічної електронейростимуляції
Л.С. Бабінець, І.М. Галабіцька, О.І. Криський
 Optimization pro/and antioxidant status of patient with chronic pancreatitis under the influence of dynamic electroneurostimulation
L.S. Babinets, I.M. Halabitska, O.I. Krys'kiv
- 66 Склерозуюча гемангіома легень
П.І. Потейко, О.С. Шевченко, Е.М. Ходош
 Sclerosing hemangioma of the lung
P.I. Poteyko, O.S. Shevchenko, E.M. Khodosh
- 72 Нітрозивний стрес у пацієнтів із поєднанням хронічного обструктивного захворювання легень та ішемічної хвороби серця
С.В. Шупер
 Nitrosive stress in patients with combination of chronic obstructive disease and ischemic heart disease
 *****S.V. Shuper**

ТОЧКА ЗОРУ

- 78 Нові підходи до лікування інфекційного загострення хронічного обструктивного захворювання легень (огляд літератури)
С.В. Коваленко, Л.Д. Кушнір
 New approaches to treatment infectious exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (literature review)
 *****S.V. Kovalenko, L.D. Kushnir**
- 83 Ко-інфекція ВІЧ
Н.В. Шепілева, В.П. Малий, К.В. Павлікова
 Coinfection with HIV
N.V. Shepileva, V.P. Maliy, K.V. Pavlikova
- 88 Ко-інфекція туберкульоз/ВІЛ: епідеміологічні показники в Харківській області за 2014 рік
О.С. Шевченко, П.І. Потейко, Т.Ф. Ковальова, О.О. Говардовська, Н.О. Чувуріна
 Co-infection HIV/tuberculosis: epidemiology characteristic in the Kharkov region in 2014 year
O.S. Shevchenko, P.I. Poteiko, T.P. Kovalyova, O.O. Govardovska, N.O. Chuvurina
- 91 **Тези науково-практичної конференції з міжнародною участю «АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КОМОРБІДНОСТІ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ОРГАНІВ ДИХАННЯ ТА ТУБЕРКУЛЬОЗІ»**

ДО УВАГИ АВТОРІВ

- 119 Умови публікації в журналі «Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція»
 Instructions for authors: submitting articles to the Journal «Tuberculosis, lung diseases, HIV infection»
- 120 Ліцензійні умови використання наукової статті в журналі «Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція»
 License policy of use for scientific article of the Journal «Tuberculosis, lung diseases, HIV infection»

УДК : 616.24-002.5-085.28.015.8-097-085.37

Динаміка показників вільнорадикального перекисного окиснення білків під впливом цитопротектора пропіонату дигідрату у хворих на деструктивний мультирезистентний туберкульоз легень

О.С. Шальмін, О.М. Разнатовська

Запорізький державний медичний університет, Україна

E-mail: raznatovskaya.zp@rambler.ru

Актуальність проблеми визначена підвищенням ефективності лікування хворих на деструктивний мультирезистентний туберкульоз легень (МРТБ).

Мета роботи — вивчити у хворих на деструктивний мультирезистентний туберкульоз динаміку показників вільнорадикального перекисного окиснення білків під впливом цитопротектора пропіонату дигідрату на тлі протитуберкульозної поліхіміотерапії.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 67 хворих на деструктивний МРТБ, які перебували на лікуванні в Комунальній установі «Запорізький обласний протитуберкульозний клінічний диспансер» у період від 2013 до 2015 р.

Хворих розподілили на дві групи: основна складалася з 37 хворих, які отримували на тлі поліхіміотерапії (ПХТ) цитопротектор пропіонату дигідрату, контрольна — з 30 хворих, які отримували лише ПХТ. Групи були ідентичні за режимами ПХТ, тяжкістю туберкульозного процесу, віком та статтю, випадками захворювання.

Для вивчення вільнорадикального перекисного окиснення білків (ПОБ) або окисної модифікації білків (ОМБ) визначали у сироватці крові ранній — альдегід-фенілгідразон (АФГ) та пізній — кетонфенілгідразон (КФГ), спонтанні (АФГсп, КФГсп; опт. щільн./г білка) та метал-індуковані (АФГін, КФГін; опт. щільн./г білка) білки за методом В. Halliwell (1999). Для корекції змін вільнорадикального ПОБ застосовували цитопротектор пропіонату дигідрату: вводили внутрішньовенно по

500 мг (5,0 мл на 200,0 мл 0,9 % NaCl) раз на добу щоденно протягом 14 діб, а коли було неможливо ввести внутрішньовенно, призначали по 250 мг (1 капсула) 3 рази на добу курсом 14 діб.

Результати. На тлі застосування у комплексному лікуванні цитопротектора пропіонату дигідрату у хворих на деструктивний МРТБ (таблиця) зменшилася в сироватці крові концентрація АФГсп та КФГсп у 1,2 разу ($p < 0,05$) та АФГін у 1,3 разу ($p < 0,05$), що було нижче, ніж у контрольній групі, на 11,1 % ($p < 0,05$), у 9,6 % ($p < 0,05$) та 11,2 % ($p < 0,05$) відповідно. Це свідчило про зниження інтенсивності окисного стресу і підвищення адаптаційно-компенсаторних можливостей організму. У хворих контрольної групи помічено незначне зниження інтенсивності окисного стресу, що виявлялося зменшенням концентрації АФГсп на 8,1 % ($p < 0,05$) та КФГсп на 9,6 % ($p < 0,05$).

Висновки. Корекція змін вільнорадикального перекисного окиснення білків у хворих на деструктивний мультирезистентний туберкульоз легень шляхом призначення цитопротектора пропіонату дигідрату в комплексному лікуванні дала змогу знизити інтенсивність окисного стресу (зменшення концентрацій АФГсп і КФГсп у 1,2 разу). Це сприяло підвищенню адаптаційно-компенсаторних можливостей організму (зменшення концентрації АФГін у 1,3 разу). Переносність цитопротектора пропіонату дигідрату була задовільною, побічних реакцій не зареєстровано.

Таблиця. Динаміка маркерів ОМБ у сироватці крові у хворих на деструктивний МРТБ у процесі лікування із застосуванням цитопротектора пропіонату дигідрату ($M \pm m$)

Показник	Основна група (n = 37)			Контрольна група (n = 30)			
	На початку ІФХТ	По завершенні ІФХТ	p_{1-2}	На початку ІФХТ	По завершенні ІФХТ	p_{3-4}	p_{2-4}
	1	2		3	4		
АФГсп	5,1 ± 0,1	4,0 ± 0,1	< 0,05	4,9 ± 0,1	4,5 ± 0,1	< 0,05	< 0,05
КФГсп	3,2 ± 0,04	2,5 ± 0,1	< 0,05	3,1 ± 0,1	2,8 ± 0,1	< 0,05	< 0,05
АФГін	10,8 ± 0,2	7,9 ± 0,3	< 0,05	11,2 ± 0,3	8,9 ± 0,2	< 0,05	< 0,05
КФГін	2,7 ± 0,1	2,8 ± 0,1	> 0,05	2,6 ± 0,1	2,6 ± 0,1	> 0,05	> 0,05

УДК 616.98:578.828ВІЛ:616.24-002.5-07]-06-08:[615.015.4:615.849.19]

Ефективність лікування хворих з рецидивами туберкульозу легень при ВІЛ/ко-інфекції із застосуванням глутаміл-цистеїніл-гліцин динатрію і апротиніну

О.С. Шальмін, Р.М. Ясінський

Запорізький державний медичний університет, Україна

E-mail:

Актуальність. Рецидиви туберкульозу легень спостерігаються у 10–30 % хворих на ВІЛ, причому

спостерігається висока частота хіміорезистентного туберкульозу. Застосування етіотропних засобів зменшує

летальність, але виникає ризик щодо відновлення імунної системи, посилення окиснювального стресу, що негативно впливає на ефективність лікування.

Мета роботи — оцінити ефективність лікування хворих з рецидивами туберкульозу легень при ВІЛ/ко-інфекції із застосуванням глютамін-цистеїніл-гліцин динатрію.

Матеріали та методи. Обстежено 31 хворого з рецидивами туберкульозу легень при ВІЛ/ко-інфекції. Їх розподілено на дві групи. Пацієнти 1-ї групи (15 хворих) отримували етіотропну терапію (протитуберкульозні засоби і антиретровірусну терапію) і додатково — глютамін-цистеїніл-гліцин динатрію. У разі синдрому системної запальної відповіді і виразної інтоксикації застосовували аспротинін. Хворим 2-ї групи (16 осіб) призначали стандартну етіотропну терапію. Застосовували клінічні (динаміка зникнення інтоксикаційних і легеневих симптомів), рентгенологічні, лабораторні (бактеріологічні, імунологічні) і статистичні методи дослідження.

Результати. У всіх хворих 1-ї групи симптоми інтоксикації повністю зникли через 3 міс лікування (у 38,5 % у хворих 2-ї групи; $p < 0,01$), через 1 міс від початку лікування — у 86,7 % (у 23,1 % пацієнтів 2-ї групи; $p < 0,005$). Легеневі симптоми зникли через місяць у

60 % хворих 1-ї групи, а через 3 міс — у всіх (у хворих 2-ї групи відповідно у 7,1 %; $p < 0,01$ та у 42,9 %; $p < 0,005$). У 76,9 % пацієнтів 1-ї групи через 2 міс лікування припинилося бактеріовиділення (у 33,3 % хворих 2-ї групи; $p < 0,05$), а через 3 міс — у 92,3 % (у 58,3 % пацієнтів 2-ї групи; $p < 0,05$). Через 3 міс від початку лікування у 77,8 % хворих 1-ї групи загоїлися деструкції у легенях (у 12,5 % хворих 2-ї групи; $p < 0,05$), а після закінчення основного курсу лікування — у 88,9 % пацієнтів (у 37,5 % 2-ї групи; $p < 0,05$). Кількість хворих 1-ї групи із вмістом $CD4^+$ -клітин > 200 кл/мкл по завершенні інтенсивної фази та основного курсу лікування була вищою, ніж у 2-ї групі (відповідно 73,3 і 25 %; $p < 0,05$ і 86,7 та 50 %; $p < 0,05$). Летальних випадків у пацієнтів 1-ї групи не зафіксовано (у 31,3 % хворих 2-ї групи; $p < 0,05$).

Висновки. Призначення хворим з рецидивами туберкульозу легень при ВІЛ/ко-інфекції додатково до стандартної терапії глютамін-цистеїніл-гліцин динатрію і аспротиніну сприяє зникненню клінічних симптомів захворювання, загоєнню деструкцій у легенях, відновленню імунної системи, зменшенню летальності і збільшенню частоти припинення бактеріовиділення, що підвищує ефективність лікування на 34 %.

УДК 616.6-002.5-071-079.4

Дискусійні питання диференціальної діагностики туберкульозу шкіри в практиці лікаря-дерматолога

О.В. Шуленіна

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», Чернівці, Україна

E-mail: shuleninas@yandex.ru

Поліморфність нашкірних виявів різних форм туберкульозу нерідко зумовлює складнощі в постановці діагнозу та вимагає від дерматолога глибоких знань у питаннях диференціальної діагностики хвороби.

Так, туберкульозний вовчак диференціюють з дискоїдною формою червоного вовчака (немає люпом, патогномонічні фолікулярний гіперкератоз та рубцева атрофія в центрі осередків), туберкулоїдною формою лепри (порушення больової і температурної чутливості, багряно-іржавий відтінок та поліморфізм висипки, мікроскопічно — виявлення паличок Ганзена), горбиковими сифілідами (щільність горбиків, швидший перебіг, мозаїчність рубців, позитивні серологічні реакції), шкірним лейшманіозом (перебування хворого в ендемічній зоні, лейшманіоми з лімфангітами із чоткоподібними потовщеннями, виявлення збудника), актиномікозом (норицеві отвори з гноем із друзами актиноміцетів).

Скрофулодерму слід диференціювати з сифілітичними гумами (солітарні, з центральним розпадом із утворенням зірчастих рубців), хронічною виразковою піддермією (не схильні до локалізації біля лімфатичних вузлів, запальна реакція з некрозом навколо виразки).

Бородавчатий туберкульоз шкіри зазвичай диференціюють з вульгарними бородавками (без запальних змін), вегетуючою піддермією (виразне запалення, рясне гнійне виділення), плоскоклітинним раком (асиметричне розташування, швидке виразкування).

Диференціальна діагностика виразкового туберкульозу шкіри та слизових оболонок передбачає вилучення виразок м'якого шанкру (рясні гнійні виділення, регіо-

нарний лімфаденіт, виявлення збудника сифілісу), ерозивних папульозних і пустульозних сифілідів (щільна консистенція країв і дна, виявлення *Tr. Pallidum* та ін.), горбиків третинного періоду сифілісу (безболісні виразки правильної округлої форми зі щільними валикоподібними краями).

Ліхеноїдний туберкульоз шкіри слід відрізнити від червоного плоского лишая. На користь останнього свідчить поява пласких папул з фіолетовим відтінком, полігональними обрисами та центральним западанням.

Папуло-некротичний туберкульоз шкіри необхідно диференціювати з масляними вуграми, які виникають у осіб, що контактують з маслами та емульсіями, локалізуються на розгинальних поверхнях кінцівок, виявляються фолікулітами, остіофолікулітами та комедонами.

Особливості клінічних виявів міліарного туберкульозу вимагають відрізнити його від папуло-пустульозної форми розацеа (телеангіектазії, інфільтрати, фолікулярні пустули, ринофіма) та міліарних папульозних сифілідів (щільні, поєднуються з іншими специфічними симптомами та позитивними серологічними реакціями).

Від еритеми Базена вузлову еритему відрізняють виразне запалення, болочість та гарячка, локалізація на передній поверхні гомілок, не буває тенденції до розпаду та виразкування. При скрофулодермі консистенція вузлів м'яка, краї виразки клаптеподібні, є норичеві ходи. При гумозних сифілідах немає суб'єктивних відчуттів, колір багряно-червоний, позитивні серологічні реакції.

Важливо пам'ятати, що діагностику туберкульозу шкіри проводять за загальними правилами фтизіатрії,