

(хв.) у здорових осіб. Виявлено достовірне на 42 % ( $p < 0,001$ ) зниження рівня XIII фактору.

**Висновки.** У хворих на БА під час загострення спостерігаються ознаки вираженої гіперкоагуляції крові. Збільшення часу плазмового лізису пов'язано зі зменшенням кількості

плазміногену та його активаторів, що обумовлює пригнічення процесів фібринолізу. Достовірне підвищення вмісту фібриногену є чинником, що сприяє гіперкоагуляції крові, але пов'язано насамперед із активним запальним процесом в легенях.

**С. В. Коваленко**

## ВПЛИВ ПРЕПАРАТУ ПЕНТОКСИФІЛІН+РІНГЕРА ЛАКТАТ НА ВМІСТ ФАКТОРІВ РОСТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ З СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШКІВНИКА

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

**Вступ.** Особливий інтерес для дослідження механізмів розвитку системної запальної відповіді при хронічному обструктивному захворюванні легень (ХОЗЛ) представляють фактори росту (ФР) — трансформуючий фактор росту  $\beta 1$  (TGF- $\beta 1$ ), васкулоендотеліальний фактор росту (VEGF) та фактор росту фібробластів основний (bFGF).

Мета дослідження: вивчення впливу препарату Латрен (пентоксифілін + рінгера лактат) на вміст ФР у хворих на ХОЗЛ з синдромом подразненого кишківника (СПК).

Матеріали та методи. Обстежено 64 хворих на ХОЗЛ з СПК, середній вік  $54 \pm 2,1$  років, з тривалістю захворювання не менше 5 років, ОФВ<sub>1</sub> не менше 50 % від належних величин. Пацієнти обстежувалися в період загострення захворювання та через 2 тижні стаціонарного лікування.

Обстежено також 30 практично здорових осіб (ПЗО) відповідного віку (контрольна група), в яких на момент обстеження не спостерігалось гострих та хронічних захворювань, алергологічний анамнез не обтяжений.

Залежно від терапії хворих розподілено на групи: I група (31 особа) — хворі, що на фоні стандартної терапії загострень ХОЗЛ (бронходилататори, мукоурегулятори та за показаннями — антибіотики) отримували препарат Латрен по 200 мл розчину внутрішньовенно крапельно, щоденно протягом 10 днів; II група (33 особи) — хворі, які лікувались тільки традиційно.

Для аналізу вмісту ФР в сироватці крові хворих проводили визначення їх рівня з використанням набору реагентів для кількісного визначення людських цитокінів у біологічних рідинах

людини (плазма крові хворих) за допомогою наборів ELISA імуноферментним методом згідно доданої інструкції.

**Результати дослідження.** Доказом ролі запального компонента в ушкодженні слизових бар'єрів є вірогідне зростання в крові вмісту факторів росту: спостерігали підвищення рівня прозапального VEGF і компенсаторну гіперпродукцію анаболічного протиапоптотичного TGF- $\beta 1$  у хворих всіх груп під час загострення на тлі зростання вмісту bFGF ( $p < 0,05$ ).

На тлі комплексного лікування спостерігалось більш інтенсивне зниження вмісту TGF- $\beta 1$  у сироватці крові хворих I гр. - у 1,96 рази до  $3280,45 \pm 45,63$  пг/мл, ( $p < 0,05$ ), порівняно з пацієнтами II гр., в яких цей показник зменшився до  $4034,67 \pm 56,3$  пг/мл у 1,6 рази від вихідного відповідно, проте, в пацієнтах обох груп рівень TGF- $\beta 1$  залишився підвищеним порівняно з нормою.

Вміст VEGF у пацієнтів I гр. знижувався у 2,1 рази ( $p < 0,05$ ) порівняно з таким до лікування  $139,21 \pm 23,4$  пг/мл, проте, референтної норми не досяг. У пацієнтів II гр. зниження вмісту VEGF було менш інтенсивним — у 1,5 рази від вихідного до  $194,9 \pm 20,2$  пг/мл. Показник bFGF зазнавав на тлі комплексного лікування також більш суттєвого зниження в пацієнтів I гр., порівняно з хворими II гр., хоча рівня референтної норми також не досяг.

**Висновок.** Запропоновано, для зменшення активності системного запалення, за рахунок зниження вмісту прозапальних ФР (TGF- $\beta 1$ , VEGF та bFGF), у хворих на ХОЗЛ з СПК застосовувати вітчизняний препарат Латрен, який, на тлі стандартної терапії загострень ХОЗЛ, сприяє зменшенню дисбалансу ФР.

**Н. С. Колесник, Н. І. Чудова, І. Н. Шевчук**

## СОЦИАЛЬНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТУБЕРКУЛЕЗА У ПОДРОСТКОВ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

*Запорожский государственный медицинский университет  
Запорожская академия последипломного образования*

**Целью исследования** было изучение клинических проявлений туберкулеза (ТБ) у подростков из очагов туберкулезной инфекции и влияния факторов риска на развитие заболевания в современных условиях.

**Материал и методы.** Проведен анализ 88 историй болезни детей 13–17 лет с различными формами туберкулеза, находившихся на лечении в детском отделении ЗОКПТД в 2008–2013 гг. Средний возраст детей составил ( $15,6 \pm 0,2$ ) лет, мальчиков — 48,9 %, девочек — 51,1 %. I группу составили 53 подростков (60,2 %), проживающие в очагах туберкулезной инфекции или имевшие контакт с больными туберкулезом в прошлом. II группу составили 35 подростков (39,8 %) с неустановленным контактом.

**Результаты.** Более чем 50 % подростков, больных ТБ, проживают в социально-неблагополучных семьях. В подростковом возрасте туберкулезом болеют преимущественно девочки 16–17 лет — 65,1 %. У каждого третьего подростка (30,7 %) ТБ выявлен при обращении за медицинской помощью. У 24 детей (45,3 %) I группы контакт был установлен несвоевременно, после заболевания детей. При этом у 5 из них (20,8 %) определялась множественная лекарственная устойчивость к противотуберкулезным препаратам. По результатам туберкулинодиагностики заболевание было выявлено всего 5 больных (9,4 %) 1-й группы и 5 детей (14,3 %) 2-й группы, что свидетельствует о низком качестве туберкулинодиагностики в подростковом возрасте.

Большинство детей проживали в семейных очагах инфекции (43 больных или 81,1 %), в т.ч. в очагах «смерти» — 18 больных (33,9 %), имели контакт с больными-бактериовыделителями 41 подросток (77,3 %), часть их них — с больными мультирезистентным ТБ (11,5 %), множественные контакты (15,4 %). Уровень заболеваемости подростков из периодических контактов с больными бактериовыделителями составил 30,2 %. Не были охвачены диспансерным наблюдением 47,2 % детей из контакта разной степени эпидемиологической опасности, в т.ч. 7 детей (13,2 %) из «очагов смерти», неизвестных противотуберкулезной службе, и 11 детей (20,7 %) из контакта с больными с химиорезистентным туберкулезом.

В связи с низким охватом наблюдения по контакту, химиофилактика проводилась только у 46 % детей, преимущественно неконтролируемым способом, одним препаратом. Полное разобщение источника заражения и ребенка было осуществлено лишь в 9 случаях, что составило 17,0 % в данной группе детей.

В обеих группах выявлены многочисленные пропуски виража и нарастания туберкулиновых реакций, нерегулярное проведение проб, в связи с чем, своевременное выявление туберкулеза на ранних сроках инфицирования МБТ наблюдалось всего у 5,7 % и 2,8 % соответственно в 1-й и 2-й группах. У

большинства детей на момент возникновения заболевания превалировала динамика нарастания туберкулиновой чувствительности, при этом средний размер папулы не отличался в группах наблюдения и составил 12,2–13,3 мм.

О тяжести состояния свидетельствовала структура и характер клинических форм: в обеих группах преобладал инфильтративный ТБ — у 64,1 % и у 60,0 % детей 2-й группы. В 1-й группе больных чаще определялся деструктивный (у 47,2 % детей против 28,5 % детей 2-й группы,  $p > 0,05$ ), распространенный характер изменений в легких (у 39,6 % больных против 11,4 % больных 2-й группы,  $p < 0,05$ ). Бактериовыделение определялось у 24 детей (45,3 %) из контакта и у 11 детей 2-й группы (31,4 %). Удельный вес лекарственной устойчивости среди бактериовыделителей, в т.ч. и мультирезистентных форм, достоверно не отличался в обеих группах наблюдения и составил 58,3 % у больных из контакта и 54,5 % среди детей из неустановленного контакта.

**Выводы.** Таким образом, на развитие туберкулеза в подростковом возрасте существенное влияние оказывают тесный семейный контакт, отягощенный социальный анамнез подростка, отсутствие или недостаточные профилактические мероприятия в период туберкулезного инфицирования, особенно при неустановленных контактах.

## Н. С. Колесник, О. А. Пушнова, Н. В. Онищенко, Т. Е. Онищенко КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

*Запорожский государственный медицинский университет  
Запорожский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом*

*Цель исследования:* изучить клинико-эпидемиологические особенности туберкулеза (ТБ) у детей из перинатального контакта по ВИЧ-инфекции.

Под наблюдением находились 21 детей, больных туберкулезом, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, потребителями инъекционных наркотиков (85,7 %). Ко-инфекция ТБ/ВИЧ диагностирована у 16 (76,2 %) детей (I группа), у 5 (23,8 %) детей диагноз ВИЧ-инфекции был снят (II группа). У 2 детей (12,5 %) I группы выявление туберкулеза предшествовало диагностированию ВИЧ-инфекции. Средний возраст на момент установления диагноза туберкулеза у детей с ко-инфекцией не превышал  $4,8 \pm 0,02$  лет, преимущественно заболели мальчики. У детей с неподтвержденным ВИЧ-статусом, развитие туберкулеза приходилось на ранний возраст — до 3-х лет. Заболевание туберкулезом в большинстве (75,0 %) выявлено при обращении за медицинской помощью в учреждения нетуберкулезного профиля.

Большинство проживали в семейных очагах — 13 (81,2 %) детей I группы и все дети II группы, в т.ч. двойной контакт был зарегистрирован у 6 (43,7 %) и у 1 (20 %) ребенка, соответственно. 14,3 % больных I группы проживали в очагах мультирезистентного ТБ. Более половины детей — 10 (62,5 %) и 3 (60 %) соответственно, I и II группы, проживали в семьях, где один из родителей умер от СПИД-ассоциированного туберкулеза.

До манифестации туберкулеза у фтизиопедиатра наблюдались 8 (50 %) детей I группы и 3 (60 %) детей II группы. Химиофилактику изониазидом в амбулаторных условиях проводили 9 (56,2 %) и 2 (40 %) детям, соответственно по группам. Полная трехэтапная профилактика перинатальной передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку проведена лишь в 4 (25,0 %) случаях, антиретровирусную терапию (АРТ) до присоединения туберкулеза получали 9 детей (56,2 %).

Анализ туберкулиновых проб свидетельствовал, что у детей с ко-инфекцией ТБ/ВИЧ чаще определялись гиперэргическая (21,4 %) и анергическая (42,8 %) реакции к туберкулину (у 7(50 %) больных, при этом средний размер папулы составил  $4,3 \pm 0,02$  мм. В отличие от детей I группы, у больных II группы формировались высокие положительные туберкулиновые пробы (средний размер папулы —  $14,0 \pm 0,01$  мм,  $p < 0,05$ ), что свидетельствовало об адекватном иммунном ответе на туберкулезную инфекцию. Вакциной БЦЖ-М в родильном доме были привиты 4 ребенка (25,0 %) I группы. Средний размер поствакцинального рубчика —  $3,33 \pm 0,2$  мм.

В клинической картине туберкулеза у всех больных наблюдались различной степени выраженности симптомы интоксикации, у 3 детей (18,7 %) I группы в клинике превалировал бронхообструктивный синдром. В структуре клинических форм у 6 больных I группы регистрировались распространенные процессы (37,5 %), осложненное течение (ателектаз сегмента) — у 3 детей (18,7 %), деструкции в легких — у 1 ребенка (6,2 %), бактериовыделение — у 3 (18,7 %), лекарственная устойчивость сформировалась у 1 (6,2 %). Генерализованный туберкулез был диагностирован у 4 детей (25,0 %), в 3 случаях послужил причиной смерти больных. У детей II группы диагностировался ТБ внутригрудных лимфатических узлов (80 %) и первичный туберкулезный комплекс (20 %), осложненное течение — у 1 больного. Исходом ТБ у всех детей II группы стало клиническое выздоровление с формированием малых остаточных изменений.

Таким образом, анализ эпидемиологических, клинических данных свидетельствует о значительной сложности выявления, профилактики и лечения туберкулеза у детей с перинатальной ВИЧ-инфекцией, диктует необходимость дальнейшего усовершенствования организационных мероприятий по раннему и своевременному выявлению и профилактики туберкулеза у данной категории больных.