

### Summary

DISTURBANCES IN IMMUNE SYSTEM FUNCTIONING UNDER STERILE RETROPERITONEAL NECROSIS

Rusin V.I., Filip S.S.

Key words: acute pancreatitis, pancreatic infiltration, secondary immunodeficiency.

Patients with severe acute pancreatitis complicated by pancreatic infiltration, develops secondary immunodeficiency in the phase of pancreatic toxemia. This should be the basis for the prescription of directed preventive immunotherapy. When this immunotherapy is effective, it allows to expect the development of aseptic way for pancreatic infiltration course and the reduction in the occurrence of purulent complications.

УДК: 616.24 – 002.5 – 085.356

**Філатова О.В.**

### **ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ПЕРВИННОЇ СТІЙКОСТІ З ВИКОРИСТАННЯМ ІМУНОМОДУЛЯТОРІВ ТА АНТИОКСИДАНТІВ**

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»

*В роботі приведені результати лікування хворих на хіміорезистентний інфільтративний та дисемінований туберкульоз з первинною стійкістю до протитуберкульозних препаратів. Отримані напрацювання дають право рекомендувати комбінацію вітамінів А та Є по 200 мг відповідно під час сніданку. Окрім цього, хворі цієї групи отримували настійку ехінацеї 1 чайну ложку на S стакану води за півгодини до сніданку кожної доби. Курс лікування патогенною терапією 20 днів.*

Ключові слова: хіміорезистентний туберкульоз, антиоксиданти, імуномодулятори, стійкість, резистентність.

Публікація є фрагментом науково-дослідної роботи «Вивчити ефективність організації лікування хворих на туберкульоз легень і вдосконалити заходи щодо її поліпшення» кафедри фтизіатрії з дитячою хірургією (номер держреєстрації 0108U000216).

#### Вступ

Вивчення проблеми захворюваності на хіміорезистентний туберкульоз визначається в Україні та світі постійним збільшенням хворих, які виділяють стійкі до протитуберкульозних препаратів мікобактерії туберкульозу, обумовлюючи все більшу частоту виникнення туберкульозу з первинною резистентністю збудника. Поширення резистентних форм штамів мікобактерій призводить до зниження клінічної ефективності лікування хворих, подовження термінів хіміотерапії та збільшення фінансових витрат [2,4]. Поштовхом до погіршення епідемічної ситуації з туберкульозу є зниження життєвого рівня населення, безробіття, негативне ставлення до свого здоров'я пересічних громадян (тютюнопаління, зловживання алкоголем, вживання наркотичних речовин). Виявлення випадків туберкульозу в задоволеній формі, несвоєчасне лікування, порушення режиму лікування хворими, незадовільне постачання медикаментів, недостатнє фінансування Держави та відсутність контролю за процесом лікування сприяли зростанню випадків резистентності МБТ до протитуберкульозних препаратів, що вважається однією з важливих причин зростання епідемії туберкульозу [1,5,8]. Практично у 50% випадків виникає втрата чутливості мікобактерій, принаймні, до одного лікарського препарату (монорезистентність). Полірезистентні форми туберкульозу становлять 10-15% із числа вперше діагностованих випадків захворювання на туберкульоз (первинна хіміорезистентність) [6,9,12,13]. Вторинна резистентність МБТ виникає внаслідок неправильного режиму та переривання

антибактеріальної терапії. Полірезистентність мікобактерій – найсерйозніша медична та економічна проблема[3,7,10,11].

#### Мета дослідження

1. Вивчити вплив вітамінів А Є та ехінацеї на імунітет хворих на хіміорезистентний туберкульоз.
2. Вивчити особливості лікарської стійкості МБТ у хворих на інфільтративний та дисемінований туберкульоз.
3. Вивчити дані результатів клінічного, лабораторного, рентгенологічного обстеження та лікування вперше виявлених хворих залежно від режиму терапії (з додаванням антиоксидантів та імуномодуляторів, і без).

У нашому дослідженні ми додали до протитуберкульозних препаратів у якості патогенної терапії настійку ехінацеї по 1 чайній ложці на 1/2 стакану води за 30 хвилин до сніданку, та вітаміни А та Є у капсулах по 200 мг відповідно, хворі вживали під час їжі на протязі 20 днів.

#### Матеріали та методи

Для вирішення поставленої задачі ми спостерігали дві групи хворих на вперше діагностований туберкульоз легень з первинною резистентністю МБТ з Полтави та Полтавської області.

Основну групу склали 30 пацієнтів з дисемінованим та інфільтративним туберкульозом легень, всі з бактеріовиділенням, переважно чоловіки 27 (90%) і 3 жінки (10%), вік від 25-48 років. В легенях у 6 (20%) хворих визначаються великі порожнини деструкції. Кашель з харкотинням був у 10 (33,3%). У загальному аналізі крові у 17 (56,7%) хворих спостерігалось підвищення лей-

коцитів до 9,4 Г/л, у 13 (43,3%) пацієнтів було підвищення ШОЕ до 30мм/год. Стійкість МБТ до протитуберкульозних препаратів була наступна: до Н, R мали 8 чоловік (26,7%), до Н, S, E – 12 чоловік (40%), до R, S – 10 чоловік (33,3%). Контрольна група була представлена 30 пацієнтами віком від 20-50 років з інфільтративним та дисемінованим туберкульозом. 28 чоловіків (93,3%), та жінки 2 (6,67%), вік 24-48 років. Великі за розміром порожнини деструкції виявили у 5 (16,7%) хворих. Кашель з харкотинням у 12 (40%) пацієнтів. У всіх виявлено бактеріовиділення мікроскопічно та культурально. У загальному аналізі крові у 10 (33,3%) хворих спостерігалось підвищення лейкоцитів до 9,4 Г/л, у 20 (66,7%) пацієнтів було підвищення ШОЕ до 30мм/год. Стійкість МБТ до протитуберкульозних препаратів була наступна: до Н, R мали 10 чоловік (33,3%), до Н, S, E – 14 чоловік (46,7%), до R, S – 6 чоловік (20%).

Стійкість визначали методом посіву культури на поживне середовище. Хворі основної та контрольної груп отримували протитуберкульозну терапію згідно протоколу та з урахуванням чутливості МБТ до протитуберкульозних препаратів.

З початку інтенсивної фази лікування пацієнтам основної групи додатково призначали вітаміни А Є по 200 мг відповідно під час сніданку та настійку ехінацеї. Вітаміни призначали по 2 капсули (200 мг) кожного дня вранці під час їжі кожної доби, на протязі 20 діб. Окрім цього, хворі цієї групи отримували настійку ехінацеї (1 чайну ложку на ½ стакану води за півгодини до сніданку кожної доби, протягом 20 діб). Пацієнти контрольної групи вітаміни А і Є та настійку ехінацеї не отримували.

### Результати дослідження та їх обговорення

Стійкість визначали методом посіву культури на поживне середовище. Хворі основної та контрольної груп отримували протитуберкульозну терапію згідно протоколу та з урахуванням чутливості МБТ до протитуберкульозних препаратів.

З початку інтенсивної фази лікування пацієнтам основної групи додатково призначали вітаміни А Є по 200 мг відповідно під час сніданку та настійку ехінацеї. Вітаміни призначали по 2 капсули (200 мг) кожного дня вранці під час їжі кожної доби, на протязі 20 діб. Окрім цього, хворі цієї групи отримували настійку ехінацеї (1 чайну ложку на ½ стакану води за півгодини до сніданку кожної доби, протягом 20 діб). Пацієнти контрольної групи вітаміни А і Є та настійку ехінацеї не отримували.

З метою оцінки ефективності лікування пацієнтів проаналізовані результати лікування двох груп хворих з первинною стійкістю, що складала 60 хворих. 1 група – 30 чоловік, що отримувала антиоксиданти та імуномодулятори, 2 – 30 чоловік, які не приймали антиоксиданти та імуномо-

дулятори. Групи порівняні по віку, статі, розповсюженості процесу. У першій групі жінки склали (10%) 3, чоловіки (90%) 27, у другій групі жінки (6,67%) 2, чоловіків (93,3%) 28 відповідно.

Після проведеного курсу лікування в основній групі з додатковою терапією через 20 діб клінічно відмічалось суттєве покращення стану хворих: у 6 хворих (20%) з дисемінованим туберкульозом легень, у 4 хворих (13,3%) з інфільтративним зменшився кашель, покращився апетит, 6 (20%) хворих збільшили масу тіла на 1-1,5 кг; у 9 хворих (30%) покращились показники гемограми, що проявлялось зменшенням ШОЕ, збільшенням лімфоцитів в периферичній крові, у 5-х хворих (16,7%) припинилося бактеріовиділення. При контрольному рентгенологічному обстеженні через 2 місяці від початку лікування у хворих основної групи у 7 хворих (23,3%) відмічається зменшення явищ інфільтрації та зменшення порожнин розпаду в діаметрі. В контрольній групі такі зміни відмічені у 5 хворих (15,7%). По даним імунограми в кінці лікування в основній групі у 8-х хворих (26,7%) нормалізувалися показники абсолютного числа Т-лімфоцитів з 476 до 804, абсолютного числа Т-хелперів з 380 до 726, Т-супресорів з 190 до 520. У 12 (40%) хворих спостерігається нормалізація В-лімфоцитів з 180-705 (абсолютне число). В контрольній групі ці зміни були мало виражені.

У контрольній групі у 4 хворих (13,3%) з дисемінованим туберкульозом легень, у 3 хворих (10%) з інфільтративним зменшився кашель, покращився апетит, 4 (20%) хворих збільшили масу тіла на 1-1,5 кг; у 14 хворих (46,7%) покращились показники гемограми, що проявлялось зменшенням ШОЕ, збільшенням лімфоцитів в периферичній крові, у 5-х хворих (16,7%) припинилося бактеріовиділення. При контрольному рентгенологічному обстеженні через 2 місяці від початку лікування у хворих основної групи у 5 хворих (16,7%) відмічається зменшення явищ інфільтрації та зменшення порожнин розпаду в діаметрі. По даним імунограми в кінці лікування в основній групі у 4-х хворих (33,3%) нормалізувалися показники абсолютного числа Т-лімфоцитів з 536 до 623, абсолютного числа Т-хелперів з 350 до 510, Т-супресорів з 195 до 450. У 3 (10%) хворих спостерігається нормалізація В-лімфоцитів з 180-501 (абсолютне число).

Представлені дані свідчать про позитивну дію комбінації вітамінів А, Є та екстракту ехінацеї в лікуванні хворих на вперше діагностований туберкульоз з первинною резистентністю МБТ до протитуберкульозних препаратів, яка проявляється покращенням клінічного стану пацієнтів, показників гемограми та імунологічних даних (Т-лімфоцити, Т-хелпери, В-лімфоцити, Т-супресори) вже в кінці 1-го місяця лікування, що обумовлює позитивні зміни в зоні патологічного процесу в легенях, які відображаються на рентгенограмі зменшенням явищ інфільтрації і діаметра порожнини розпаду.

### Висновки

1. Застосування антиоксидантів та імуномодуляторів позитивно впливає на клітинний імунітет пацієнта.

2. Покращуються клінічні, лабораторні, рентгенологічні показники у основної групи хворих, що приймали імуномодулятори та антиоксиданти разом з протитуберкульозними препаратами.

### Література

1. Беянин И. И. «Снижение устойчивости микобактерий к противотуберкулезным препаратам в эксперименте и клинике (ближайшие и отдаленные результаты) / И. И. Беянин, Е. И. Шмелев // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2007. - № 2. – С. 31–38.
2. Бялик И.Б. Результаты застосування ПАСК в комплексній хіміотерапії хворих деструктивним, раніш неефективно лікованим, хіміорезистентним туберкульозом легень / И.Б. Бялик, Л.М. Циганкова, В.В. Давиденко, І.В. Случ // Український пульмонологічний журнал. – 2006 - № 1. – С. 56–60.
3. Гольшевская В.И. Возможности диагностики туберкулеза при помощи амплификационных тест-систем. Молекулярные основы патогенеза и диагностики туберкулеза и другой легочной патологии // В.И. Гольшевская, А. Л. Гинцбург, Д.Т. Леви. – М., 1995. – С. 10–11.

4. Демьяненко Н.В. Определение микобактериальных антигенов при туберкулезе / Н.В. Демьяненко, Н.А. Кетова // Проблемы туберкулеза. – 1995. - № 2. – С. 59.
5. Лечение туберкулеза // Туберкулез ; Под ред. А.Г. Хоменко. – М., 1996. – 496 с.
6. Мишин В.Ю. Эффективность стандартного режима химиотерапии при лечении впервые выявленных больных деструктивным туберкулезом легких с бактериовыделением / В.Ю. Мишин, В.И. Чуканов, С.В. Вылегжаник // Проблемы туберкулеза. – 2001. - № 7. – С. 13–18.
7. Новожилова И.А. Значимость определения лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза для успешного лечения туберкулеза легких / И.А. Новожилова // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2004. - № 4. – С.29 – 30.
8. Перельман М.И. Хирургия туберкулеза легких / М.И. Перельман // Проблемы туберкулеза. – 1998. - № 3. – С. 27–32.
9. Петренко В.М. Современные методы лечения химиорезистентного туберкулеза / В.М. Петренко, С.О. Черненко // Проблемы туберкулеза. – 2005. - № 10. – С. 1-14.
10. Фещенко Ю.И. Современная химиотерапия туберкулеза легких / Ю.И. Фещенко // Лікування та діагностика. – 1996. - № 2. – С. 34 – 36.
11. Фещенко Ю.І. Лікування туберкульозу / [Ю.І. Фещенко, В.М. Мельник, І.Г. Ільницький та ін.]; За ред. Ю.І. Фещенко. – К.: Логос, 1996. – 117 с.
12. Фещенко Ю.І. Хіміорезистентний туберкульоз / Ю.І. Фещенко, В.М. Мельник, А.В. Коблянська. - К., 2003. – 136 с.
13. Кожушко М.Ю. Антиоксична дія А-бактерину у хворих на туберкульоз легень / М.Ю. Кожушко, С.А. Рижинко // Медичні перспективи. – 2003.. - №2 – С. 69-71.

### Реферат

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ С ПЕРВИЧНОЙ СТОЙКОСТЬЮ С ДОБАВЛЕНИЕМ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ И АНТИОКСИДАНТОВ**

Филатова Е.В.

Ключевые слова: химиорезистентный туберкулез, стойкость, антиоксиданты, иммуномодуляторы.

В работе приведены результаты лечения больных химиорезистентными инфильтративными и диссеминированным туберкулезом с первичной стойкостью к противотуберкулезным препаратом. Полученные наработки дают право рекомендовать комбинацию витаминов А и Е по 200 мг соответственно во время завтрака кроме этого больные этой группы получали настойку эхинацеи 1 чайную ложку на 5 стакана воды за полчаса до завтрака каждые сутки. Курс лечения патогенной терапии 20 дней.

### Summary

**EFFECTIVENESS FOR THE TREATMENT OF TB-PATIENTS WITH PRIMARY RESISTANCE BY IMMUNOMODULATORS AND ANTIOXIDANTS**

Filatova O.V.

Key words: chemoresistant tuberculosis, resistance, antioxidants, immunomodulators.

This article highlights the results of the therapy of patients with chemoresistant infiltrative and disseminated TB tuberculosis who have primary resistance to antituberculous medication. Our findings allow to recommend the combination of A and E vitamins in a dose of 200 mg respectively during the breakfast. Moreover, the patients under the observation took a teaspoon of Echinacea tincture per glass of water 30 min. before breakfast daily. The course of the pathogenic therapy lasts near 20 days.

УДК 616.974-055.2

**Шевченко Е.П., Мацас Е.Ю, Мулькина Е.И., Беловол А.Н.**

### **ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ПОЛИМЕРАЗНОЙ ЦЕПНОЙ РЕАКЦИИ В РЕЖИМЕ РЕАЛЬНОГО ВРЕМЕНИ У ЖЕНЩИН С УРОГЕНИТАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Национальный медицинский университет имени А.А.Богомольца, Киев,

Александровская клиническая больница, Киев

Харьковский национальный медицинский университет

*Проведен сравнительный анализ состояния биоценоза у женщин при помощи метода ПЛР в реальном времени с использованием тест-системы «Фелофлор –16» и метода микроскопии, окрашенных по Романовскому. Доказано преимущество метода ПЛР.*

Ключевые слова: микробиоценоз влагалища, умеренно - выраженный и выраженный дисбиоз, лактобациллы, условно-патогенные и патогенные анаэробные микроорганизмы.

Известно, что урогенитальная система человеческого организма представляет собой экологическую нишу, соответствующую определенной популяции микроорганизмов. Слизистые обо-

лочки органов урогенитальной системы у здоровых женщин колонизированы достаточно большим количеством микроорганизмов, составляющих биоценоз, который характеризуется