

**БРОНХООБСТРУКТИВНИЙ СИНДРОМ У ПАЦІЄНТІВ
З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ
У ПОЄДНАННІ З ТУБЕРКУЛЬОЗОМ**

Жованик Н.В., Товт-Коршинська М.І.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра пульмонології, фтизіатрії та фізіотерапії, м. Ужгород

Ключові слова: Хронічне обструктивне захворювання легень, туберкульоз легень, бронхообструктивний синдром, комп'ютерна спірографія.

Вступ. Проблема поєднання бронхообструктивного синдрому (БОС) з туберкульозом легень є актуальною як в пульмонології, так і у фтизіатрії. Часто специфічний процес розвивається на фоні хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), що створює додаткові складнощі для діагностики та медикаментозної терапії цього захворювання, в свою чергу, сам туберкульоз легень сприяє розвитку неспецифічної патології бронхів через токсико-алергічний вплив інфекції, зміну архітектоники та топографії бронхіального дерева. У зв'язку з цим актуальним є дослідження особливостей БОС у хворих на ХОЗЛ у поєднанні з туберкульозом легень (ТБС).

Мета. Виявлення особливостей клінічного перебігу та функції зовнішнього дихання у хворих на ХОЗЛ при його поєднанні з туберкульозом легень.

Матеріали та методи. Було обстежено 28 пацієнтів, у 14 з яких було діагностовано поєднання ХОЗЛ з туберкульозом легень, у інших хворих на ХОЗЛ туберкульозу не було. Всім пацієнтам в обох групах було проведено: загальноклінічне обстеження з тестом САТ, мікроскопію мокротиння, комп'ютерну спірографію із пробою з бронходилататором (сальбутамол) до та після лікування.

Результати. Вираженість клінічних симптомів за даними тесту САТ у пацієнтів з ХОЗЛ без ТБС була більшою порівняно з ХОЗЛ з ТБС (відповідно $15,7 \pm 1,2$) та $12,7 \pm 2,4$) балів $p > 0,05$). При дослідженні функції зовнішнього дихання було виявлено, що значення ОФВ₁ у хворих на ХОЗЛ були вищими за рівень показника у пацієнтів з поєднанням ХОЗЛ та туберкульозу легень (відповідно $60,4 \pm 5,4$)% та $35,4 \pm 2,9$)%, $p < 0,05$). Разом з тим, середні значення ДОФВ₁ після проби з бронходилататором було дещо вищим в групі з поєднанням ХОЗЛ з ТБС ($22,8 \pm 4,3$)%, ніж у пацієнтів ХОЗЛ без ТБС ($13,7 \pm 3,2$)%, але не вірогідно. Підвищення ОФВ₁ після лікування у пацієнтів з поєднанням ХОЗЛ з ТБС було більш вираженим ($32,4 \pm 12,6$)%, ніж у хворих на ХОЗЛ ($12,4 \pm 6,5$)%, $p > 0,05$).

Висновки. При поєднанні туберкульозу легень з БОС спостерігалася менш виражена симптоматика (за даними тесту САТ), ніж у пацієнтів з ХОЗЛ без ТБС. Зростання середнього значення ОФВ₁ після лікування та середній значення ДОФВ₁ після проби з бронходилататором було вищим у пацієнтів

з ХОЗЛ в поєднанні з туберкульозом, що може бути зумовлено практичною відсутністю базисного лікування ХОЗЛ у цих хворих.

ПОКАЗНИКИ ОКСИДАНТНОГО ГОМЕОСТАЗУ ПРИ ЧАСТКОВО КОНТРОЛЬОВАНІЙ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ, ПОЄДНАНІЙ ІЗ ФУНКЦІОНАЛЬНОЮ ДИСПЕПСІЄЮ

Ростока-Резнікова М.В., Товт-Коршинська М.І.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра пульмонології, фтизіатрії та фізіотерапії, м. Ужгород.

Ключові слова: бронхіальна астма, функціональна диспепсія, оксидантний гомеостаз.

Вступ. Проблема досягнення контролю бронхіальної астми (БА) середньої важкості у пацієнтів із коморбідними станами, зокрема функціональною диспепсією (ФД) не втрачає актуальності через взаємний вплив спільних патогенетичних ланок, які не враховуються під час вибору тактики лікування. Оксидантний стрес є важливим патогенетичним механізмом прогресування запального процесу, і, відповідно, погіршення перебігу бронхіальної астми (БА), проте зміни показників оксидантного гомеостазу серед хворих на БА в фазі ремісії, поєднану з ФД, практично не вивчався.

Мета. Дослідити показники оксидантного гомеостазу серед хворих на частково контрольовану БА середньої важкості в фазі ремісії з супутньою ФД.

Матеріали та методи. 55 хворих на частково контрольовану БА середньої важкості в фазі ремісії (з них 22 – із супутньою ФД), що отримували стандартну контролюючу терапію та β_2 -агоністи короткої дії за потребою, контрольована група – 21 практично здорова особа. Хворим проведено: загальноклінічне та лабораторне обстеження, визначення функції зовнішнього дихання і окремих показників первинних (8 найбільш інформативних жирних кислот (ЖК) мембран еритроцитів і сироватки) та кінцевих ланок оксидантного гомеостазу (продукти переокислення ліпідів (ПОЛ) – малоновий диальдегід (МД), дієнові кон'югати, дієнкетони, антиоксиданти, цинк, мідь, залізо і фермент каталаза (Кт)).

Результати. Аналіз жирнокислотного складу ліпідів серед хворих на БА, поєднану з ФД, показав достовірно вищий рівень арахідонової кислоти сироватки (попередник прозапальних цитокінів) порівняно з контрольною групою і хворими на БА без ФД, у котрих рівень цієї ЖК був нормальним. Крім того, спостерігалось вірогідне підвищення рівня МД сироватки (маркер запалення і декомпенсації ПОЛ) незалежно від наявності ФД, із високим рівнем Кт у групі хворих на БА без ФД і низьким – за наявності супутньої ФД.

Інші досліджувані показники в контрольній групі.

Висновки. Виявлені зміни свідчать про активність запального процесу в частково контрольовану БА середньої важкості з ФД, із активацією антиоксидантної системи і його виснаженням – у пацієнтів з включенням до комплексу лікування.

СІМЕЙНА СХИЛЬНІСТЬ ДО АЛЕРГІЧНОЇ РЕАКЦІЇ

(Лізанець)

Лізанець

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра пульмонології, фтизіатрії та фізіотерапії, м. Ужгород.

Ключові слова: респіраторна алергія.

Вступ. Респіраторні алергії вражають близько 20-40% населення, що повсюденість в екологічно неблагополучних районах. Прогнозам ВООЗ, алергічні захворювання посядуть перше місце. Становить велику проблему для розвитку респіраторних захворювань.

Мета. Встановити основні фактори респіраторних алергозів на основі аналізу сімейної схильності.

Матеріали та методи. Досліджено ряд вітчизняних та іноземних сімей.

Результати. Відомо, що алергічність є детермінованою. Сучасні дослідження вказують майже половину алергічної реакції у дитини, якщо обидва – 80%. За патогенезом алергії, тому велике значення мають ряд інших факторів: спадковість, близькості харчування, застосування антибіотиків, маса тіла новонародженого, забруднення навколишнього середовища, вибору правильного лікування, наявності побічної дії препаратів, дотримання правильного