

случаев, а при длительности заболевания свыше 4 лет – в 80% случаев. Наличие бронхиальной обструкции при ТЛ способствует региональному ухудшению газообмена, развитию гипоксемии и гиперкапнии, нарушению бронхиальной проходимости, развитию дыхательной недостаточности, формированию хронического легочного сердца, что в свою очередь является причиной высокой инвалидизации и смертности больных хроническими формами туберкулеза.

Цель. Изучить клинические особенности течения впервые диагностированного туберкулеза легких (ВДТБ) у лиц с синдромом бронхиальной обструкции.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением было 10 больных, поступивших на стационарное лечение в Харьковской областной противотуберкулезный диспансер №1 в 2014г. Среди них 5 женщин и 5 мужчин, у которых выявлено инфильтративный туберкулез верхних долей обоих легких 4(40%) больных и диссеминированный туберкулез обоих легких 6(60%) больных. Всем было проведено спирографическое исследования функции внешнего дыхания.

Результаты. Установлено, что у таких пациентов наблюдается более выраженная клиническая симптоматика с большей частотой осложнений и образованием полостей распада – у 7 (70%) больных с бактериовыделением – у 6(60%) больных. Отмечено, что при наличии БОС сроки прекращения бактериовыделения были в среднем на 1,5-2 мес. больше, чем у больных без сопутствующей бронхообструкции. По данным спирографии наиболее часто наблюдалось повышение бронхиального сопротивления на выдохе и снижение удельной бронхиальной проходимости (у 40% больных), повышение бронхиального сопротивления на выдохе (у 40% больных). В 30% случаев отмечается увеличение общего бронхиального сопротивления.

Выводы. Противотуберкулезная химиотерапия ТЛ, сочетающегося с БОС, предполагает худший исход заболевания и наибольшую вероятность формирования значительных остаточных изменений. В связи с этим, необходимо больше уделять внимание диагностике и выбору тактики лечения синдрома бронхообструкции для повышения общей эффективности лечения. Комплексный подход к лечению с применением патогенетически обоснованных ингаляций лекарственных средств, направленных на устранение бронхообструкции, может повысить качество излечения больного и снизить процент инвалидизации.

Юрко К.В., Сененко О.С., Адейемі Айодеджи Александр
СТАН ПОКАЗНИКІВ МІНЕРАЛЬНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА КО-
ІНФЕКЦІЮ ВІЛ/ХГС

Кафедра інфекційних хвороб
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
Науковий керівник: професор Козько В.М.

Ко-інфекція ВІЛ/ХГС є суттєвою проблемою медицини як в Україні, так і в світі, сприяє підвищенню ризику гепатотоксичності, розвитку цирозу печінки, гепатоцелюлярної карциноми та пов'язаної з ними смертності. Вміст деяких мікроелементів у тканинах і біологічних рідинах є цінним діагностичним фактором при багатьох захворюваннях і патологічних станах.

Матеріали і методи. Дослідження за темою роботи проводилися на кафедрі інфекційних хвороб Харківського національного медичного університету. Вміст калію і натрію, кальцію, магнію, міді, заліза і цинку у сироватці крові визначали методом атомно-абсорбційної спектрофотометрії. Всього обстежено 99 хворих: ХГС -

32, ВІЛ-інфекція - 34 і ко-інфекція ВІЛ/ХГС - 33 хворих. Групу порівняння склали 32 практично здорові особи.

Результати. У хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ХГС встановлено порушення вмісту мікро- і мікроелементів і білків гострої фази у вигляді зниження рівня міді, заліза, цинку, натрію, кальцію, магнію, церулоплазміну і гаптоглобіну, а також збільшення К. Прояви мікро- і макроелементозу у хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ХГС виявили вірогідний зв'язок з тяжкістю імунодефіциту та збільшується по мірі його наростання.

Дані системного аналізу свідчать, що у хворих на ХГС система гомеостазу макро- і мікроелементів функціонує в режимі гіперкомпенсації (підвищеної напруги), а у ВІЛ-інфікованих осіб і хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ХГС в кризовому режимі, тобто декомпенсації, яка більш виражена у хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ХГС. Комплексна оцінка ступеня відхилення від контролю показників мінерального обміну показала, що найзначніший ступінь відхилення був характерний для хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ХГС, яка перевищувала таку ВІЛ-інфікованих хворих у 1,2 рази і в 2 рази хворих на ХГС.