

3. Балабанова Я.М. Преобладание штаммов *Mycobacterium tuberculosis* семейства Beijing и факторы риска их трансмиссии в Самарской области / Я.М. Балабанова, В.В. Николаевский, М. Радди [и др.] // Проблемы туберкулёза и болезней лёгких. - 2006. - № 2. - С. 31-36.
4. Баранов А.А. Применение методов молекулярной биологии для исследования микобактерии туберкулёза / А.А. Баранов, А.О. Марьяндышев // Проблемы туберкулёза и болезней лёгких. - 2008. - № 4. - С. 3-8.
5. Карачунский М.А. Молекулярная эпидемиология туберкулёза / М.А. Карачунский, Л.Н. Черноусова // Проблемы туберкулёза и болезней лёгких. - 2007. - № 4. - С. 3-8.
6. Ляшенко О.О. Мікобактерії різних генотипів та їх роль в клінічній картині туберкульозу легень : спец. 14.01.26. «Фтизіатрія» / О.О. Ляшенко // - К., 2008. - 20 с.
7. Матрашкин А.Г. Генотипическая характеристика штаммов *Mycobacterium tuberculosis* из Республики Тыва / А.Г. Матрашкин, Е.М. Месько, Н.К. Белякова [и др.] // Проблемы туберкулёза и болезней лёгких. - 2004. - № 3. - С. 37-40.
8. Фещенко Ю.І. Оцінка контролю за туберкульозом в Україні за період 2006-2010 роки / Ю.І. Фещенко, В. М. Мельник, В. Г. Матусевич [та ін.] // Укр. пульмонолог. журн. — 2011. — № 4. — С. 5-10.
9. Чумак А.А. Молекулярно-генетичні дослідження в лабораторній діагностиці на сучасному етапі / А.А.Чумак // Лабораторна діагностика. - 2009. - № 1. - С. 3-5.

Реферати

ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ ПРИ ИНФЕЦИРОВАНИИ ШТАММАМИ M. TUBERCULOSIS СЕМЕЙСТВА BEIJING СРЕДИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ПОЛТАВСКОЙ ОБЛАСТИ
Цапенко Ю.П., Бойко Н.Г., Алиева Н.Н., Красношарпа Ю.О., Буслик Т.В., Краевская А.А., Тихомирова А.И.

В статье проанализирована частота инфицирования штаммами семейства Beijing среди впервые диагностированных больных туберкулёзом по Полтавской области Украины. Проведена сравнительная характеристика туберкулёзного процесса у больных с впервые диагностированным туберкулёзом лёгких, инфицированных возбудителем семейства Beijing и других семейств. Отмечена ассоциированность генотипа Beijing с резистентностью к основным противотуберкулёзным препаратам и некоторым препаратам второго ряда.

Ключевые слова: туберкулёз лёгких, семейство Beijing, диссеминированный туберкулёз, генотип.

Стаття надійшла 15.02.2013 р.

COURSE OF LUNGS TUBERCULOSIS IN CASE OF INFECTING WITH M. TUBERCULOSIS STRAINS OF BEIJING GENUS AMONG FIRSTLY DIAGNOSED PATIENTS OF POLTAVA REGION
Tsapenko Y.P., Boyko M.G., Alieva N.M., Krasnoshapka Y.O., Buslyk T.V., Krayevska O.O., Tykhomyrova A.I.

The frequency of infecting with strains of Beijing genus among firstly diagnosed patients with tuberculosis in Poltava region has been analyzed in the present article. The comparative characteristic of tubercular process among patients with firstly diagnosed lungs tuberculosis infected with agent of Beijing genus and others has been carried out. The association of Beijing genotype with resistance to main anti-tubercular medications and some others of the second line has been marked.

Key-words: lungs tuberculosis, Beijing genus, disseminated tuberculosis, genotype.

УДК: 616.441-002-073.48

Н.І. Чекаліна, Ю.М. Казаков, Є.С. Петров
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

УЛЬТРАЗВУКОВА ДОПЛЕРОГРАФІЯ У ДІАГНОСТИЦІ АУТОІМУННОГО ТИРЕОЇДИТУ

Були вивчені показники кровотоку у щитоподібній залозі у хворих на аутоімунний тиреоїдит методом ультразвукової доплерографії. Визначена помірна гіперваскуляризація та підвищення швидкості кровотоку у тиреоїдних артеріях, що можна рекомендувати як вірогідний критерій діагностики цього захворювання.

Ключові слова: аутоімунний тиреоїдит, діагностика, ультразвукова доплерографія.

Робота є фрагментом науково-дослідної роботи «Комплексне дослідження генетично обумовлених особливостей NF-kB опосередкованої сигнальної трансдукції, що визначає розвиток хронічного системного запалення у хворих на метаболічний синдром та цукровий діабет II типу», 2011-2013 рр., № держреєстрації 0111U001774.

Однією з актуальних проблем сучасної медицини є аутоімунний тиреоїдит (АІТ). За даними різних авторів, АІТ складає 20-30 % тиреоїдної патології в Україні [3]. Зростання рівня захворюваності на АІТ пов'язують із впливом несприятливих факторів оточуючого середовища — екологічне забруднення, високий радіоактивний фон, підвищене вживання ксенобіотиків, йодний дефіцит, тощо. Також, доведена роль бактерій, вірусів, оперативних втручань на щитоподібній залозі, що індукують розвиток аутоімунного процесу [9]. АІТ є найчастішою причиною як субклінічного, так і маніфестного гіпотиреозу, який зумовлює прогресування атеросклерозу, ішемічної хвороби серця, порушення репродуктивної функції у жінок, нервово-психічних розладів, змін імунологічного статусу, тощо. Збільшилася питома вага латентних форм АІТ, що утруднює його своєчасне виявлення. Також, відсутні чіткі діагностичні алгоритми виявлення АІТ, особливо — критерії досягнення ремісії, оскільки рівень антитіл до антигенів щитоподібної залози (ЩЗ) у крові має значення тільки під час діагностування АІТ і не використовується з метою оцінки розвитку і прогресування захворювання, тобто як прогностичний тест [1,4].

Питання діагностичної тактики при захворюваннях щитоподібної залози постійно переглядаються у зв'язку з появою нових методик та технологій. На сьогодні, комплексне ультразвукове дослідження (УЗД) визнане одним з пріоритетних методів дослідження ЩЗ, завдяки доступності, безпечності та високої інформативності [2,5,8]. Характерні зміни сірошкального зображення ЩЗ у В-режимі, є одним з головних критеріїв діагностики АІТ [6], поряд з підвищенням рівня тиреотропного гормону (ТТГ) та антитіл (АТ) до тиреопероксидази (ТПО) та тиреоглобуліну (ТГ) (рис.1-3).

За даними багатьох наукових досліджень, при кольоровому доплерівському картуванні (КДК) під час загострення АІТ відмічається дифузна гіперваскуляризація паренхіми та сполучнотканинних перетинків ЩЗ з перевагою артеріального кровотоку, іноді — гіперваскуляризація, переважно, по периферії гіпоехогенних ділянок,

які є гіпо- або аваскулярними [7,8]. Проте, дифузна гіперваскуляризація також характерна й для дифузного токсичного зобу (ДТЗ), проте розподіл її у паренхімі рівномірний, та судини мають прямолінійний характер. У більшості хворих на АІТ у період ремісії паренхіма ЩЗ аваскулярна, що знижує інформативність метода КДК [1,5].

На даний час існує невелика кількість наукових робіт, які присвячені вивченню залежності швидкісних показників кровотоку у щитоподібних артеріях в залежності від активності аутоімунного процесу [2,5,7]. При вивченні цих показників, більшість авторів проводили дослідження, відаючи перевагу впливу тиреоїдного статусу на характеристику отриманих даних.

Метою роботи було вивчення швидкісних показників кровотоку у щитоподібних артеріях у хворих на АІТ у стадії ремісії у стані еутиреозу та провести порівняння з аналогічними показниками у здорових осіб.

Матеріал і методи дослідження. Нами проведено оцінку кровотоку у артеріях щитоподібної залози за допомогою спектральної імпульсної доплерографії (СІД) у 30 здорових осіб та 24 хворих на АІТ дифузної форми у стані еутиреозу в період нестійкої ремісії. Дослідження проводилося на ультразвуковому сканері Fukuda UF-750 ХТ. Проведено усереднення показників кровотоку правої та лівої щитоподібної артерії за умов відсутності вірогідної різниці між ними. Статистична обробка отриманих даних проводилася за допомогою t критерію Стьюдента.

Результати дослідження та його обговорення. У обстежених здорових осіб середня систолічна швидкість кровотоку (СШК) у верхніх щитоподібних артеріях складала $16,3 \pm 0,77$ см/с, у нижніх щитоподібних артеріях — $15,9 \pm 0,89$ см/с; середня діастолічна швидкість кровотоку (ДШК) у верхніх щитоподібних артеріях — $7,1 \pm 0,94$ см/с, у нижніх — $6,6 \pm 0,71$ см/с, індекс резистентності (ІР) у верхніх щитоподібних артеріях — $0,59 \pm 0,05$, у нижніх — $0,57 \pm 0,09$, пульсаторний індекс (PI) — $0,6—1,1$.

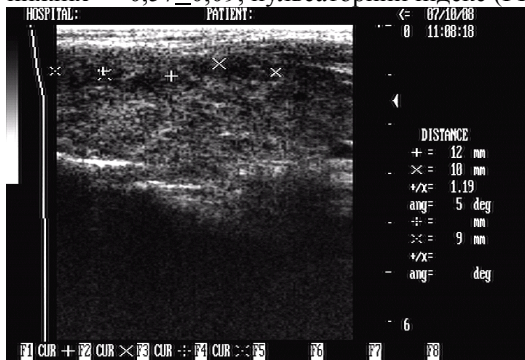


Рис. 1. АІТ. Гіпоехогенні ділянки з нечіткими межами (переважно, у передніх відділах долі). В-режим.

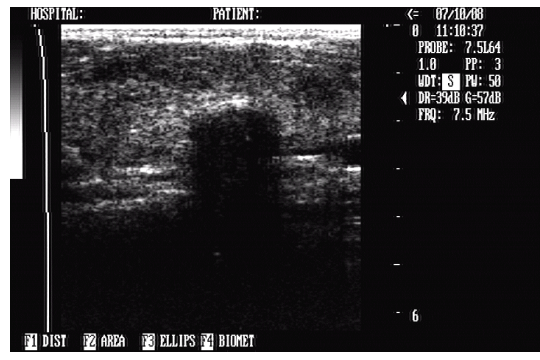


Рис. 2. АІТ. Дифузна неоднорідність паренхіми ЩЗ, потовщення перешийка (форма «підкови»). В-режим.

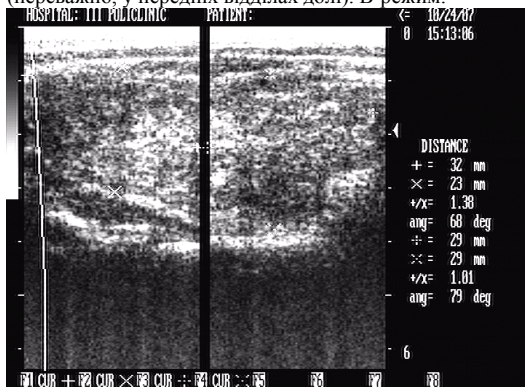


Рис. 3. АІТ. Стадія загострення. Підвищення СШК у нижній тиреоїдній артерії. Режим КДК+СІД.

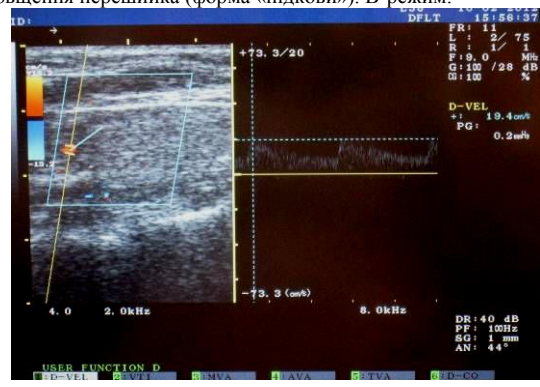


Рис. 4. АІТ. Кровоток у нижній тиреоїдній артерії. Режим КДК+СІД.

У хворих на АІТ СШК у верхніх щитоподібних артеріях була $18,7 \pm 0,85$ см/с, у нижніх — $20,8 \pm 0,91$ см/с; ДШК у верхніх щитоподібних артеріях складала $7,9 \pm 0,95$ см/с, у нижніх — $8,1 \pm 0,85$ см/с, ІР у верхніх щитоподібних артеріях — $0,64 \pm 0,08$, у нижніх — $0,60 \pm 0,07$, PI — $0,7—1,2$ (рис.4).

При застосуванні КДК та енергетичної доплерографії відмічена помірна гіперваскуляризація паренхіми ЩЗ за рахунок артеріального компоненту у 25 % хворих на АІТ.

Васкуляризація ЩЗ при АІТ та характеристики кровотоку є одними з головних ознак активності патологічного процесу. За даними різних авторів, при гіпотиреозі швидкісні показники дещо нижчі, ніж у здорових осіб, при гіпертиреозі — можуть бути суттєво збільшені [1,2,7].

Аналізуючи дані, що отримані при дослідженні хворих на АІТ у стані еутиреозу, слід зазначити збільшення СШК у нижніх щитоподібних артеріях при АІТ на 33% та у верхніх щитоподібних артеріях — на 16% та збільшення ДШК у нижніх щитоподібних артеріях на 23 % та у верхніх щитоподібних артеріях — на 11% у порівнянні з показниками здорових осіб. Тож, підвищення СШК та ДШК у тиреоїдних артеріях у зазначених межах, на нашу думку, можна вважати одним з важливих діагностичних критеріїв АІТ. Більші швидкісні показники саме у нижніх тиреоїдних артеріях корелюють з даними, що отримані рядом інших дослідників [1,8]. Це

може бути підґрунтям обмежуватися дослідженням швидкостей тільки у нижніх тиреоїдних артеріях, що є більш чутливим показником при АІТ. Важливо зазначити, що при ДТЗ швидкість кровотоку у тиреоїдних артеріях збільшується у десятки разів, що може бути важливою диференційно-діагностичною ознакою ДТЗ та гіпертрофічної форми АІТ, поряд з визначенням рівня відповідних АТ [1]. ІР у хворих на АІТ був дещо вищий, проте вірогідної різниці цього показника, у порівнянні з групою здорових осіб, не виявлено. Суттєвих відмінностей ІІ в обох групах дослідження не відмічалось.

Підсумок

Отримані дані обґрунтовують доцільність подальших досліджень кровотоку у ЩЗ у зіставленні з даними клінічних, лабораторних та інших інструментальних методів з метою визначення вірогідних маркерів АІТ, диференціації його стадій та форм та можливості використання їх як показників ефективності лікувальних заходів.

Література

1. Вагапова Е.А. Допплерография в диагностике аутоиммунного тиреоидита / Е.А. Вагапова, И.М. Михайлов // – 2006. - №3. – С. 77-84.
2. Голымбиевская Т.А. Возможности УЗИ-ангиографии в оценке кровотока в щитовидной железе при аутоиммунном тиреоидите / Т.А. Голымбиевская // – СПб, 2003. – С. 309-310.
3. Кравченко В.І. Динаміка захворюваності на патологію щитоподібної залози в Україні / В.І. Кравченко, С.В. Постол // – 2011. – 3(35). – С. 26-31
4. Пинский С.Б. Диагностика заболеваний щитовидной железы / С.Б. Пинский, А.П. Калинин, В.А. Белобородов // - М.: Медицина, 2005.- 192 с.
5. Стрижакова Е.М. Ультразвуковая оценка кровоснабжения щитовидной железы при аутоиммунном тиреоидите / Е.М. Стрижакова, А.А. Стрижаков, Е.И. Плюхина // Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2008. - № 3. - С.116.
6. Тронька М.Д. Стандарти діагностики та лікування ендокринних захворювань / М.Д. Тронька // – К.: ТОВ «Доктор-Медіа», 2007. – 352 с.
7. Caruso G. Color Doppler measurement of blood flow in the inferior thyroid artery in patients with autoimmune thyroid disease / G.Caruso, M. Attard, A. Caronia [et al.] // Eur.J.Radiol. – 2000. – Vol. 36, №6. – P. 5-10.
8. Loevner L.A. Imaging of the thyroid gland / L.A. Loevner // Semin Ultrasound CT MR. - 1996. - Vol.17. - P. 539-562.
9. Takami H. E. Hashimoto's thyroiditis / H. E. Takami, R. Miyabe, K. Kameyama // World J. Surg. – 2008. – Vol. 32, N 5. – P. 688–692.

Реферати

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДОППЛЕРОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА

Чекалина Н.И., Казаков Ю.М., Петров Е.Е.

Были изучены показатели кровотока в щитовидной железе у больных аутоиммунным тиреоидитом методом ультразвуковой доплерографии. Выявлена умеренная гиперваскуляризация и повышение скорости кровотока в щитовидных артериях, что можно рекомендовать как достоверный критерий диагностики этого заболевания.

Ключевые слова: аутоиммунный тиреоидит, диагностика, ультразвуковая доплерография.

Стаття надійшла 18.02.2013 р.

ULTRASONIC DOPPLEROGRAPHY IN DIAGNOSTICS OF AUTOIMMUNE THYROIDITIS

Chekalina N.I., Kazakov Y.M., Petrov Ye.Ye.

The indexes of bloodstream were studied in a thyroid for patients with autoimmune thyroiditis by the method of ultrasonic dopplerography. Moderate hypervascularization and increasing of velocity of blood stream in thyroid arteries was detected, that can be recommended as a reliable criterion of diagnostics of this disease.

Key words: autoimmune thyroiditis, diagnostics, ultrasonic dopplerography.

УДК 616.89-008.442:616.853

В.В. Шиндер

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

РОЛЬ ЦИРКАДАННИХ РИТМІВ У ПАТОГЕНЕЗІ СЕКСУАЛЬНОЇ ДИСГАРМОНІЇ ПОДРУЖНЬОЇ ПАРИ, В ЯКІЙ ЧОЛОВІК ХВОРИЄ НА ЕПІЛЕПСІЮ

У 86 подружніх пар з сексуальною дисгармонією, в яких чоловіки хворіють епілепсією, вивчені циркаданні ритми: добові показники систолічного та диастолічного АТ, частота пульсу та температура тіла, а також суб'єктивна біоритмологічного типу по модифікованій для середньої широти СНД анкеті Естберга. Результати свідчать про те, що у хворих основних груп в порівнянні з контрольними особами має місце десинхронізація фізіологічних функцій, яка в більшому ступені виражена в представників вечірнього типу та являється однією зі складових подружньої сексуальної дисгармонії.

Ключові слова: циркаданні ритми, епілепсія, сексуальна дисгармонія.

У наш час можна впевнено говорити про встановлення загальнобіологічного закону хвилеподібності адаптаційного процесу, згідно з яким процес у будь-якій його фазі (тривоги, резистентності, виснаження) знаходиться в коливальному режимі, тобто є хвилеподібним. Саме він дозволяє передбачити особливості перебігу хронічних захворювань, можливість відновлення стану після періоду гострих хвороб і травм, зміну періоду поліпшення або погіршення стану в процесі пристосування до складних умов існування [2,3,5,6,7]. Сукупність таких особливостей формує індивідуальний біоритмологічний статус, при аналізі якого встановлюють належність людини до одного з трьох типів добового ритму працездатності: “ранішнього”, “вечірнього” та проміжного, які є природженими, передаються спадково. На даних такого аналізу будують лікувально-профілактичні заходи, що є особливо важливим у такій специфічно парній людській функції, якою є сексуальна.

Метою роботи було вивчення особливостей впливу циркаданних ритмів на розвиток сексуальної дисгармонії в подружніх парах, в яких чоловік хворіє на епілепсію.

Матеріал та методи дослідження. Вивчено 86 подружніх пар з сексуальною дисгармонією, в яких чоловіки страждали на епілептичну хворобу. Під час психопатологічного обстеження інтеріктального перебігу епілептичної хвороби в чоловіків ми виявили наявність в них афективних порушень (F 06.33), легкий когнітивний розлад (F 07.83) та розлади поведінки і поведження (F 06.73). Виявлена психопатологічна картина виникала в них внаслідок основного