

**Analysis of sexual behavior of modern young persons
with university level of education**

**P.V. FEDORYCH, V.P. FILIPISHIN, L.YA. FEDORYCH,
I.G. MIKOLYUK, MEKHMET BYULENT BAGCHI**

Summary. *The article is devoted to the analysis of sexual behavior of modern Ukrainian youth. Findings obtained for prevalence of oral and anal sex practice among young people in our country were near to the analogical rates abroad. A low level of condom usage at fellatio indicates, that oral sex practically is not perceived as a factor of possibly receipt or transmission of sexual infections.*

Keywords: *sexual behavior; questionnaire; analysis; young people; infections, transferrable mainly by sexual way.*

УДК 616.2.4-002.5-085-06:61636-005

**Патогенетичний вплив коморбідної патології печінки
на ефективність антимікобактеріальної терапії хворих
із туберкульозом легень**

О.І. ЧОПОРОВА, О.С. ШЕВЧЕНКО, Л.І. ГРЕЧАНИК

Резюме. *Проаналізовано взаємозв'язок порушень мікроциркуляторного русла печінки та її функціонального стану, а також характер побічних реакцій, ефективність лікування вперше діагностованого туберкульозу легень. Встановлено, що вазодилатація мікроциркуляторного русла печінки обумовлює виникнення токсичних побічних реакцій, неповну інволюцію інфільтрації легень, зниження ефективності лікування, а вазоконстрикція – виникнення алергічних і токсико-алергічних реакцій, повну інволюцію інфільтрації легень, порушення функції печінки.*

Ключові слова: *туберкульоз легень, внутрішньопечінкова гемодинаміка, побічні реакції, ефективність лікування.*

На теперішній час не викликає сумніву той факт, що порушення функції печінки є одним із чинників зниження ефективності лікування хворих із туберкульозом легень. Єдиною ланкою зниження функціональної метаболічної активності мікросом, мітохондрій печінки і легень є активація перекисного окислення ліпідів (ПОЛ). Під впливом ПОЛ відбувається зміна структури і бар'єрних властивостей клітинних мембран, які відповідають за транспорт кальцію. Активації ПОЛ і гіпоксії клітинних та субклітинних мембран сприяють порушення кровообігу печінки з перевагою спастичних явищ або атонії судин [2].

Збереження гомеостазу капілярного кровообігу печінки відбувається внаслідок вено-артеріальних реакцій, які чинять опір кровообігу у печінкових артеріях, зменшуючи наповнення синусоїдів печінки кров'ю, і вено-венозних реакцій, які через скорочення стінок комірних вен обмежують венозний відтік [3]. Проте продукти життєдіяльності мікобактерій туберкульозу, а також речовини, які утворюються у патологічно змінених тканинах, можуть спричинювати імунодепресивний вплив, призводячи до виснаження і блоку елементів ретикуло-ендотеліальної системи (РЕС) печінки [2].

Токсичні ураження печінки нерідко є ускладненням медикаментозної терапії у фтизіатрії (від 13,5 до 65,5%). Під дією токсинів розвивається складний симптомокомплекс, в основі якого лежить порушення механізмів детоксикації, внутрішньосудинної регуляції, посилення ПОЛ. Встановлено, що під час лікування до виникнення побічних реакцій (алергічного і токсико-алергічного характеру) різко знижується (у 2 рази порівняно з вихідним рівнем) функціональна активність РЕС печінки, що зберігається протягом тривалого часу і після їх згасання [2]. Проте вплив порушень внутрішньопечінкової гемодинаміки на переносимість та ефективність лікування хворих із туберкульозом легень залишається невивченим.

Мета роботи – вивчити характер побічних реакцій при різному стані внутрішньопечінкової гемодинаміки, оцінити вплив цих змін на функцію печінки і інволюцію туберкульозного процесу під час лікування.

Матеріали і методи

Під спостереженням було 73 хворих із вперше діагностованим інфільтративним туберкульозом легень (ВДІТЛ). Серед обстежених було 48 (65,8%) чоловіків, 25 (34,2%) жінок. Середній вік хворих становив $37,8 \pm 13,4$ року.

Пацієнтів було розподілено на 2 групи залежно від стану мікроциркуляції печінки. До 1-ї групи включено 41 хворого зі встановленою на підставі реогепатографії (РГГ) вазодилатацією, у 2-гу групу – 32 хворих із вазоконстрикцією судин печінки.

РГГ проводили за допомогою діагностичного комплексу «Сфера» за Ю.Т. Пушкарем [4]. Згідно з даними попередніх досліджень [8], маркерами порушень мікроциркуляторного русла (МЦР) печінки є час максимального кровонаповнення (інтервал В–D) і тонус судин малого та середнього калібру (ПТСМ), за якими судили про тонус судин. Діагноз ВДІТЛ було встановлено на підставі даних анамнезу, комплексного клініко-лабораторного та рентгенологічного обстежень. Усі хворі отримували стандартизовану антимікобактеріальну терапію, яка додатково охоплювала застосування силімаринвмісних гепатопротекторів у середньотерапевтичних дозах. Середні значення досліджуваних показників РГГ, визначених за результатами обстеження 15 практично здорових осіб (7 чоловіків

та 8 жінок), дорівнювали: інтервал В–D – $(0,17 \pm 0,035)$ с, ПТСМ – $(11,0 \pm 1,41)$. Критеріями виключення були патологія гепато-біліарної і серцево-судинної систем, дані анамнезу про перенесений вірусний гепатит, наявність в крові Hbs-Ag.

Статистичне оброблення отриманих даних здійснювали за допомогою програмного забезпечення Microsoft Excel XP, Statistica 6.0. Для оцінки статистичної залежності двох рядів спостережень використовували коефіцієнт лінійної кореляції Пірсона (r).

Результати та їх обговорення

У цілому, характер туберкульозного процесу у хворих із гіпотонією і спазмом МЦР печінки був майже однаковий, з незначно більш важкими ознаками захворювання (поширеним (більше 2 сегментів) деструктивним процесом, бактеріовиділенням та бронхо-легеневими симптомами) при гіпотонії судин печінки. При цьому характер змін тону судин не впливав на відхилення показників запалення у загальному аналізі крові. До того ж серед осіб із гіпотонією судин печінки було більше жінок ($p < 0,05$) і менше пацієнтів, схильних до вживання алкоголю ($p < 0,01$). Це вказує на те, що МЦР печінки може частково відображати тяжкість ВДІТЛ, а достовірніше – порушення регуляторних функцій організму, безпосередньо не пов'язаних із запальним процесом, який характеризує деякі загальні принципи активізації на рівні цілого організму і збігається з характером асиметрії при інших захворюваннях [1]. Встановлено, що токсичні побічні реакції на 1-му місяці лікування виникали при гіпотонії МЦР печінки у 2 рази частіше, ніж при спазмі судин ($p < 0,05$) (табл. 1).

Таблиця 1

Частота виникнення побічних реакцій протягом 2 місяців лікування при початковому різному тонусі судин печінки

Показник	Тонус судин МЦР печінки до лікування	
	Гіпотонія ($n=41$)	Спазм ($n=32$)
Відсутність побічних реакцій	$53,60 \pm 0,07$	$53,12 \pm 0,08$
Побічні реакції:		
– токсичні	$26,82 \pm 0,07^*$	$12,50 \pm 0,05$
– токсико-алергічні	$7,31 \pm 0,04$	$15,60 \pm 0,06^*$
– алергічні	$14,60 \pm 0,05$	$21,80 \pm 0,07^*$
Виявлені на:		
– 1-му місяці	$34,14 \pm 0,07$	$25,00 \pm 0,07$
– 2-му місяці	$2,43 \pm 0,02$	$15,60 \pm 0,06^*$

Примітка. * $p < 0,05$ – достовірність різниці між групами порівняння.

Вірогідність розвитку алергічних і токсико-алергічних реакцій виявляється вище при спазму судин, ніж при їх гіпотонії. Про більшу частоту токсичних реакцій на 1-му місяці лікування, а алергічних – на 2-му місяці згадують і в інших дослідженнях [5]. Вважають, що порушення функціонального стану органів, відповідальних за метаболізм препаратів, сприяє розвитку токсичних реакцій на 1-му місяці лікування [7]. Алергічні і токсико-алергічні побічні реакції є результатом активації імунopatологічних реакцій і можуть виникнути на 2–4-му тижні лікування [6]. Ймовірно, зміни МЦР печінки можуть закономірно впливати на частоту появи тих чи інших побічних реакцій: токсичні реакції – при гіпотонії судин печінки і перевантаження РЕС продуктами розпаду і порушеного метаболізму; алергічні реакції – через накопичення в крові циркулюючих імунних комплексів, які потребують утилізації.

Згідно з аналізом кореляційних зв'язків інтервалу В–D, ПТСМ протягом 1-го місяця лікування та якістю остаточного розсмоктування інфільтрації легень виявлено стійкий зворотній кореляційний зв'язок, достовірний за інтервалом ВКD ($r_0 = -0,29, p < 0,05$; $r_1 = -0,24, p < 0,05$), яка свідчить про формування неповного розсмоктування інфільтрації легень при зниженні значення максимального кровонаповнення печінки. При спазмі судин МЦР печінки повна інволюція запалення легень зареєстрована в 1,6 разу ($p < 0,05$) частіше, ніж при гіпотонії. Можливо, при гіпотонії судин МЦР печінки повільніше відбувається розсмоктування інфільтрації легень через пригнічення білок-синтетичної функції печінки та синтезу фосфоліпідів *de novo*, необхідних для репарації легеневої паренхіми, ніж при спазмі судин печінки.

Встановлено, що гіпотонія судин МЦР печінки від початку лікування хворих на туберкульоз легень негативно впливає на її ефективність. Збереження підвищеного тону судин МЦР печінки з 2-го місяця лікування не сприяє нормалізації функції печінки та лікуванню туберкульозу легень (табл. 2).

Згідно з нашими спостереженнями, результати лікування туберкульозу легень і функція печінки мають зворотну залежність: при вазоконстрикції більш успішному лікуванню туберкульозу (80,0% хворих) відповідає менш успішна нормалізація функції печінки (70,0% хворих) ($p < 0,05$), для вазодилатації – навпаки (53,6 і 70,7% хворих відповідно). Якщо врахувати, що при туберкульозі лівої легені виявлена тенденція до вазодилатації, а при правобічному процесі – до вазоконстрикції, і різні особливості біохімічних зрушень функції печінки, за значною кількістю показників, представлених раніше [8], результати комплексної оцінки впливу змін МЦР печінки на ефективність лікування туберкульозу легень і функцію печінки заслуговують на увагу.

Кореляційний аналіз показників реогепаатографії, ефективності лікування хворих на туберкульоз легень і нормалізації функції печінки

Показник РГГ		Вилікування туберкульозу легень	Нормалізація функції печінки
В–D, с	0-й місяць	r	0,33
		p	<0,05
	1-й місяць	r	0,25
		p	<0,05
	2-й місяць	r	0,24
		p	<0,05
ПТСМ	0-й місяць	r	0,20
		p	<0,05
	1-й місяць	r	0,08
		p	>0,05
	2-й місяць	r	-0,27
		p	<0,05

Примітка. *r* – коефіцієнт кореляції; *p* – достовірність виявленого кореляційного зв'язку.

Таким чином, вазодилатація і вазоконстрикція МЦР печінки є вагомими чинниками порушення функції печінки, предикторами побічних реакцій, впливають на характер остаточного розсмоктування інфільтрації легень та ефективність лікування туберкульозу, що підкреслює важливість врахування стану внутрішньопечінкової гемодинаміки хворих із туберкульозом легень при виборі гепатотропних засобів корекції.

Висновки

1. Зміна стану мікроциркуляторного русла печінки частково відображає тяжкість вперше діагностованого інфільтративного туберкульозу легень, а більшою мірою – порушення регуляторних функцій організму, безпосередньо не пов'язаних із запальним процесом.

2. Вазодилатація мікроциркуляторного русла печінки є передумовою токсичних побічних реакцій і неповного розсмоктування інфільтрації легень, вазоконстрикція – токсико-алергічних або алергічних реакцій і більш повної інволюції патології легень.

3. Виявлено зворотній зв'язок між ефективністю лікування хворих із вперше діагностованим інфільтративним туберкульозом легень і функці-

єю печінки: при вазоконстрикції мікроциркуляторного русла печінки більш успішному лікуванню захворювання легень відповідає менш повна нормалізація функції печінки, для вазодилатації – навпаки.

Література

1. Брагина Н.Н. Функциональные асимметрии человека / Н.Н. Брагина, Т.А. Доброхотова. – М. : Медицина, 1981. – 288 с.
2. Газизова Г.Р. Концепция паразитического метаболизма и патогенного действия возбудителя туберкулеза / Г.Р. Газизова – Казань : Мастер Лайн, 2002. – 64с.
3. Есипова И.К. Морфологические проявления сосудистой компенсации нарушенного кровообращения / И.К. Есипова // Труды 1-го Съезда Российского о-ва патологоанатомов. – М. : ММА им. И.М. Сеченова, 1996. – С. 69–70.
4. Логинов А.С. Реограмма печени в норме и патологии / А.С. Логинов, Ю.Т. Пушкаръ // Тер. архив. – 1962. – Т. 34, № 3. – С. 81–87.
5. Лекции по фтизиопульмонологии / В.Ю. Мишин и др. – М. : Мед. информ. агентство, 2006. – 310с.
6. Оценка значимости побочных реакций противотуберкулезных препаратов при лечении туберкулеза / Ю.И. Фещенко и др. // Укр. мед. часопис. – 2008. – № 3 (65). – С. 117–125.
7. Чуканов В.И. Проблема излечения больных туберкулезом органов дыхания / В.И. Чуканов // Рос. мед. журн. – 2001. – № 9 (21). – С. 954–959.
8. Зайцева С.І. Реографічна оцінка порушень функції внутрішньо-печінкової гемодинаміки у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень / С.І. Зайцева, О.І. Чопорова // Медицина сьогодні і завтра. – 2009. – № 4. – С. 12–15.

Патогенетическое влияние коморбидной патологии печени на эффективность антимикобактериальной терапии больных с туберкулезом легких

О.И. ЧОПОРОВА, О.С. ШЕВЧЕНКО, Л.И. ГРЕЧАНЫК

Резюме. Проанализирована взаимосвязь нарушений микроциркуляторного русла печени и ее функционального состояния, а также характер побочных реакций, эффективность лечения впервые диагностированного туберкулеза легких. Установлено, что вазодилатация микроциркуляторного русла печени обуславливает возникновение токсических побочных реакций, неполной инволюции инфильтрации легких, снижение эффективности лечения, а вазоконстрикция – аллергических и токсико-аллергических реакций, полной инволюции инфильтрации легких, нарушений функций печени.

Ключевые слова: туберкулез легких, внутривеночная гемодинамика, побочные реакции, эффективность лечения.

Pathogenic Impact of Comorbid Liver Pathology on Efficiency of Antimicrobial Therapy in Patients Suffering from Pulmonary Tuberculosis

O.I. CHOPOROVA, O.S. SHEVCHENKO, L.I. GRECHANYK

Summary. *The authors analyzed interrelation of the liver microvasculature disorders and the functional state of liver, as well as the nature of the side reactions and the efficiency of new-onset pulmonary tuberculosis treating. The authors found out that vasodilatation of the liver microvasculature predetermines occurrence of the toxic side reactions, incomplete involution of lung infiltration, reduction of pulmonary tuberculosis treatment efficiency, while vasoconstriction triggers occurrence of allergic and allergic-to-toxic reactions, complete involution of lungs infiltration, disorders of liver function.*

Keywords: *pulmonary tuberculosis, intrahepatic circulatory dynamics, side reactions, treatment efficiency.*

УДК 616.12-008.46:615.35

Застосування препарату Убіхінон композитум у хворих із серцевою недостатністю

Б.К. ШАМУГІЯ, Н.М. СИДОРОВА, Л.П. АНТОНЕНКО

Резюме. *У статті наведено обґрунтування доцільності застосування комплексних біологічних препаратів, здатних регулювати діяльність заблокованих внутрішньоклітинних ферментних систем і внаслідок цього забезпечувати необхідну для попередження або лікування серцевої недостатності метаболічну, трофічну, антиоксидантну, дезінтоксикаційну дію, здійснювати імунологічний, дренажний щодо матриксу та протиалергійний вплив. Наведено дані власних досліджень щодо впливу препарату Убіхінон композитум на показники геометрії лівого шлуночка серця у хворих із серцевою недостатністю.*

Ключові слова: *серцева недостатність, внутрішньоклітинні ферментні системи, комплексні біологічні препарати, геометрія лівого шлуночка серця.*

Покращання результатів лікування хворих із хронічною серцевою недостатністю (СН), яка може бути наслідком низки захворювань серцево-судинної системи, є надзвичайно актуальним питанням для системи охорони здоров'я. Ця хвороба є значним фінансовим тягарем для українського суспільства, зі значною інвалідизацією та смертністю, тому розроблення та запровадження заходів, які можуть підвищити ефективність профілактичних і лікувальних заходів щодо СН, є одним із пріоритетних завдань сучасної кардіології [1].