

ного під час першого курсу 73 %. Однією з причин низької ефективності може бути погана переносність етіотропних протитуберкульозних препаратів (ПТП) унаслідок супутньої патології. Небажані побічні реакції в разі застосування препаратів 1-го ряду спостерігаються у 8–61 % випадків, за призначення інших груп ліків — до 92 %.

**Мета роботи** — встановити чинники, які впливають на розвиток побічних реакцій на протитуберкульозні препарати у хворих на туберкульоз із супутнім ураженням гепато-панкреато-біліарної системи.

**Матеріали та методи.** Оцінювали загальноклінічні симптоми, дані ультразвукового дослідження органів черевної порожнини, рентгендослідження органів грудної порожнини, загальний та біохімічний аналізи крові: рівні загального білка, білірубину, АсАТ, АлАТ, сечовини, креатиніну, показники тимолової проби у хворих на ТБ.

**Результати.** Основною умовою зменшення передачі туберкульозної інфекції та поліпшення епідемічної ситуації в Україні є висока ефективність лікування хворих на туберкульоз. Попри зменшення захворюваності та смертності від туберкульозу, побічна дія на протитуберкульозні препарати (ПТП) обмежує проведення повноцінної хіміотерапії. Особливо часто вона розвивається у разі супутнього ураження гепато-панкреато-біліарної системи.

Ускладнення протитуберкульозної терапії є однією з найважливіших причин недостатньої ефективності протитуберкульозної терапії, тому лікарі часто змушені не тільки

змінювати режим лікування, а й відмовлятися від найефективніших стосовно мікобактерії туберкульозу препаратів.

Установлено, що патологію з боку Г-П-Б системи діагностують у 58 % хворих на ТБ. Найчастіше встановлюють діагноз хронічного некалькульозного холециститу — 36,5 %, виявляють дифузні зміни печінки — 27,8 % та хронічний панкреатит — у 22,3 % пацієнтів.

За невчасної діагностики та не належного лікуванні може розвинути непереносність до ПТП, часті побічні реакції і як наслідок — неефективне лікування та рецидиви ТБ.

Розглядаючи характер супутньої патології гепато-панкреато-біліарної системи у хворих на ТБ з різною чутливістю до протитуберкульозних препаратів, встановлено, що значною проблемою є тривалість і токсичність режимів лікування МРТБ, ПРТБ та РРТБ.

Питанням коморбідності ТБ та патології Г-П-Б системи надають недостатню увагу, особливо захворюванням печінки й підшлункової залози, які в низці випадків спричиняють медикаментозну стійкість. Хворим із активним туберкульозним процесом у легенях через супутню патологію органів травлення часто неможливо повноцінно призначити програми протитуберкульозної терапії, і лікування завершується невдачею. Значну проблему складають хворі, вилікувані від туберкульозу, але з проблемами з боку Г-П-Б системи, які позначаються на організмі загалом.

УДК 616.24-002.5-085.281-06:616.36/.37-02

## Патологія гепато-панкреато-біліарної системи у хворих на туберкульоз легень із різним спектром чутливості до протитуберкульозних препаратів

Л.Д. Тодоріко, І.О. Сем'янів, М.М. Сем'янів

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», Чернівці, Україна

E-mail: pulmonology@bsmu.edu.ua

**Мета роботи** — встановити поширеність патології гепато-панкреато-біліарної системи у хворих на туберкульоз легень із різним профілем резистентності.

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз 400 історій хворих на туберкульоз легень, які перебували на стаціонарному лікуванні в Чернівецькому обласному та міському протитуберкульозних диспансерах протягом 2012–2015 років.

**Результати.** Основною умовою зниження резервуара, зменшення передачі туберкульозної інфекції та поліпшення епідемічної ситуації в Україні є досягнення високої ефективності лікування хворих на туберкульоз. Попри зменшення захворюваності та смертності від туберкульозу (ТБ), побічні дії протитуберкульозних препаратів (ПТП) обмежують повноцінну хіміотерапію. Особливо часто вони розвиваються в разі супутнього ураження гепато-панкреато-біліарної системи.

У всіх хворих за ретроспективним аналізом вперше виявлено туберкульоз легень. Їх поділено на чотири групи: 1-ша — 250 хворих з уперше діагностованим туберкульозом легень (ВДТБ) зі збереженою чутливістю до ПТП; 2-га — 60 хворих на мультирезистентний туберкульоз легень (МРТБ); 3-тя — 80 хворих на полірезистент-

ний туберкульоз легень (ПРТБ); 4-та — 10 хворих на туберкульоз із розширеною резистентністю (РРТБ).

Оцінка результатів засвідчила, що патологію гепато-панкреато-біліарної системи діагностують у 58 % хворих на ТБ. За нозологіями спостерігався такий розподіл: хронічний некалькульозний холецистит — 36,5 %, дифузні зміни печінки — 27,8 %; хронічний панкреатит — 22,3 %. Значна частота поєднаних захворювань пояснюється не лише патогенетичними чинниками і несприятливим впливом лікарських засобів на травний канал хворих на ТБ, а й поширенням у таких хворих обтяжливих соціальних і поведінкових чинників. За даними ретроспективного аналізу, 35,5 % пацієнтів зловживали алкоголем.

Установлено, що у хворих з резистентними формами легеневого туберкульозу значно частіше виявляють патологію з боку гепато-панкреато-біліарної системи ( $p < 0.05$ ).

Аналіз характеру супутньої патології гепато-панкреато-біліарної системи у хворих на туберкульоз залежно від спектра чутливості до протитуберкульозних препаратів свідчить, що значною проблемою, яка сприяє формуванню коморбідності, є тривалість і токсичність режимів лікування пацієнтів з МРТБ, ПРТБ та РРТБ.

**Висновки.** Отже, патологія гепато-панкреато-біліарної системи є вагомим складовим у хворих на туберкульоз легень. Коморбідність туберкульозу легень із захворюваннями гепато-панкреато-біліарної

системи потрібно враховувати як у процесі призначення лікування вперше виявлених форм, так і в динаміці захворювання та в період залишкових виявів після терапії.

УДК 616.-056.3-053.2(4-11)

## Результати міжнародного епідеміологічного дослідження поширеності алергійних захворювань у дітей Східної Європи

О.Є. Федорців<sup>1</sup>, Я.І. Зейда<sup>2</sup>, А.І. Шпаков<sup>3</sup>, Л.А. Грищук<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, Тернопіль, Україна

<sup>2</sup> Сілезький медичний університет, Катовіце, Польща

<sup>3</sup> Гродненський університет імені Янки Купали, Гродно, Республіка Білорусь

**А**лергійні захворювання на сьогодні є однією з найактуальніших проблем клінічної медицини, оскільки, попри існування превентивних і лікувальних заходів, спостерігається тенденція до зростання рівня захворюваності, особливо в економічно розвинених країнах і країнах з несприятливою екологічною ситуацією. Можливі причини формування бронхіальної астми остаточно не з'ясовані, проте добре вивчені чинники ризику розвитку її. У багатьох країнах цей показник коливається від 1 до 50 % і більше. За даними різних авторів, поширеність таких алергійних захворювань, як атопічний дерматит, алергійний риніт, бронхіальна астма, харчова алергія, недостатньо вивчені. За даними досліджень польських колег, у Кракові у 5,7 % дітей віком 6–7 років діагностовано бронхіальну астму, водночас як утруднене дихання та відчуття стиснення в грудній клітці протягом останніх 12 міс було у 14,5 % обстежених. У 6,8 % дітей віком 13–14 років діагностовано бронхіальну астму, а утруднене дихання та відчуття стиснення в грудній клітці мали 9,4 % пацієнтів.

**Мета роботи** — оцінити поширеність бронхіальної астми, обструктивного бронхіту, алергійного риніту, атопічного дерматиту і неспецифічної гіперчутливості, діагностованих лікарем, у дитячого населення Тернопільської області (Україна), Сілезійського округу (Польща) та Гродненської області (Білорусь) й порівняти ці дані з результатами анкетування.

**Матеріали та методи.** У 2010 р. проведено анкетування 9000 дітей віком від 6 до 14 років сільської місцевості та 9000 дітей — жителів міста в трьох країнах Східної Європи: Польщі, Білорусі та Україні. Дослідження охопило 7237 міських і 6287 сільських дітей.

Для участі в проєкті запрошено батьків або законних опікунів дітей. Анкети містили запитання, розроблені згідно з методологією ISAAC. У перелік алергійних захворювань увійшли всі діагностовані лікарем випадки бронхіальної астми, обструктивного бронхіту, алергійного риніту, атопічного дерматиту, неспецифічної гіперчутливості. Крім врахування діагнозів, аналізували наявність у дітей характерних симптомів алергійних захворювань. Статистичний аналіз проводили з використанням програмного забезпечення Statistica 7,1. Під час інтерпретації результатів багатовимірного аналізу враховували коефіцієнти регресії і значення  $p$ . Статистичну значущість багатовимірного ефекту визначали за критерієм  $p < 0,1$ .

**Результати.** Аналіз свідчить, що поширеність бронхіальної астми у міських дітей майже у 2 рази більша

(2,06 % проти 1,27 %;  $p < 0,05$ ) порівняно із сільськими, водночас як поширеність обструктивного бронхіту (5,85 і 6,75 %;  $p > 0,05$ ), алергійного риніту (3,23 та 3,76 %;  $p > 0,05$ ), атопічного дерматиту (6,17 та 6,38 % відповідно;  $p > 0,05$ ) і неспецифічної гіперсенсibiliзації (11,26 та 12,42 %;  $p > 0,05$ ) суттєво не відрізнялася. Істотної різниці щодо поширеності бронхіальної астми залежно від статі не помічено ( $p > 0,05$ ). Діагнози алергійних хвороб, виставлених лікарем, позначено в анкетах.

За даними регресійного аналізу, поставлений лікарем діагноз бронхіальної астми був пов'язаний із місцем проживання ( $p = 0,04$ ) і рівнем освіти батьків ( $p = 0,02$ ), обструктивного бронхіту — з віком ( $p = 0,007$ ) і батьківською алергією ( $p = 0,03$ ), алергійного риніту — з віком ( $p = 0,08$ ) і рівнем освіти батьків ( $p = 0,09$ ), атопічного дерматиту — з віком ( $p = 0,03$ ), рівнем освіти батьків ( $p = 0,03$ ), батьківською алергією ( $p = 0,02$ ), курінням у домашніх умовах ( $p = 0,02$ ) і побутовою сирістю ( $p = 0,0007$ ), а діагноз неспецифічної гіперсенсibiliзації — з освітою батьків ( $p = 0,03$ ) та наявністю контакту з хутряними домашніми тваринами ( $p = 0,09$ ).

Результати багатofакторного аналізу дали підстави зробити припущення, що такі симптоми, як хрипи в грудній клітці, були пов'язані з тютюновим димом у приміщенні, де живе дитина ( $p = 0,06$ ), і типом опалення оселі (вугіллям або дровами чи центральним;  $p = 0,09$ ), напади ядухи — з місцем проживання ( $p = 0,09$ ), батьківською алергією ( $p = 0,007$ ), типом будинку (приватний чи багатоквартирний;  $p = 0,08$ ) і типом опалення ( $p = 0,04$ ), симптоми сінної лихоманки залежали від віку ( $p = 0,01$ ) та місця проживання — у міських дітей їх виявляли майже вдвічі частіше, ніж у сільських ( $p < 0,0001$ ), закладеність носа частіше була у хлопців ( $p = 0,08$ ), а періодична висипка на шкірі, яка супроводжувалася свербіжем, — з наявністю тютюнового диму в домашніх умовах ( $p = 0,06$ ).

### Висновки

Результати досліджень свідчать про недостатню діагностику алергійних захворювань, особливо бронхіальної астми, у дитячого населення. Гіподіагностика її є серйозною проблемою в багатьох країнах світу, зокрема і Східної Європи. У Західній Україні, Польщі та Білорусі ця проблема є також достатньо серйозною. Наслідками не діагностування бронхіальної астми у дітей може бути прогресування захворювання, погіршення якості життя, висока інвалідність, розвиток хронічної дихальної недостатності або навіть передчасна смерть.