

Vasile Goldish Western University, Arad  
Faculty of Medicine, Pharmacy and Dentistry

International scientific and practical conference

**TODAY'S PROBLEMS IN MEDICINE,  
PHARMACY AND DENTISTRY**

**December 17-18, 2020**

**Romania, Arad**

International scientific and practical conference “Today’s problems in medicine, pharmacy and dentistry” : Conference proceedings, December 17-18, 2020. Arad: 276 pages.

**Editorial board:**

S.L. Dr. Lile Ioana – decan

Conf.Univ.Dr. Freiman Paul – presedinte Senat UVVG

Sef lucrari dr. Hossu Tiberiu – director departament

Sef lucrari dr. Marian Diana – prodecan

Asist. univ. dr. Gag Otilia

**Publisher:**



<b>ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ</b> Власова О.В.....	41
<b>ОЦІНКА РОЗВИТКУ ВЕРХНЬОЇ ТА НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ЗА ЦЕФАЛОМЕТРИЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ У ПАЦІЄНТІВ З ДИСФУНКЦІЄЮ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБУ</b> Вовк В.В., Неспрядько В.П. ....	43
<b>МЕТОДИКА ОЦІНКИ СТУПЕНЮ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО НАБРЯКУ МОШОНКИ</b> Гаврилюк А. В., Коноплицький В. С. ....	47
<b>CHILDREN'S ORAL HEALTH DURING THE COVID-19 EPIDEMIC</b> Halchuk K.L.....	50
<b>ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ПЕДІАТРІЇ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ</b> Гриневич І. В. ....	52
<b>ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ У ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ВІЯВЛЕНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ НА СТАЦІОНАРНОМУ ЕТАПІ ЛІКУВАННЯ</b> Дужий І.Д., Олещенко Г.П., Скопюк Л.В, Крамар О. В. ....	54
<b>THE EFFECT OF EXPERIMENTAL ILEITIS IN RATS ON EXPRESSION OF THE TRANSCRIPTION FACTOR FOXP3</b> Zherebiatiev O.S.....	58
<b>КОПІНГ-СТРАТЕГІЇ ПАЦІЄНТІВ З МАЯЧНИМИ ІДЕЯМИ ВПЛИВУ ШИЗОФРЕНІЧНОГО СПЕКТРУ РОЗЛАДІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД КОНТЕНТУ</b> Загарійчук О. В. ....	60
<b>ОКРЕМІ КЛІНІЧНО-АНАМНЕСТИЧНІ ПОКАЗНИКИ КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ</b> Іванова Л.А., Романчук Л.І. ....	64
<b>ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ВІКУ ТА ВАРІАБЕЛЬНОСТІ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ</b> Каніщева О.В., Більченко О.В.....	67
<b>ХАРАКТЕРИСТИКА АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ И СОСУДИСТОЙ РЕАКТИВНОСТИ ПОДРОСТКОВ С ПРИЗНАКАМИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ</b> Кашина-Ярмак В. Л., Штрах Е. В., Кириллова Е. И., Голобородько А. А. ....	72
<b>GENDER DIFFERENCES IN THE ACUTE PERIOD OF MYOCARDIAL INFARCTION WITH ST-SEGMENT ELEVATION IN PATIENTS AFTER PRIMARY CORONARY INTERVENTION</b> Kyselov S. M., Savchenko Y.V.....	77

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ  
У ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ВИЯВЛЕНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ  
ЛЕГЕНЬ НА СТАЦІОНАРНОМУ ЕТАПІ ЛІКУВАННЯ

**Дужий І.Д.**

*д.мед.н., професор, академік АН ВШ України, завідувач кафедри, кафедра хірургії, травматології, ортопедії та фтизіатрії Сумського державного університету, м. Суми, Україна*

**Олещенко Г.П.**

*к.мед.н., асистент кафедри хірургії, травматології, ортопедії та фтизіатрії Сумського державного університету, м. Суми, Україна,*

**Скопюк Л.В**

*завідувач відділенням легеневого туберкульозу № 1, Комунальне некомерційне підприємство Сумської обласної ради «Регіональний клінічний фтизіопульмонологічний медичний центр», м. Суми, Україна*

**Крамар О. В.**

*завідувач відділенням легеневого туберкульозу № 2. Комунальне некомерційне підприємство Сумської обласної ради «Регіональний клінічний фтизіопульмонологічний медичний центр», м. Суми, Україна*

Попри значні зусилля медичної спільноти у лікуванні ВІЛ-інфекції у світі щороку реєструється усе більша кількість осіб з позитивним ВІЛ-статусом. Україна входить до переліку країн з високим рівнем поширення цієї недуги. Найбільш частим коморбідним станом для хворих на ВІЛ/СНІД є туберкульоз (ТБ). У Східній Європі більше 50 % випадків туберкульозу виявляється у хворих з вперше виявленою ВІЛ-інфекцією. Близько 40 – 80 % тих, хто захворіли, помирають від ТБ [2]. За оцінками ВОЗ з початку епідемії у світі інфікувалися ВІЛ 74,9 млн людей, померли від хвороб, зумовлених СНІДом, 32 млн людей [2].

В Україні за останніх чотири роки захворюваність на ВІЛ-інфекцію зросла на 10,3 % і щодня виявляють 50 нових випадків ВІЛ-інфікованих осіб. Захворюваність на СНІД зросла на 15,8 %, щодня виявляють 24 нових хворих на СНІД. Смертність на СНІД зросла на 25,3 %, щодня помирають від СНІД 9 осіб. ТБ посідає провідне місце (до 55 %) між СНІД-індикаторних захворювань і є основною причиною смерті людей, які живуть з ВІЛ/СНІД [2].

За останніх п'ять років у нашій державі захворюваність на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ невинно зростає у середньому на 3,2 % за рік. У 2018 р. рівень захворюваності на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ досяг 13,7 на 100 тис. населення (5788 осіб), що на 3,0 % більше, ніж у 2017 р., — 13,3 на 100 тис. населення (5646 осіб). У 2019 р. рівень захворюваності знизився до 13,2 на 100 тис. населення (5524 осіб). Частка хворих з ТБ/ВІЛ у структурі загальної захворюваності на ТБ залишається на рівні 20,9 %, тобто кожен п'ятий хворий на ТБ є ВІЛ-інфікованим [2].

На ранніх стадіях ВІЛ-інфекції перебіг туберкульозу майже не відрізняється від такого у осіб без ВІЛ. Тоді як ВІЛ-інфекція на «пізніх» стадіях захворювання (СНІД) стає провідним фактором ризику розвитку туберкульозу у осіб, інфікованих мікобактеріями туберкульозу (МБТ) [1].

Отже, поєднане захворювання ВІЛ/СНІД-туберкульоз вимагає всебічного вивчення.

Метою є дослідити гендерні, соціальні, вікові, клініко-рентгенологічні та мікробіологічні особливості хворих на ко-інфекцію ВІЛ/СНІД туберкульоз легень на стаціонарному етапі лікування.

Автори провели ретроспективний аналіз медичних карт стаціонарних хворих на вперше виявлений туберкульоз легень, поєднаний з ВІЛ-інфекцією. Хворі знаходилися на стаціонарному лікуванні у відділенні для хворих на вперше виявлений туберкульоз КНП СОР «Регіональний клінічний фтизіопульмонологічний медичний центр» протягом 2015-2019 років.

Протягом зазначеного періоду на лікуванні перебувало 70 хворих на вперше виявлений туберкульоз легень, поєднаний з ВІЛ/СНІД.

Спостерігалася тенденція до щорічного збільшення кількості хворих на туберкульоз легень, асоційований з ВІЛ/СНІД на госпітальному етапі. Поміж 70 хворих у 2015 році перебувало на лікуванні 13 (18,6 %) осіб, у 2016 році – 9 (12,9 %) хворих, у 2017 – 11 (15,7 %), у 2018 – 17 (24,2 %) та у 2019 році 20 (28,6 %) осіб.

Поміж досліджених хворих було 48 (68,6 %) осіб чоловічої статі та 22 (31,4 %) жіночої ( $p < 0,05$ ), що відповідає гендерному розподілу при ізольованому захворюванні на туберкульоз.

Середній вік хворих становив  $40,4 \pm 0,9$  років. При цьому 3 (4,3 %) особи були молодші за 30 років, а 4 (5,7 %) – старші за 55 років. Таким чином, ко-інфекція ВІЛ/СНІД-туберкульоз переважно вражає молодих осіб та осіб найбільш працездатного віку.

У містах проживав 41 (58,6 %) хворий, сільських жителів було 29 (41,4 %). Не дивлячись на те, що захворюваність сільського населення на туберкульоз (на 100 тис. населення) більша за захворюваність міського, у нашому спостереженні переважали жителі міст (у 1,4 разу).

За соціальним статусом розподіл хворих виглядав так. Не працювало 56 (80,0 %) осіб працездатного віку, 7 (10,0 %) хворих мали низько кваліфіковану роботу, 5 (7,1 %) осіб були інвалідами II та III груп за загальним захворюванням, ще 2 (2,9 %) – пенсіонерами за віком. Отже, більшість хворих не мали роботи, були інвалідами чи пенсіонерами, тобто відносилися до соціально дезадаптованого прошарку населення.

Поміж досліджених хворих 51 (72,9 %) особа мала ізольований туберкульоз легень та 19 (27,1 %) хворих – туберкульоз легень, поєднаний з позалегеновим туберкульозом. Найбільш часто туберкульоз легень поєднувався з туберкульозом внутрішньо-грудних лімфатичних вузлів – у 7 (10,0 %) хворих, 3 (4,3 %) особи мали специфічний ендобронхіт і стільки ж – (3 – 4,3 %) туберкульозний плеврит; у 2 (2,9 %) осіб зареєстровано туберкульоз периферійних лімфатичних вузлів, у 2 (2,9 %) – туберкульоз органів черевної порожнини та у стількох же – менінгіт (2 – 2,9 %).

За клінічними формами туберкульоз легень мав такий розподіл: у 33 (47,1 %) хворих зафіксовано інфільтративну форму, у 29 (41,4 %) – дисеміновану, 4 (5,7 %) особи мали міліарний туберкульоз, 3 (4,3 %) – вогнищевий, а у 1 (1,4 %) – фіброзно-кавернозний туберкульоз легень. Поміж цих хворих деструкцію легеневої тканини зафіксовано у 34 (48,6 %) осіб.

Усім хворим проведено мікробіологічне дослідження харкотиння чи промивних вод бронхів. Негативний результат мікроскопічного дослідження виявлено у 15 (21,4 %) хворих, проте наявність бактеріовиділення у ряду (6) осіб підтверджено іншими методами: у 3 (20,0 %) на твердому поживному середовищі, у 1 – на рідкому та у 2 – молекулярно-генетичним методом на апараті GeneXpert. Тобто, жодним з мікробіологічних методів діагностики бактеріовиділення не підтверджено у 9 (12,9 %) госпіталізованих хворих на ко-інфекцію ВІЛ/СНІД-туберкульоз.

Загалом у 44 (62,9 %) осіб мікобактерії туберкульозу виявлено молекулярно-генетичним методом, а у 4 із них відразу встановлено стійкість МБТ до рифампіцину (R).

Культурально встановлено ріст мікобактерій у 38 (54,2 %) госпіталізованих, у 30 (42,9 %) результат був негативним, а у 2 (2,9 %) мав місце проріст. Стосовно чутливості МБТ до протитуберкульозних препаратів виявлено таке: монорезистентність до ізоніазиду (H) мала місце у 3 (4,3 %) хворих, до стрептоміцину (S) – у 2 (2,9 %) осіб, до рифампіцину – у 1 (1,4 %) дослідженого. У 8 (11,4 %) хворих на туберкульоз легень переважала різноманітна комбінація стійкості до антибактеріальних препаратів: до HS – у 1 (1,4 %) особи, до HRS – у 2 (2,9 %), до HRSE – у 1 (1,4 %) та до HRSZE – у 2 (2,9 %) хворих.

Отже, в процесі дослідження ми дійшли висновку, що у Сумській області спостерігається тенденція до збільшення кількості хворих на ко-інфекцію ВІЛ/СНІД-туберкульоз. Особливо чітко це проявилось за останні 2 роки. Поміж таких хворих 68,6 % осіб належали до чоловічої статі. Переважна більшість хворих (80,0 %) були особами працездатного віку, але не працювали. Частіше (72,9 %) хворі на ВІЛ/СНІД мали легенеvu форму туберкульозу без іншої локалізації. У разі поєднання туберкульозу легень з позалегеневою локалізацією, поміж таких хворих переважав туберкульоз внутрішньо-грудних лімфатичних вузлів. Наявність бактеріовиділення не підтверджено жодним з лабораторних методів у 9 (12,9 %) хворих, що підтверджує необхідність обов'язкового молекулярно-генетичного дослідження у цих осіб.

Перспективи подальших досліджень: дослідити ефективність лікування хворих на ко-інфекцію ВІЛ/СНІД-туберкульоз легень на стаціонарному етапі та після завершення основного курсу лікування.

### *Література:*

1. Максумова Д. К., Хакимова Р. А., Мамарасулова Д. З. и др. Клинические проявления туберкулеза легких на ранних и поздних стадиях ВИЧ-инфекции // Вісник проблем біології і медицини. – 2016. – Вип. 1, Том 2 (127). – С. 96–99.
2. Процюк Р. Г. Туберкульоз у поєднанні з ВІЛ-інфекцією // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. 2020. – № 3 (42). – С. 92 – 103. DOI: <http://doi.org/10.30978/TB2020-3-92>.