

№ 76: postpartum hemorrhage. *Obstet.Gynecol.*, 2006. – Vol. 108. – № 4. – P. 1039-1047.

4. Bateman B.T., Berman M.F., Riley L.E., Leffert L.R. The epidemiology of postpartum hemorrhage in a large, nationwide sample of deliveries // *Am.J. Anesth Analg.* – 2010. – № 1106. – P. 1368.

5. Carroli G, Cuesta C, Abalos E. Epidemiology of post-partum haemorrhage: a systematic review // *Am.J.Best PractRes Clin Obstet.Gynaecol.* – 2008. – № 22. – P. 99-1012.

6. Fenger-Eriksen C., Lindberg-Larsen M., Christensen A. Fibrinogen concentrate substitution therapy in patients with massive haemorrhage and low plasma fibrinogen concentrations // *B.J.A.*, 2008. – № 101. – P. 767-773.

7. Ferrer P., Roberts I., Sydenham E., Blackhall K., Shakur H. Anti-fibrinolytic agents in post partum haemorrhage: a systematic review. *BMC Pregnancy Clildbirth.*, 2009. – Vol. 15. – № 9. – P. 29.

**Добрянський Д.В.**

*кандидат медичних наук, асистент;*

**Дудка П.Ф.**

*доктор медичних наук, професор;*

**Ільницький Р.І.**

*кандидат медичних наук, доцент;*

**Резнікова Н.М.**

*лікар-інтерн,*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

## **МОЖЛИВОСТІ ПОЛПШЕННЯ ІМУННОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ ІЗ ЗАГОСТРЕННЯМ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ**

Згідно з прогнозом експертів ВООЗ, до 2020 року ХОЗЛ посяде 3-тє місце серед причин смертності та інвалідності дорослого населення розвинутих країн [2, 5].

Унаслідок токсичної дії полютантів та інфекційних збудників на дихальні шляхи відбувається морфо-функціональна перебудова мукоциліарного апарату, порушення неспецифічного захисту і дисрегуляція імунної відповіді, що зумовлює виникнення хронічного запалення і малозворотньої бронхообструкції [1, 4].

Мета дослідження: оцінити ефективність лікування у хворих на ХОЗЛ I–II стадії шляхом застосування фенспіриду та антигомотоксичних препаратів з урахуванням стану системної імунної відповіді.

У динаміці обстежено 99 хворих на ХОЗЛ I–II стадії у фазі загострення чоловічої статі віком від 38 до 65 років. Усі хворі були рандомізовані на групу порівняння і 3 клінічні групи. Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб. Тривалість дослідження в усіх клінічних групах становила 3 тижні.

У групу порівняння увійшли 20 пацієнтів (середній вік яких склав  $56,4 \pm 2,5$ ) років, яким проводилась терапія згідно стандартів [3]. Залежно від призначеного лікування було сформовано 3 клінічні групи, які не розрізнялись за основними характеристиками: I група – 26 пацієнтів, яким на тлі стандартної терапії призначався як протизапальний засіб фенспірид у добовій дозі 160 мг (двічі по 80 мг); II група – 25 обстежених, яким на тлі стандартної терапії призначали лімфоміозот у поєднанні з мукозою композитум; III група – 28 хворих, яким на тлі стандартної терапії без застосування протизапальних та секретолітичних засобів призначали комбінацію препаратів: лімфоміозот, ехінацея композитум С, траумель С та бронхаліс хеель.

Цитоімунофлуоресцентним методом визначали рівень популяцій та субпопуляцій лімфоцитів (Лф) у периферичній крові – CD3+-Лф (Т-клітин), CD4+-Лф (Т-хелперів), CD8+-Лф (Т-цитотоксичних /супресорів), CD16+-Лф (натуральних кілерів), CD22+-Лф (В-клітин), CD25+-Лф (активованих). Реакція бластної трансформації лімфоцитів (РБТЛ) проводилась з фітогемаглютиніном (ФГА). Фагоцитарна активність нейтрофілів визначалась за ступенем поглинання часток латексу з обчисленням фагоцитарного індексу (ФІ) Гамбурга. Визначали концентрацію середньомолекулярної (11-19S) фракції циркулюючих імунних комплексів (ЦК). Сироваткові імуноглобуліни (Ig) G, A та M оцінювали за методом Mansini e.a. (1965).

Загальноприйняті об'ємні та швидкісні показники зовнішнього дихання визначали на комп'ютерному спірографі «Spiroset-3000».

Ефективність медикаментозної терапії оцінювали в балах за її впливом на основні клінічні симптоми. Ступінь вираженості задишки оцінювали за п'ятибальною шкалою «Medical Research Council» (0 – немає, 1 – легкий, 2 – середній, 3 – важкий, 4 – дуже важкий), а кашлю та об'єму харкотиння – за чотирибальною шкалою

(0 – немає, 1 – легкий, 2 – середній, 3 – важкий ступінь). Статистичний аналіз проводили параметричними і непараметричними методами із використанням критеріїв Ст'юдента (t), знаків, Уїлкоксона (W),  $\chi^2$  та визначення коефіцієнту кореляції Пірсона (С. Н. Лапач та співавт., 2001).

Проведений аналіз щодо ефективності медикаментозних засобів використаних в клінічних групах засвідчив про різний ступінь їх впливу на клінічний перебіг загострення у хворих на ХОЗЛ, а також на показники, що характеризують імунну відповідь. Більш того, їх ефективність була різною в залежності від типу реактивності імунної відповіді (табл. 1), тому в роботі було проведено детальну оцінку ефективності медикаментозної терапії по окремим клінічним підгрупам.

Таблиця 1

**Розподіл хворих в групах в залежності від реакції імунної відповіді**

Групи хворих	Реакція імунної відповіді					
	Гіперергічна		Гіпоергічна		Окремі імунні порушення	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Порівняння	5	25,0	4	20,0	11	55
I	6	23,1	5	19,2	15	57,7
II	6	24,0	5	20,0	14	56,0
III	6	21,4	7	25	15	53,6
Загальна кількість хворих	23	23,2	21	21,2	55	55,6

Щодо ефективності лікування у хворих з гіперергічним типом імунологічної реактивності, отримані наступні дані: найбільш виражений позитивний ефект спостерігали у групах хворих, де застосовували препарати лімфоміозот та мукоза композитум, найгірший результат в групі, де застосовували фенспірид. Найбільш вираженою позитивною клінічною динамікою під впливом фенспіриду встановлено зменшення інтенсивності кашлю, що можна пояснити його безпосередньою протизапальною дією.

Серед усіх клінічних груп найбільш виражена позитивна динаміка швидкісних характеристик функції зовнішнього дихання спостерігалась в I групі де застосовували фенспірид. Про високу

ефективність фенспіриду свідчить достовірне підвищення показника об'ємної форсованої швидкості видиху в інтервалі  $МОШ_{25}$  на 28,2% ( $p < 0,05$ ),  $МОШ_{50}$  на 15,7% ( $p < 0,05$ ),  $МОШ_{75}$  на 29,5% ( $p < 0,05$ ).

Щодо ефективності лікування хворих на ХОЗЛ в підгрупах з гіпоергічним типом імунологічної реактивності, найбільш виражений позитивний клінічний ефект спостерігали у хворих першої групи де, крім стандартної терапії, застосовували фенспірид.

Серед усіх клінічних груп найбільш виражена позитивна динаміка швидкісних характеристик функції зовнішнього дихання (ФЗД) спостерігалась в першій та третій клінічній групі. Про високу ефективність фенспіриду та комбінації лімфоміозот, траумель С, ехінацея композитум С та бронхаліс хеель свідчить значне підвищення показника об'ємної форсованої швидкості видиху в інтервалі  $МОШ_{25}$  відповідно на 29,7% ( $p < 0,05$ ) та 20,5% ( $p < 0,05$ ),  $МОШ_{50}$  на 28,4% та 19,4%,  $МОШ_{75}$  на 18,7% та 12,9%.

Щодо ефективності лікування хворих з дефіцитом імунної відповіді в окремих ланках, отримані наступні дані представлені на **рис. 3**, де видно, що найбільш виражений позитивний ефект спостерігали у хворих третьої групи де застосовували комбінацію лімфоміозот, траумель С, ехінацея композитум С та бронхаліс хеель.

Отриманні результати терапії по впливу на стан імунної реактивності, засвідчили, що у хворих в I групі після лікування спостерігається переважно активуюча дія, тому призначення фенспіриду було найбільш ефективним у хворих з гіпоергічною реакцією імунної відповіді.

У випадках окремих імунних порушень найбільш ефективним було призначення медикаментозної терапії в III групі, імовірно за рахунок більш вираженого імуномодулювального впливу комбінації АГТП з вмістом ехінацеї композитум С. А за умов гіперергічної реакції імунної відповіді найбільш виражений позитивний вплив на основні клінічні та імунні показники здійснює комбінація АГТП в II групі (лімфоміозот та мукоза композитум).

Діагностика клініко-імунологічних особливостей перебігу загострення ХОЗЛ I – II стадій, з наступним проведенням корекції виявлених порушень приводить до більш динамічної регресії клінічної симптоматики, покращення основних показників функції зовнішнього дихання та стану імунітету порівнюючи з групою де хворі отримували лише стандартну терапію.

### **Список використаних джерел:**

1. Гуменюк М. І. Маркери системного запалення у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень / Гуменюк М. І., Ігнатська В. І., Матвієнко Ю. О., Ільїнська І. Ф., Харченко-Севрюкова Г. С. // Укр. пульмонол. журнал. – 2014. – № 3. – С. 33–36.
2. Мостовой Ю. М. Цифри, що говорять і мовчать: роздуми про ХОЗЛ, що базуються на статистичному аналізі / Мостовой Ю. М. // Укр. пульмонол. журнал. – 2014. – № 2. – С. 7–9.
3. Наказ МОЗ України від 27.06.2013 № 555 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації, «Хронічне обструктивне захворювання легень». – [Чинний від 2013-06-27]. – К. : Міністерство Охорони Здоров'я України, 2013.
4. Celli V. R., Cote C. G., Marin J. M. The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease / N. Engl. J. Med., 2004. 350 (10): 1005-1012.
5. Global Initiative for Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2013 [Ел. ресурс]. Режим доступу: <http://www.goldcopd.org/guidelines-gold-summary-2013.html>

**Дубинин С.А., Молчанюк Д.А.**

*студенти;*

**Соломенник А.О.**

*кандидат медицинских наук, доцент;*

**Винокурова О.Н.**

*кандидат медицинских наук, ассистент,*

*Научный руководитель: Козько В.Н.*

*доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедры,*

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА У ПАЦИЕНТА С ВРОЖДЁННЫМ СИНДРОМОМ ИММУННО-ЭНДОКРИННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

Врождённый синдром иммунно-эндокринной недостаточности (ВСИЭН) – тип конституции, который морфологически