

нами, свідчить, що у регуляції ДПН при довго існуючому моношарі білкові сполуки суттєвого впливу не чинять, поступаючись, очевидно, ліпідним фракціям крові. Зменшення ж кількості ліпідних складових призводить до погіршення густоеластичних якостей крові, внаслідок чого деформація поверхні (розширення) не призводить до такого зростання ПН, яке спостерігається у здорових осіб. З тих же причин для повернення моношару до вихідного рівня витрачається менше часу (τ). Це стає можливим при зменшенні кількості сполук із складною структурою і зсувом біохімічного складу сироватки крові у бік простих молекул [11–13].

Таким чином, при розвитку туберкульозної інфекції виникають глибокі порушення біохімічного гомеостазу організму зі зменшенням утворення у сироватці крові складових білкової та ліпідної природи. З урахуванням отриманих нами результатів та існуючих сьогодні наукових даних про дослідження ДПН біологічних рідин можна зробити висновок про діагностичну значущість і практичну доцільність вивчення ДПН сироватки крові у комплексному обстеженні хворих на деструктивний туберкульоз легень. Показники σ_1 , σ_3 і λ_1

можуть бути застосовані для діагностики імунного дисбалансу в організмі та визначення ступеня активності запального процесу і рівня інтоксикації організму. Метод ADSA може дати цінну інформацію про густоеластичні властивості крові, які залежать від стану ліпідного спектра сироватки. Дані методи є безсумнівно цікавими, потребують подальшого вивчення і можуть бути застосовані у фтизіатричній практиці.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Епідеміологічні аспекти туберкульозу в Україні* / Т. С. Грузева, Т. К. Кульчицька, С. Д. Пономаренко, Г. В. Іншакова // Тези доповідей 3-го з'їзду фтизіатрів і пульмонологів України. — 2003 р. — С. 153.
2. *Динамическое поверхностное натяжение крови при хроническом пылевом бронхите у горнорабочих угольных шахт* / О. В. Синяченко, В. Н. Казаков, А. М. Белоконь и др. // Медицина труда и пром. экология. — 2000. — № 6. — С. 6-10.
3. *Дранник Г. Н.* Клиническая иммунология и аллергология. — М.: МИА, 2003. — 600 с.
4. *Москаленко В. З., Латышов К. В., Бамахраз М. А.* Показатели динамического поверхностного натяжения у детей с врожденными аномалиями мочеточников // Вестн. неотлож. и восстанов. медицины. — 2003. — № 2. — С. 265-269.
5. *Сидоренко С. В.* Современные проблемы диагностики и лечения туберкулеза // Антибиотики и химио-

терапия. — 1999. — Т 44, № 8. — С. 3-5.

6. *Состояние легочного сурфактанта при экспериментальном пылевом бронхите по данным динамической межфазной тензиометрии* / О. В. Синяченко, Е. В. Корж, В. Н. Казаков и др. // Медицина труда и пром. экология. — 1999. — № 10. — С. 21-25.

7. *Фещенко Ю. І., Мельник В. М.* Сучасні методи діагностики, лікування і профілактики туберкульозу. — К.: «Здоров'я», 2002. — 901 с.

8. *Показатели динамической межфазной тензиометрии как маркеры эндотоксикоза у беременных с преэклампсией* / В. И. Черный, А. Н. Талалаенко, В. С. Костенко, О. Н. Бондарь // Вестн. неотлож. и восстанов. медицины. — 2003. — № 4. — С. 284-287.

9. *Чернушенко Е. Ф.* Актуальные проблемы иммунологии во фтизиатрии и пульмонологии // Укр. Пульм. Журнал. — 2003. — № 2. — С. 94-96.

10. *Axisymmetric Drop Shape Analysis (ADSA) and its Application* / D. Y. Chen, R. M. Kwok, O. I. Prokop del Rio et al. // Drops and Bubbles in Interfacial Science. — 1998. — Vol. 6, Elsevier, Amsterdam. — P. 61-138.

11. *Joos P.* Dynamic Surface Phenomena // VSP, Utrecht — The Netherlands. — 1999. — Vol. 360 — P. 5.

12. *B. A. Noskov, G. Loglio* Dynamic surface elasticity of surfactant solutions, Colloids and Surfaces A, 1998, Vol. 143, P. 167-183.

13. *Determination of equilibrium surface tension value by extrapolation via long time approximation* / E. V. Makievski V. B. Fainerman, R. Miller, V. Bree // Colloids and Surfaces A. — 1997. — Vol. 122. — P. 269-273.

УДК 616.21:616-07:616.3

О. Б. Макаренко

СИСТЕМНІ УСКЛАДНЕННЯ ХРОНІЧНОГО ТОНЗИЛІТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ

Науково-дослідний центр фітотерапії, Херсон

Вважається, що імунна та гепатобілярна системи є ланками єдиної системи хімічного захисту організму з реципрокними відношеннями: активація функції печінки призводить до

зниження рівня функціонування імунітету та навпаки [1; 2]. У літературі за останні 20 років ми не знайшли даних про ускладнення хронічного тонзиліту (ХТ) у хворих на хронічні

захворювання травної системи. Актуальним є визначення впливу захворювань гепатобілярної системи на перебіг ХТ та його ускладнень, яким властиві імунні порушення [3–6].



При обстеженні нами не було виявлено осіб без ХТ [7], тому в даній статті проведено порівняння ускладнень ХТ у хворих на хронічні захворювання гепатобіліарної та гастродуоденальної системи.

Матеріали та методи дослідження

Проводилося спостереження за 1368 хворими у віці 16-72 роки (середній вік становив $46,8 \pm 1,4$) року. До 1-ї (основної) групи було включено 676 (49,4 %) пацієнтів з хронічними захворюваннями гепатобіліарної системи. У тому числі: з хронічним холециститом — 246 (36,4 %) пацієнтів, з дизкінезією жовчовивідних шляхів

— 391 (57,8 %), з жовчнокам'яною хворобою — 34 (5,0 %), з хронічним персистуючим гепатитом В — 5 (0,7 %). До 2-ї групи (порівняння) входили 692 (50,6 %) пацієнти: з хронічним гастритом, тип В — 563 (81,4 %) та хронічним дуоденітом — 129 (18,6 %). Клініко-інструментальне та лабораторне обстеження дозволило виявити фазу загострення у 935 (68,3 %) хворих, у 433 (31,7 %) пацієнтів — фазу неповної ремісії. Діагноз ХТ встановлювали на підставі клінічних і лабораторних даних. Методики обстеження та інтерпретації лабораторних показників викладено в роботах [8–12].

Результати дослідження та їх обговорення

У більшості пацієнтів ХТ проявлявся активно, скарг не було у 1309 (95,7 %) хворих. Просту форму ХТ було виявлено у 1317 (96,3 %) пацієнтів, токсико-алергічну форму 1 — у 39 (2,9 %), токсико-алергічну форму 2 — у 12 (0,9 %). Системними ускладненнями було визнано всі захворювання та стани, що не можна було зарахувати до місцевих і регіональних (виявлялися поза межами голови та шиї) і перебіг яких залежав від перебігу та лікування ХТ (таблиця). Всі вони мали інфекційно-алергічний генез, переважали малосимптомні форми та вогнищеве ураження органів. До першого типу ускладнень (інфекційнозалежного) було зараховано захворювання, що мали спільного з виявленими в лакунах мигдаликів збудника й успішно лікувалися антибактеріальними засобами. Інший саногенез мали ускладнення другого типу (імунозалежні), при якому стан хворих покращувався лише за використання глюкокортикоїдів або тривалої імунорегулювальної терапії. Третій тип ускладнень формувався методом виключення, якщо протягом двох років клінічного та лабораторного спостереження не було виявлено активності процесу, який би міг призвести до вказаних залишкових змін (див. таблицю).

Інфекційно-алергічний поліартрит уражав переважно дрібні суглоби кисті — у 194 (86,2 %) хворих, менше ступні — у 24 (10,7 %), великі суглоби — лише у 7 (3,1 %) пацієнтів. Так само і постартритична деформація суглобів виявлялася переважно на кистях — у 198 (89,2 %) хворих. Потребує пояснень діагноз «вогнищевий міокардит», який зазвичай дуже важко встановити через малосимптомний перебіг. У 15 (55,6 %) таких хворих 1-ї групи та 5 (38,4 %) —

Таблиця

Частота системних ускладнень хронічного тонзиліту

Ускладнення	Групи хворих			
	1-ша, n=676		2-га, n=692	
	Абс.	%	Абс.	%
1. Інфекційнозалежні				
Фолікуліт	11	1,6	4*	0,6
Фурункульоз	14	2,1	8*	1,2
Хронічний пієлонефрит	18	2,7	9*	1,3
Усього	43	6,4	21*	3,0
2. Імунозалежні				
Вогнищевий міокардит	27	4,0	13*	1,9
Міокардіопатія	19	2,8	11*	1,6
Ревматизм	4	0,6	2	0,3
Системний червоний вовчак	3	0,4	1	0,1
Ревматоїдний поліартрит	9	1,3	6	0,9
Інфекційно-алергічний поліартрит	117	17,3	108	15,6
Хронічний обструктивний бронхіт	19	2,8	10*	1,4
Бронхіальна астма	11	1,6	8	1,2
Хронічний гломерулонефрит	6	0,9	4	0,6
Поліноз	8	1,2	5	0,7
Кропивниця	4	0,6	2	0,3
Алергічний дерматит	5	0,7	3	0,4
Екзема	4	0,6	4	0,6
Псоріаз	9	1,3	5*	0,7
Атопічний дерматит	4	0,6	3	0,4
Усього	229	33,9	185*	26,7
3. Залишкові зміни				
Кардіосклероз	489	72,3	492	71,1
Деформація дрібних суглобів	124	18,3	98*	14,2
Нефросклероз	79	11,7	64*	9,2
Солітарні кісти нирок	24	3,6	18	2,6
Усього	716	105,9	672*	97,1

Примітка. * — різниця між групами вірогідна, $P < 0,05$.



2-ї головним симптомом була пароксизмальна тахікардія. Підтверджувало ураження міокарда транзиторне підвищення активності АсАТ сироватки (цитоліз міокардіоцитів) у 18 (66,7 %) пацієнтів 1-ї групи та 9 (69,2 %) — 2-ї. Навіть у цих хворих в динаміці у разі мало-го об'єму ураження міокарда активність ферменту була нормальною. Методом сонографії вогнищеві зони запалення міокарда було виявлено лише у 27 (67,5 %) хворих, а методом ЯМР-томографії — у 35 (87,5 %) пацієнтів обох груп.

На наш погляд, вогнищевий міокардит є головною формою кардіологічних ускладнень ХТ, що може призводити до різних видів міокардіопатій, кардіосклерозу та формувати підґрунтя для розвитку ішемічної хвороби серця, деяких порушень серцевого ритму та серцевої недостатності [13]. Методом сонографії було виявлено кісти нирок, які слід вважати наслідком вогнищевого (інтерстиціального) нефриту. Слід зауважити, що самого інтерстиціального нефриту у цих хворих своєчасно виявлено не було, мабуть через малосимптомний перебіг. Такі самі малопомітні зміни при ХТ можуть бути і в інших внутрішніх органах. Наприклад, загострення та лікування ХТ помітно впливало на перебіг гінекологічних захворювань [14]. Як можна бачити з таблиці, кількість ускладнень усіх типів у 1-й групі з захворюваннями печінки та жовчовивідних шляхів була більшою. У тому числі залишкових змін в 1,1 разу, імунозалежних — в 1,2 разу та інфекційнозалежних — в 2,0 рази більше, ніж у 2-й групі з захворюваннями гастродуоденальної системи. Наведені дані підтверджують думку про існування особливої захисної функції печінки [6; 9; 10], оскільки найчастіше захворювання гепатобіліарної системи впливали на розви-

ток інфекційнозалежних ускладнень ХТ.

Висновки

1. При хронічних захворюваннях травної системи часто виявляються системні ускладнення хронічного тонзиліту, яким властиві малосимптомний перебіг і дрібновогнищеве ураження органів.

2. Хронічні захворювання гепатобіліарної системи вдвічі частіше пригнічували імунітет проти інфекцій при хронічному тонзиліті, ніж хронічні захворювання гастродуоденальної системи.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ковалев І. Е., Полевая О. Ю. Биохимические основы иммунитета к низкомолекулярным химическим соединениям. — М.: Наука, 1985. — 304 с.

2. Ковалев І. Е., Шипулина Н. В. Иммуотропные агенты как модуляторы цитохром Р-450-зависимого метаболизма лекарств // Хим.-фарм. журнал. — 1988. — № 1. — С. 5-20.

3. Єпішин А. В., Шерстюк П. Я., Хабарова Н. А. Клініко-імунологічні дослідження при хронічних запальних захворюваннях біліарної системи // Клін. хірургія. — 1997. — № 7-8. — С. 31-33.

4. Ногаллер А. М. Аллергический синдром при хронических заболеваниях органов пищеварения // Клин. медицина. — 2001. — № 11. — С. 65-71.

5. Ногаллер А. М. Иммунологическая реактивность и аутоиммунные нарушения у больных с хроническими заболеваниями органов пищеварения // Клин. медицина. — 2001. — № 10. — С. 50-54.

6. Иммунология и иммунопатология пищеварительной системы / Ю. И. Бажора, В. И. Кресюн, К. Л. Сервецкий, И. Н. Годзиева — Одесса, 2001. — 192 с.

7. Макаренко О. Б., Сотніков В. В. Стан мікробіоценозу при хронічному тонзиліті // Одес. мед. журнал. — 2002. — № 5. — С. 62-65.

8. Свинцицкий А. С., Макаренко А. Б. Варианты нарушений системы регуляции агрегатного состояния крови у больных хроническим гастритом и дуоденитом // Врач. дело. — 1997. — № 3. — С. 61-63.

9. Макаренко А. Б. Лабораторные показатели синдрома воспаления у больных хроническими заболеваниями гепатобилиарной системы // Медицина сегодня и завтра. — 2001. — № 4. — С. 80-82.

10. Макаренко О. Б. Оцінка функціонального стану печінки у хворих на хронічні захворювання гепатобіліарної системи // Одес. мед. журнал. — 2001. — № 6. — С. 67-69.

11. Макаренко А. Б. Упрощенная лабораторная диагностика сенсibilизации у больных хроническими заболеваниями гепатобилиарной системы // Эксперим. і клін. медицина. — 2002. — № 2. — С. 64-67.

12. Макаренко А. Б. Косвенные симптомы хронического панкреатита // Медицина сегодня и завтра. — 2003. — № 4. — С. 77-80.

13. Федоров Ю. В. Диагностика, класифікація та прогноз вторинних ідіопатичних пошкоджень провідної системи серця // Таврич. медико-биол. вестник. — 2002. — Т. 5, № 2. — С. 219-227.

14. Влияние тонзиллогенной интоксикации на нарушение менструального цикла у женщин детородного возраста / А. Н. Славский, Ю. М. Овчинников, Н. М. Побединский и др. // Вестник оториноларингологии. — 1999. — № 5. — С. 21-26.

