

2. Haaland H. D. Potentiation by adrenaline of agonist-induced responses in normal human platelets in vitro / H. D. Haaland, H. Holmsen // *Platelets*. – 2011. – Vol. 22(5). – P. 328 - 337.
3. Kapłon-Cieślicka A. Predictors of high platelet reactivity during aspirin treatment in patients with type 2 diabetes / A. Kapłon-Cieślicka, M. Rosiak, M. Postuła [et al.] // *Kardiol Pol.* – 2013. – Vol. 71(9). – P. 893 - 902.
4. Lova P. Epinephrine-mediated protein kinase C and Rap1b activation requires the co-stimulation of Gz-, Gq-, and Gi-coupled receptors / P. Lova, G. F. Guidetti, I. Canobbio [et al.] // *Thromb Haemost.* – 2011. – Vol. 105(3). – P. 479 - 486.
5. Rosiak M. The effect of doubling the dose of acetylsalicylic acid (ASA) on platelet function parameters in patients with type 2 diabetes and platelet hyperreactivity during treatment with 75 mg of ASA: a subanalysis of the AVOCADO study. / M. Rosiak, M. Postuła, A. Kapłon-Cieślicka [et al.] // *Kardiol Pol.* – 2013. – Vol. 71(6). – P. 552 - 557.
6. Sola-Visner M. Platelets in the neonatal period: developmental differences in platelet production, function, and hemostasis and the potential impact of therapies / M. Sola-Visner // *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*. – 2012. – Vol. 2012. – P. 506 - 511.
7. Vidović A. Exaggerated platelet reactivity to physiological agonists in war veterans with posttraumatic stress disorder / A. Vidović, M. Grubišić-Ilić, D. Kozarić-Kovačić [et al.] // *Psychoneuroendocrinology*. – 2011. – Vol. 36(2). – P. 161 - 172.
8. Zhou D. Q. Hemorrhage during and after percutaneous nephrolithotomy via standard nephrostomy tract / D. Q. Zhou, J. Wang // *Nan Fang Yi Ke Da Xue Xue Bao*. – 2010. – Vol. 30(12). – P. 2768-2769.

Реферати

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ РЕАКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЛИТОТРИПСИИ

Баринов Э. Ф., Кравченко А. М., Твердохлеб Т. А., Балькина А. О.

Целью исследования было установление особенностей индивидуальной реактивности тромбоцитов у пациентов с хроническим обструктивным пиелонефритом (ХОПН) через 24 часа после выполнения литотрипсии (ЛТ). В исследование включено 70 пациентов, которым выполнили кавитационную контактно-фрезовую ультразвуковую литотрипсию. Для анализа реактивности тромбоцитов (Тц) использовали агонисты в концентрации, соответствующей 50 % агрегации Тц (EC₅₀) у здоровых лиц: АДФ (5 мкМ) и Адреналин (5 мкМ). Оценку агрегации тромбоцитов проводили на анализаторе фирмы ChronoLog (USA). У пациентов с ХОПН выявлена исходная вариабельность сенситивности α₂-адренорецепторов Тц: гипoadренореактивность тромбоцитов встречается чаще (у 41 пациента; 58,6%), чем гиперadренореактивность (24 человека; 34,3%). При этом повышение ответа на Адреналин после ЛТ выявлено у 21 пациента (51,2%) с ХОПН, в 15 (36,6%) случаях реакция на агонист не изменилась и в 5 (12,2%) – снизилась. Реакция фенотипа гипoadренореактивных тромбоцитов на АДФ также представлена тремя возможными вариантами. У 11 (45,8%) пациентов с ХОПН зарегистрировано повышение ответа тромбоцитов на АДФ, у 7 (29,2%) – не выявлено изменений АТц и в 6 (25%) случаях АТц повысилась. Таким образом, фенотип гипoadренореактивных тромбоцитов демонстрирует индивидуальную реактивность после ЛТ.

Ключевые слова: индивидуальная реактивность, агрегация тромбоцитов, хронический обструктивный пиелонефрит.

Стаття надійшла 14.03.2014 р.

INDIVIDUAL REACTIVITY OF PLATELETS IN PATIENTS AFTER LITHOTRIPSY

Barinov E. F., Kravchenko A. N., Tverdohleb T. A., Balykina A. O.

The aim of the study was to establish the features of individual platelet reactivity in patients with chronic obstructive pyelonephritis (COPN) 24 hours after lithotripsy (LT). Study included 70 patients who underwent contact cavitation ultrasonic lithotripsy using Karl Storz-Calcuson apparatus. For analysis of platelets reactivity used agonists in a concentration corresponding to 50% of platelets aggregation (EC₅₀) in healthy subjects: ADP (5 μM) and adrenaline (5 μM). Assessment of platelet aggregation was carried out spectrophotometrically on platelet aggregation analyzer ChronoLog (USA). For analysis we used statistical package MedStat. Baseline variability of platelets α₂-adrenoceptors was revealed in patients COPN with more frequent hypoadrenreactivity (41 patients, 58.6%) compared to hyperadrenreactivity (24 patients, 34.3%). Out of 41 hypoadrenreactive platelets patients increased response to adrenaline after LT was found in 21 patients (51.2%) with COPN; in 15 (36.6%) cases response to the agonist did not change, and in 5 (12.2%) patients it decreased. Reaction to phenotype of hypoadrenreactive platelets ADP is also presented by three possible options. In 11 (45.8%) patients with COPN there was increased platelet response to ADP, 7 (29.2%) - unchanged, and 6 (25%) cases - increased. Thus, the phenotype of hypoadrenreactive platelets demonstrates individual reactivity after LT.

Key words: individual platelet reactivity, lithotripsy, chronic obstructive pyelonephritis.

Рецензент Запорожець Т.М.

УДК 616. 24-002.5-071

С. М. Білаш, В. І. Ільченко, А. К. Воробюхіна, Л. М. Халімон
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

АКТУАЛЬНІСТЬ ДІАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

В Україні епідемія туберкульозу. З метою виявлення інфікованих, віражу туберкулінових проб, відбору на ревакцинацію і діагностику поствакцинальної і постінфекційної алергії застосовується туберкулінодіагностика. На сучасному етапі пробу Манту з 2ТЕ витісняє діаскінтест або внутрішньошкірної тест з алергеном туберкульозним рекомбінантним.

Ключові слова: туберкулінодіагностика, діаскінтест.

Туберкульоз - інфекційна хвороба, збудником якої є мікобактерії туберкульозу; характеризується гранулематозно-казеозним та деструктивним ураженням різних тканин і органів, має перебіг з ремісіями, загостреннями та рецидивами, уражує переважно соціальнонеадаптовані групи населення (мігранти,

біженці, позбавлені волі, алкоголіки, наркомани і т.п.), спричиняє стійку втрату працездатності, вимагає тривалого комплексного лікування і реабілітації хворих [4].

Роль соціальних факторів у виникненні і розповсюдженні туберкульозу настільки значна, що його відносять до соціально небезпечних хвороб, які є індикатором соціального благополуччя населення [1, 2].

Широкий клінічний поліморфізм туберкульозу є причиною частих діагностичних помилок, які призводять до трагічних наслідків. Це обумовлює необхідність знання туберкульозу лікарями всіх спеціальностей.

Терміни: туберкульоз; походить від лат. слова *tuberculum*; бугорок і по суті відображає морфологічні прояви хвороби. Слово фтиза (*phthisis*) має грецьке походження і перекладається як сухоти, чахотка, схуднення, кахексія, що відображає клінічні прояви захворювання [5]. Хвороба буда відома вже в давньоіндуській цивілізації понад 5 тис. років тому. Вони знали інфекційний характер хвороби, знали властивості туберкульозу і роль спадковості у розвитку хвороби, що давало підстави в законодавчому порядку проводити заходи соціального захисту вищих каст арійців (закони Махабхарата, закони Хаммурапі) [3]. Клінічна характеристика фтизи була зроблена Гіппократом 2500 років тому. Фракастро в XVI ст. висловлював думку про заразність туберкульозу, що експериментально підтвердив 1865 р. французький лікар Вільмен (В. Willemin). В 1689 р. Р. Morton опублікував монографію «Фтизіологія або трактат про сухоти». В 1796 р. в Англії був відкритий перший протитуберкульозний санаторій.

Специфічні ураження у вигляді горбиків вперше описав в XVI ст. французький анатом Сільвій, що пізніше у XIX ст. підтвердив ці результати Бейлі, а Р. Лаеннек описав фазний характер морфологічних проявів хвороби; горбиків і інфільтративно - деструктивних уражень [7]. Будучи хворим на туберкульоз легень, Р. Лаеннек винайшов стетоскоп і використав його для аускультативної дихальних шумів та хрипів. В 1852 р. М. І. Пирогов вперше описав туберкульозну гранулому в різних органах людини. В 1882 р. Р. Кох відкрив збудника; мікобактерії туберкульозу; і дав описання їх властивостей [6].

1990 р., ВООЗ оголосила про глобальну епідемію туберкульозу, а з 1995 р. і в Україні захворюваність на туберкульоз набула характеру епідемії.

Туберкульоз нині є страшною загрозою для людства. Від цієї недуги в цілому світі помирає більше хворих, ніж від усіх інфекційних та паразитарних хвороб разом узятих. За даними ВООЗ у світі налічують біля 60 млн. хворих на туберкульоз і щорічно виявляють біля 10 млн. впершезахворівших на туберкульоз з бактеріовиділенням. Щорічно 3-4 млн. помирають від туберкульозу. Третина населення земної кулі інфікована збудником туберкульозу, що дає підстави прогнозувати значне зростання захворюваності в майбутньому [8]. Найвища захворюваність на туберкульоз (більше 100 на 100тис. населення) спостерігається в Херсонській (155,7), Кіровоградській (113,4), Луганській (111,7), Миколаївській (106,2) областях. Найнижча захворюваність (менше 60 на 100тис. населення) спостерігається в Сумській (54,8), Чернівецькій (55,9), Полтавській (56,2), Закарпатській (59,9) областях.

Джерелом МТБ найчастіше є хворий на відкриту форму туберкульозу (бактеріовиділювач), або хворі на туберкульоз тварини (переважно корови). Вони формують резервуар туберкульозної інфекції в навколишньому середовищі. За даними Київського науковця Ф. Г. Яновського (1860 – 1928) хворий на туберкульоз може виділяти в навколишнє середовище від 4 до 7 млрд. клітин МТБ за добу, що суттєво впливає на формування епідемії. Сприяють інфікуванню такі фактори: контакт з хворими на відкриту форму туберкульозу (сімейний, побутовий, професійний), інфіковані приміщення, речі, предмети та інфіковані харчові продукти (особливо молочні). Для своєчасного виявлення інфікованих МБТ застосовується метод туберкулінодіагностики.

Для постановки туберкулінових проб використовується туберкулін. Винайшов туберкулін Р.Кох (1890). В 1934 р. F. Seibert із співробітниками отримав очищений туберкулін – очищений білковий дериват, позбавлений неспецифічних домішок. В колишньому Радянському Союзі очищений туберкулін був отриманий в 30-х роках М. А. Лінніковою (ППД-Л). Промислове виробництво вітчизняного туберкуліну ППД-Л розпочато в 1954 р. в сьогоденних умовах для туберкулінодіагностики використовується туберкулін ППД-Л. В основі туберкулінових проб лежить клітинна імунологічна реакція, яка формує гіперчутливість уповільненого типу. Т-лімфоцити (хелпери) відповідають за розвиток клітинного імунітету при туберкульозі та гіперчутливості уповільненого типу при введенні туберкуліну.

Метою постановки проби Манту з 2 ТО є: виявлення інфікування у дітей і підлітків; виявлення віражу туберкулінових проб; відбір на ревакцинацію; діагностика після вакцинації та після інфекційної алергії. Протипоказання для постановки проби Манту: шкірні захворювання, гострі та хронічні інфекційні хвороби, алергічні стани, бронхіальна астма, ідіосинкразія з вираженими шкірними проявами, ревматизм у гострій та підгострій фазі, епілепсія. Не проводять пробу Манту в дитячих колективах під час карантину з інфекції. Пробу Манту проводять з 12 місяців життя дитини щорічно (при відсутності протипоказань) до 14 років, незалежно від попередньої реакції. 12.12.2012 р. МОЗ України затверджений наказ №1091 – УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ПЕРВИННОЇ, ВТОРИННОЇ (СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) ТА ТРЕТИННОЇ (ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ «ТУБЕРКУЛЬОЗ». Згідно названого наказу проба Манту з 2 ТО проводиться з 4 років щорічно до 14 років незалежно від результатів

попередньої реакції. При постановці проби Манту туберкулін вводять внутрішньошкірно в середню третину передпліччя в дозі 2Т0 з дотриманням вимог асептики. Облік проби Манту проводять через 48-72 години. Оцінюючи пробу Манту враховують діаметр папули, наявність везикули, некрозу, лімфангоїту, лімфаденіту. Проба Манту вважається негативною, якщо на місці введення уколочний слід, або ж папула 0-1 мм, сумнівна – папула 2-4 мм; позитивна у дітей 5-16 мм, у дорослих 5-20 мм; гіперергічна у дітей >17мм, у дорослих >21 мм. Гіперергічною вважається при наявності інфільтрату будь-якого діаметру з некрозом, везикулами, лімфангоїтом, лімфаденітом.

В умовах обов'язкової вакцинації і ревакцинації БЦЖ за допомогою проби Манту виявляють як інфекційний, так і післявакцинальний імунітет. Для результату проби Манту, викликаного вакцинацією, характерні наступні ознаки: максимальний діаметр інфільтрату відмічається на першому році життя; діаметр інфільтрату до 12 мм; реакція на туберкулінову пробу щорічно зменшується, у 5-6 років вона має бути негативною, через згасання імунітету; інфільтрат нестійкий, зникає протягом тижня, не залишаючи пігментації. Клінічна оцінка результатів проби Манту: негативна – є свідченням не інфікованості у здорової дитини (позитивна анергія), у хворого на туберкульоз з тяжким перебігом – негативна анергія; сумнівна – потребує уточнення техніки виконання, дози туберкуліну; вираж туберкулінових проб – це ранній період первинної туберкульоз інфекції, що проявляється інфекційною алергією при відсутності локальних ознак туберкульозу. Віраж визначають як: а) перехід негативною проби Манту в позитивну; б) збільшення діаметру інфільтрату порівняно з попереднім роком на 6 мм і більше.

У зв'язку з тим, що профілактичні щеплення можуть вплинути на чутливість до туберкуліну, при проведенні туберкулінодіагностики за віком її необхідно планувати до проведення профілактичних щеплень. У разі, якщо з тих чи інших причин пробу Манту проводять після проведення профілактичних щеплень, туберкулінодіагностика повинна здійснюватись не раніше ніж через один місяць після щеплення (Наказ МОЗ України від 16.09.2011 р. № 595).

На сучасному етапі пробу Манту з 2 Т0 витісняє діаскінтест, або ж внутрішньо-шкірний тест з алергеном туберкульозним рекомбінантним (АТР). Діаскінтест (Diaskintest) склад: 0,1 мл (1 доза) препарату Діаскінтест містить: білка рекомбінантного СFP10 - ESAT6 - 0,2 мкг; натрію хлориду - 0,46 мг; натрію фосфорнокислого двоаміноного 2-водного - 0,3876 мг; калію фосфорнокислого одноаміноного - 0,063 мг; фенолу - 0,25 мг; полісорбату 80 - 0,005 мг; води для ін'єкцій - до 0,1 мл. Фармакологічна дія: Діаскінтест - алерген рекомбінантний туберкульозний в стандартному розведенні. Діаскінтест розчин для внутрішньошкірного введення являє собою рекомбінантний білок, який продукують генетично модифіковані культури *Escherichia coli* BL21 (DE3)/pCFP - ESAT, розведений в ізотонічному стерильному фосфатному буферному розчині з використанням консерванту (фенолу). Діаскінтест містить два антигени, які присутні в вірулентних штаммах *Mycobacterium tuberculosis* і відсутні у вакцинному штамі БЦЖ. Механізм дії препарату Діаскінтест заснований на виявленні клітинної імунної відповіді на специфічні для мікобактерій туберкульозу антигени. У пацієнтів з туберкульозною інфекцією введення препарату Діаскінтест призводить до розвитку специфічної шкірної реакції, яка є проявом гіперчутливості уповільненого типу.

Діаскінтест застосовують для проведення внутрішньошкірної проби у пацієнтів всіх вікових груп з метою діагностики туберкульозу, проведення оцінки активності процесу та виявлення пацієнтів з високим ризиком розвитку активного туберкульозного процесу. Діаскінтест використовують для диференціальної діагностики туберкульозу, інфекційної і поствакцинальної алергії (реакції гіперчутливості уповільненого типу), а також проведення оцінки ефективності протитуберкульозної терапії в комплексі з іншими методами. Слід враховувати, що Діаскінтест не викликає розвитку реакції гіперчутливості уповільненого типу, яка пов'язана з вакцинацією БЦЖ, і тому не може використовуватися замість туберкулінового тесту з метою відбору пацієнтів на ревакцинацію і первинну вакцинацію БЦЖ.

Для проведення індивідуальної та скринінгової діагностики туберкульозу внутрішньошкірну пробу з використанням препарату Діаскінтест застосовують за призначенням фтизіатра або при його методичному забезпеченні. Для діагностики туберкульозної інфекції пробу з використанням препарату Діаскінтест рекомендується проводити пацієнтам, спрямованим до протитуберкульозного закладу для додаткового обстеження, пацієнтам, які належать до групи високого ризику по захворюванню на туберкульоз (враховуючи медичні, соціальні та епідеміологічні фактори), а також пацієнтам, спрямованим до фтизіатра за результатами масової туберкулінодіагностики. Для диференціальної діагностики туберкульозу пробу з використанням препарату Діаскінтест слід проводити в комплексі з рентгенологічними та клініко - лабораторними дослідженнями в умовах протитуберкульозного закладу. З метою спостереження за пацієнтами, що знаходяться на обліку у фтизіатра, з проявами туберкульозної інфекції, слід в умовах протитуберкульозного закладу проводити пробу з використанням препарату Діаскінтест при контрольному обстеженні всіх груп диспансерного обліку з інтервалами 3-6 місяців.

Діаскінтест призначений для проведення внутрішньошкірної проби. Введення препарату повинно проводитися спеціально навченим медичним персоналом, що володіє технікою внутрішньошкірних ін'єкцій. Пробу за допомогою препарату Діаскінтест проводять підліткам, дорослим і дітям за призначенням лікаря.

Вводити розчин можна тільки внутрішньошкірно. Для проведення проби рекомендується використовувати туберкулінові шприци й короткі тонкі голки, які мають косий зріз. Перед застосуванням препарату Діаскінтест перевіряють дату випуску і термін придатності препарату і шприців.

Для проведення проби в шприц набирають дві дози препарату Діаскінтест (0,2 мл розчину) і випускають розчин в стерильний ватний тампон до мітки 0,1 мл. Пацієнт під час проведення проби повинен перебувати в положенні сидячи. Пробу проводять на внутрішній поверхні середньої третини передпліччя, попередньо обробивши ділянку шкірного покриву 70 % етиловим спиртом. Для постановки проби у верхні шари натягнутої шкіри вводять 0,1 мл розчину Діаскінтест. Введення слід проводити паралельно до поверхні шкіри. Відразу після постановки проби у пацієнтів, як правило, утворюється білувата папула у вигляді «лимонної корочки», розмір якої становить 7-10 мм в діаметрі. Пацієнтам, які мають в анамнезі прояви неспецифічної алергії, пробу рекомендується проводити на фоні прийому десенсибілізуючих препаратів (десенсибілізуючі препарати підбираються лікарем і, як правило, приймаються протягом 5 днів до проведення проби з використанням препарату Діаскінтест і протягом 2 днів після).

Оцінка результату проби із застосуванням препарату Діаскінтест проводиться лікарем або медсестрою через 72 години після проведення проби. Оцінку проводять, вимірюючи поперечний щодо осі передпліччя розмір гіперемії і папули (інфільтрату). Розмір обчислюють в міліметрах, використовуючи прозору лінійку, при цьому необхідно враховувати, що гіперемію обчислюють тільки у випадку, якщо інфільтрат відсутній.

Реакція на пробу вважається негативною в разі повної відсутності інфільтрату і гіперемії або ж якщо їх розмір не перевищує 2 мм. Реакція на пробу вважається сумнівною в разі, якщо у пацієнта відзначається гіперемія без інфільтрату. Реакція на пробу вважається позитивною у разі наявності папули (інфільтрату) будь-якого розміру (при цьому слід розділяти такі реакції за ступенем вираженості). При наявності інфільтрату розміром менше 5 мм реакція вважається слабо вираженою, при розмірі папули від 5 до 9 мм реакція вважається помірною, при розмірі папули від 10 до 14 мм - виражена реакція. Гіперергічною реакцією вважається наявність інфільтрату розміром більше 15 мм, а також розвиток везикуло - некротичних змін, лімфангоїту або лімфаденіту незалежно від розміру папули. Пацієнтів з сумнівною і позитивною реакцією на пробу з використанням препарату Діаскінтест слід обстежити на туберкульоз. Слід враховувати, що шкірні прояви неспецифічної алергії (у тому числі гіперемія), на відміну від реакцій гіперчутливості уповільненого типу, розвиваються відразу після проведення ін'єкції і, як правило, зникають протягом 48-72 годин. Діаскінтест не викликає реакцій гіперчутливості уповільненого типу, які пов'язані з вакцинацією БЦЖ.

Випадки відсутності реакції на препарат Діаскінтест: Негативні результати проби із застосуванням препарату Діаскінтест можуть відзначатися у пацієнтів, які не інфіковані *Mycobacterium tuberculosis*, у осіб, які вилікувалися від туберкульозу, а також у пацієнтів, раніше інфікованих *Mycobacterium tuberculosis* з неактивною туберкульозною інфекцією. Крім того, негативні результати проби можуть бути у пацієнтів з туберкульозом в період завершення інволюції туберкульозних змін з відсутністю рентгено-томографічних, клінічних, лабораторних та інструментальних ознак активності процесу.

Слід зауважити, що проба з препаратом Діаскінтест може бути негативною у пацієнтів з туберкульозом, що мають виражені імунопатологічні порушення, які обумовлені важким перебігом туберкульозного процесу. Виявлення негативної проби можливо у пацієнтів з ранніми стадіями інфікування *Mycobacterium tuberculosis* або пацієнтів з ранніми стадіями туберкульозного процесу при супутніх захворюваннях, які супроводжуються імунodefіцитними станами.

Препарат Діаскінтест, як правило, добре переноситься пацієнтами будь-якого віку. Повідомлялося про окремі випадки розвитку системних небажаних реакцій, зокрема після проведення проби можливий розвиток слабкості, гіпертермії і головного болю.

Діаскінтест не застосовують для проведення проби у пацієнтів з гострими і хронічними (в період рецидиву) захворюваннями інфекційної етіології, виключаючи випадки, коли є підозра на туберкульоз. Не слід проводити пробу за допомогою препарату Діаскінтест у пацієнтів з соматичними та іншими захворюваннями під час загострення, а також у пацієнтів, які страждають на епілепсію, алергічні захворювання і поширені шкірні захворювання. У дитячих колективах під час карантину по дитячим інфекціям заборонено проводити пробу за допомогою препарату Діаскінтест (проведення проби проводиться тільки після зняття карантину). У період вагітності рішення про проведення проби Діаскінтест приймає лікар. Рекомендується проводити пробу з препаратом Діаскінтест до проведення профілактичних щеплень. При цьому у разі негативного результату проби щеплення (виключаючи БЦЖ) можна проводити відразу після оцінки та обліку результатів проби. Після проведення профілактичних щеплень постановка проби з препаратом Діаскінтест допускається не раніше, ніж через 1 місяць після профілактичного щеплення.

Форма випуску - розчин для внутрішньошкірного введення Діаскінтест по 30 доз (3 мл) у флаконах зі скла з гумовою пробкою і обкаткою алюмінієвим ковпачком з контролем першого розкриття, в картонній упаковці 1, 5 або 10 скляних флаконів, вкладених в контурну упаковку з полімерних

матеріалів. Діаскінтест придатний до застосування протягом 2 років після випуску за умови зберігання і транспортування при температурному режимі від 2 до 8 градусів Цельсія. Заборонено заморожувати розчин Діаскінтест. Після розкриття флакона розчин можна використовувати протягом 2 годин. Після закінчення терміну придатності препарат Діаскінтест слід утилізувати.

Список літератури

1. Зозуляк В. І. Фтизіатрія. / В. І. Зозуляк. - Івано-Франківськ. – 2000, 100 с.
2. Перельман М. И. Туберкулез. Учебник для студентов мед. институтов. / М. И. Перельман. - М.: - 1990.
3. Пилипчук Н. С. Туберкулез / Н. С. Пилипчук. М. - 1998.
4. Петренко В. І. Фтизіатрія / В. І. Петренко. - Вінниця: Нова книга, - 2006, 504 с.
5. Савула М. М. Туберкульоз / М. М. Савула, О. Я. Ладний. - Тернопіль: Укрмедкнига. – 1998, 324 с.
6. Фещенко Ю. І. Сучасні методи в діагностиці туберкульозу / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник. - К.: Здоров'я, - 2002.
7. Фещенко Ю. І. Організація протитуберкульозної допомоги населенню / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник. – К.: Здоров'я, - 2006, 654 с.
8. Циганенко А. Я. Фтизіатрія / А. Я. Циганенко, С. І. Зайцева. - Харків: Факт, - 2004, 390 с.

Реферати

АКТУАЛЬНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Билаш С. М., Ильченко В. И., Вородюхина А. К., Халимон Л. Н., Ерошенко Г. А.

В Украине эпидемия туберкулеза. С целью выявления инфицированных, выража туберкулиновых проб, отбора на ревакцинацию и диагностику поствакцинальной и постинфекционной аллергии применяется туберкулинодиагностика. На современном этапе пробу Манту с 2ТЕ вытесняет диаскинтест или внутрикожный тест с аллергеном туберкулезным рекомбинантным.

Ключевые слова: туберкулинодиагностика, диаскинтест.

Стаття надійшла 24.01.2014 р.

THE URGENCY OF TB DIAGNOSIS AT THE PRESENT STAGE

Bilash S., Ilchenko V., Voroduhina A.K., Halimon L.N., Yeroshenko G.A.

In Ukraine, the epidemic of tuberculosis. In order to detect infected, bend tuberculin tests, selection on the booster and diagnosis of post-vaccination and post-infectious allergies applies tuberculin diagnostics. At the present stage the Mantoux test with 2TE displaces Diaskintest or intracutaneous test with the allergen recombinant tuberculosis.

Key words: tuberculinodiagnostic, Diaskintest.

Рецензент Катрушов О.В.

УДК 616.89-008.47:616.831-001.31

Д. Н. Волошина

Харківський національний університет ім. В.Н.Каразіна,

ДУ "Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України", м. Харків

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У ХВОРИХ З НАСЛІДКАМИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ ТРАВМ

За допомогою опитувальника виразності психопатологічної симптоматики Derogatis, обстежено: 39 пацієнтів з іншими (окрім деменції, амнестичного синдрому та делірію) психічними розладами, спричиненими ЧМТ (шифр діагнозу F06 за МКХ-10); 61 пацієнт з розладами особистості та поведінки внаслідок ЧМТ (шифр діагнозу F07 за МКХ-10), а також 73 практично здорові особи. Дані оброблені методами математичної статистики (дисперсійний аналіз). Для всіх ознак, що вивчались, розраховані діагностичні коефіцієнти (ДК) та міри інформативності Кульбака (МІ). Визначено інформативність, а також діагностичну (диференціально-діагностичну) значущість психопатологічних симптомів наслідків ЧМТ, що створило необхідні передумови для їхнього використання у строго формальних діагностичних процедурах (типу послідовної процедури Вальда), комп'ютерна реалізація яких є основою сучасних медичних експертних систем. Запропоновано дослідити інформативність та діагностичну значущість показників: адиктивного статусу та якості життя хворих з наслідками ЧМТ з метою розробки комплексної діагностики та диференціальної діагностики психічних та поведінкових розладів у пацієнтів цієї категорії.

Ключові слова: черепно-мозкові травми, психопатологічна симптоматика, діагностична значущість.

Робота є фрагментом НДР «Изучение вопросов психодиагностики, этиопатогенеза, клинических особенностей, течения, профилактики и лечения коморбидных психических и поведенческих расстройств» (№ держреєстрації 0113U001081).

Черепно-мозкова травма (ЧМТ) займає одне з провідних місць серед інших різновидів патологій головного мозку. Найчастіше вона уражає осіб молодого, працездатного віку [4, 8]. Механічне пошкодження головного мозку запускає складний каскад порушень церебральної фізіології та метаболізму й супроводжується численними соматичними, неврологічними, психічними та поведінковими проявами.

Спектр психічних та поведінкових розладів при ЧМТ охоплює практично всі відомі розділи психопатології: від синдромів порушеної свідомості безпосередньо після травми, до різноманітної симптоматики віддаленого періоду, які, внаслідок своєї тривалості й стійкості, набувають особливого