

Урогенітальний туберкульоз у жінок становить приблизно 0,5% всіх випадків туберкульозу, а серед урогенітальних випадків менше 50% - генітальний туберкульоз Туберкульоз сечостатевої системи зазвичай є вторинним, первинне вогнище, як правило, знаходиться в легенях, при цьому захворювання рідко проявляється тільки ураженням ендометрію. Відомо, що ураження геніталій відбувається в основному гематогенним шляхом на фоні значного зниження рівня імунізаційних сил організму, і переважна більшість випадків ураження туберкульозом маткових труб і яєчників пов'язана з особливостями кровопостачання цих органів, яке значно залежить від впливу гормональних змін та рівня циркулюючих в крові біологічно активних речовин (гістаміну, серотоніну та простагландинів). Якщо в 70-х роках минулого століття запальні хвороби жіночих статевих органів, у т.ч. туберкульозної етіології, характеризувались переважанням хронічних форм, то останнім часом все частіше виявляються гострі процеси (піосальпікс, піоваріум, пельвіоперитоніт, перитоніт, параметрит). Джерело мікобактерій при туберкульозі шийки матки, спірне. У центрі уваги частіше знаходяться органи малого таза, включаючи фаллопієві труби, яєчники або ендометрій. Поширення на шийку матки відбувається лімфогенним або гематогенним шляхом. Рідко туберкульоз шийки матки може бути первинним ураженням. Можливим механізмом потрапляння збудника туберкульозу в шийку матки може бути статевий акт з партнером, що страждає на туберкульоз сечостатевих органів, або використання мокротиння хворого з туберкульозом легень в якості лубриканта. Лікування туберкульозу сечостатевих органів здійснюється препаратами першого ряду протягом двох місяців, а потім препаратами 2 ряду протягом чотирьох місяців. Розробляються та пробуються новітні імунобіологічні препарати та терапія стовбуровими клітинами.

Висновки. Таким чином, урогенітальний туберкульоз є доволі рідкісною формою захворювання. У жінок генітальний туберкульоз, що проявляється ураженням ендометрія, шийки матки, яєчників, піхви, вульви, може викликати гінекологічні ускладнення, такі як безпліддя, порушення менструального циклу та хронічні тазові болі. Оскільки клінічні симптоми генітальних уражень при туберкульозі є неспецифічними, лікар – гінеколог повинен мати насторогу щодо виявлення урогенітального туберкульозу не залежно від віку та соціально-економічного статусу пацієнок: не тільки у молодих жінок дітородного віку, а навіть серед жінок в постменопаузі. В разі своєчасної діагностики оптимальні схеми лікування мають хороші результати.

ІНТЕГРАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ ЛЕЙКОГРАМИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ДЕГЕНЕРАТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ХРЕБТА

Матушевська А.А.

Науковий керівник: доц. Морозенко Д.В.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

d.moroz.vet@gmail.com

Вступ. У клінічній ортопедичній практиці обстеження хворих на дегенеративні захворювання хребта, які потребують оперативного лікування, передбачає комплекс клінічних, лабораторних та інструментальних досліджень, що є обов'язковим. Ці захворювання спричиняють зміни у результатах лабораторних досліджень, що потребує особливого підходу з боку лікаря із дотриманням всіх сучасних вимог доказової та персоніфікованої медицини. Слід відзначити, що на сьогодні в ортопедичній практиці приділяється недостатньо уваги лабораторному дослідженню крові та сечі пацієнтів для оцінки метаболічних порушень за даної патології, в тому числі при поєднанні її з іншими захворюваннями. Таким чином, встановлення інформативних лабораторних маркерів для оцінки стану здоров'я пацієнтів із дегенеративними захворюваннями хребта, в тому числі й з поєднаною патологією, робить дослідження в даному напрямку актуальними у сучасній

клінічній та лабораторній медицині. Для оцінки імунного статусу пацієнтів, окрім стандартних імунологічних маркерів, можуть бути використані й інтегральні показники лейкограми.

Мета дослідження – проаналізувати клініко-діагностичну значущість інтегральних показників лейкограми під час обстеження пацієнтів із дегенеративними захворюваннями хребта.

Матеріали та методи. Дослідження було проведено на базі відділу лабораторної діагностики та імунології ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України у 2019 році. Всього під час виконання роботи було обстежено 24 пацієнта із дегенеративними захворюваннями хребта віком від 26 до 65 років, яких розподілили на три групи: перша група – хворі із килами поперекового відділу хребта (n=8), друга – хворі із стенозом у поперековому відділі хребта (n=8). В кожній групі 4 чоловіка та 4 жінки. Діагноз на дегенеративні захворювання поперекового відділу хребта встановлювали комплексно із урахуванням скарг, даних анамнезу, проведенням клінічного дослідження, рентгенографії і комп'ютерної томографії, а також результатів клінічних і біохімічних досліджень. Контрольну групу склали 10 практично здорових людей, віком від 27 до 60 років. Серед них 5 чоловіків та 5 жінок. Проби крові для досліджень відбирались з ліктьової вени натщесерце. В крові хворих дегенеративні захворювання хребта було досліджено лейкограму – у мазках, зафарбованих за Романовським – Гімзою. Також розраховували наступні інтегральні гематологічні показники: лейкоцитарний індекс (ЛІ) = лімфоцити / сегментоядерні нейтрофіли; індекс здвигу лейкоцитів (ІЗЛ) = (мієлоцити + метамієлоцити + паличкоядерні нейтрофіли + сегментоядерні нейтрофіли + еозинофіли + базофіли) / (лімфоцити + моноцити); лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) = (мієлоцити + метамієлоцити + паличкоядерні нейтрофіли + сегментоядерні нейтрофіли + плазматичні клітини) / (лімфоцити + моноцити + еозинофіли + базофіли); індекс лімфоцитарно-гранулоцитарний (ЛІГ) = (лімфоцити × 10) / (мієлоцити + метамієлоцити + паличкоядерні нейтрофіли + сегментоядерні нейтрофіли + еозинофіли + базофіли); індекс співвідношення нейтрофілів та лімфоцитів (ІСНЛ) = (мієлоцити + метамієлоцити + паличкоядерні нейтрофіли + сегментоядерні нейтрофіли) / лімфоцити; індекс ядерного здвигу нейтрофілів (ІЯЗН) = (мієлоцити + метамієлоцити + паличкоядерні нейтрофіли) / сегментоядерні нейтрофіли. Статистичний аналіз даних був здійснений за допомогою програмних пакетів Microsoft Excel XP та Statsoft Statistica 6.0. Порівняння груп пацієнтів проводили за параметричним критерієм Стьюдента з розрахунком середнього (M) та його похибки (m).

Отримані результати. У хворих на грижі поперекового відділу ЛІ був збільшений на 31,1 %, у хворих на стеноз – на 64,4 % порівняно із показниками контрольної групи. Даний показник віддзеркалює взаємозв'язок між гуморальною та клітинною ланками імунітету. ЛІІ був збільшений у хворих із грижами у 2,2 рази, у хворих із стенозом не був змінений порівняно з контрольною групою. Збільшення ЛІІ у пацієнтів свідчить про підвищення ендогенної інтоксикації та активізації процесів тканинного розпаду. ІСНЛ та ІЯЗН не змінилися (табл. 1).

Таблиця 1. Інтегральні показники лейкограми у пацієнтів із дегенеративними захворюваннями хребта (M±m)

Показники	Контрольна група, n=10	Хворі	
		Кили, n=8	Стеноз, n=8
Лейкоцити, ×10 ⁹ /л	6,10±0,21	7,0±0,31	6,7±0,51
ЛІ	0,45±0,02	0,59±0,05 *	0,74±0,10 *
ІЗЛ	2,30±0,12	1,76±0,15	1,56±0,32
ЛІІ	0,76±0,09	1,67±0,14 ***	1,49±0,30
ЛІГ	3,92±0,20	5,45±0,46 ***	6,79±0,87 ***
ІСНЛ	2,65±0,14	2,12±0,21	1,78±0,38
ІЯЗН	0,07±0,004	0,07±0,010	0,07±0,010

Примітка: * – p<0,05; *** – p<0,001 порівняно з контрольною групою

Зміни також стосуються лімфоцитарно-гранулоцитарного індексу (ЛІГ) у пацієнтів: у хворих з грижами поперекового відділу хребта цей індекс збільшився на 39,0 %, із стенозом – на 73,2 % порівняно з контрольною групою. Такі зміни ЛІГ віддзеркалюють присутність в організмі хворих ендогенної інтоксикації, пов'язаної з важкими запально-деструктивними процесами. Таким чином, зміни інтегральних показників лейкограми у хворих на дегенеративні захворювання хребта свідчить про активацію фагоцитарних лейкоцитів – важливий компонент запального процесу. На перших етапах запалення не залежить від характеру ушкодження і має загальні механізми, основою яких є комплекс цитокінів. Клітинами крові продукуються цитокіни – активовані білки, які забезпечують міжклітинні взаємодії. Гостра запальна реакція ініціюється внаслідок активації тканинних макрофагів і секреції запальних цитокінів, що має провідну роль у розвитку запального процесу. Можна припустити важливу діагностичну роль інтегральних показників лейкограми за різних захворювань запальної природи, в тому числі за запально-дистрофічних захворювань хребта.

Висновки. Під час дослідження інтегральних показників лейкограми у хворих на дегенеративні захворювання хребта було встановлено активацію клітинних елементів лейкоцитарної системи (збільшення ЛІ, ЛІІ та ЛІГ), що свідчить про активацію фагоцитарних лейкоцитів та є важливим компонентом запального процесу.

ЛАБОРАТОРНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕЗІНФІКУЮЧИХ ЗАСОБІВ

Мащенко Є. П.

Науковий керівник: с.н.с. Шаповалова О.В.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

elizavetamashenko@gmail.com

Вступ. Дослідження дезінфікуючих засобів проводиться з метою контролю їх якості і повинні відповідати правилам належної лабораторної практики. Дослідження включають застосування комплексу хімічних, фізичних, біологічних, мікробіологічних, токсикологічних та інших експериментальних методів для оцінки ефективності дії та безпеки дезінфікуючих засобів для здоров'я людини, тварин, та об'єктів навколишнього середовища. В умовах зростання біологічних загроз, що спостерігається сьогодні, питання забезпечення населення та різних галузей народного господарства надійними дезінфікуючими препаратами є актуальними.

Мета дослідження. Ознайомитися з методами лабораторних досліджень якості та ефективності дезінфікуючих засобів.

Матеріали і методи. Проводили пошук актуальних джерел наукової літератури та нормативних документів щодо методів випробувань хімічних дезінфікуючих засобів.

Результати та обговорення. Дезінфікуючі засоби в своїй основі мають хлорактивні речовини, окисники, альдегіди, четвертинні амонієві сполуки, гуанідини, спирти й інші хімічні сполуки. Ефективні хімічні дезінфікуючі засоби повинні мати широкий спектр бактерицидної дії, бути стійкими при зберіганні, добре розчинятися у воді або утворювати стійкі водні емульсії; не мати алергенної, токсичної, кумулятивної дії на організм людини та тварин, шкідливої дії щодо довкілля, ефективно діяти в малих концентраціях. Ефективність дезінфекції залежить від ряду умов: характеристик об'єкта дезінфекції, властивостей мікрофлори, на яку спрямована дія дезінфектанту, концентрації, температури препарату, тривалості експозиції.

Перелік лабораторних досліджень дезінфікуючого засобу залежить від сфери його застосування. Тестування проводиться в декілька етапів, що включають вивчення фізико-хімічних властивостей, токсичності для лабораторних тварин та бактерицидної дії відносно санітарно-показових мікроорганізмів.