Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

**АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ**

**ІНСТИТУТ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ ТА ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ**

**Ім.. Л.В. ГРОМАШЕВСЬКОГО**

**МИРОНЕНКО ВОЛОДИМИР БОРИСОВИЧ**

**УДК 616.34/.37 - 07:616.995.122**

**ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ УРАЖЕНЬ**

**ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ОПІСТОРХОЗІ**

16.00.11 – паразитологія, гельмінтологія

**АВТОРЕФЕРАТ**

дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

Київ - 2007

Дисертацією є рукопис

Роботу виконано в Харківській медичній академії післядипломної освіти МОЗ України

**Науковий керівник:** доктор медичних наук, професор **Бодня Катерина**

**Ігорівна,** Харківська медична академія післядипломної

освіти, завідувач кафедри медичної паразитології та

тропічних хвороб

**Офіційні опоненти:** доктор медичних наук, професор, Заслужений лікар України

**Руденко Антоніна Олексіївна,** Інститут епідеміології та

інфекційних хвороб ім.Л.В.Громашевського АМН України, завідувач відділом нейроінфекцій

доктор медичних наук, професор **Бондарєв Лев Самуїлович,** Донецький державний медичний університет МОЗ України, професор кафедри інфекційних хвороб

**Провідна установа:** Харківський державний медичний університет МОЗ України

Захист відбудеться «21» червня 2007 р. об 11 годині на засіданні Спеціалізованої вченої ради Д.26.614.01 при Інституті епідеміології та інфекційних хвороб ім.. Л.В. Громашевського АМН України (01015, м. Київ, вул.. Січневого повстання, 23).

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Інституту епідеміології та інфекційних хвороб ім.. Л.В. Громашевського АМН України (01015, м. Київ, вул.. М. Амосова, 5).

Автореферат розіслано «19» травня 2007 р.

Вчений секретар

Спеціалізованої вченої ради,

кандидат медичних наук О.Л. Панасюк

**ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

**Актуальність проблеми.** Проблема опісторхозу нині не тільки не втратила свого значення, але набула ще більшої гостроти та залишається актуальною. Серед біогельмінтозів, які є в Україні, опісторхоз є найпоширенішим і виявляється практично в усіх областях України [І.К. Падченко, 1985; Н.П. Нестеренко, І.І. Ярош, 1989; І.К. Падченко, І.М. Локтєва, 1991; В.Д. Завойкін, Т.М. Павліковська, С.Є. Шолохова та ін., 1993].

**Проведене комплексне вивчення епідеміологічної ситуації з опісторхозу показало, що рівень ураженості жителів в окремих селах України протягом останніх десятиліть залишається високим і досягає 35-61% [В.Д. Завойкін, С.О. Беєр, Г.Л. Плющова та ін., 1989]. Повсюдне зниження інтенсивності інвазії, що відзначається за останні роки, вкрай утруднює виявлення опісторхісів у фекаліях та дуоденальному вмісті. Тому багато хворих на опісторхоз не виявляється, і вони залишаються не врахованими і не лікованими [Н.М. Левахіна, Л.О. Кравцова, 1989; О.І. Пальцев, А.Є. Сердюков, В.Г. Кузнєцова, 1994], а офіційні статистичні дані про захворюваність населення на опісторхоз, що наводяться, враховують лише якусь частину інвазованих [В.П. Сергієв В.П., 1991; В.Я. Пустовалова, В.П. Сергієв, 1996].**

**Численними дослідженнями встановлено, що опісторхіси можуть паразитувати в організмі людини впродовж всього життя, і самовилікування практично не відбувається [В.П. Сергієв, 1991; Г.Ф. Белов, О.І. Краснова, В.Г. Кузнєцова, 1994 та ін.]. Згідно з накопиченими даними, з часу відкриття К.Н. Виноградовим сибірської двовустки (1981 р.), тривала опісторхозна інвазія навіть найменшої інтенсивності призводить до розвитку неспецифічних глибоких і незворотних морфофункціональних порушень в органах ГГДПЗ, ураження яких займає основне місце в структурі органної патології при опісторхозі, і тим більше виражених, чим триваліше захворювання [В.П. Лебедєв, 1990; Ю.О. Легоньков, Н.Н. Озерецковська та ін., 1992]. Разом з тим багаторічний досвід вивчення клініки, патогенезу і лікування опісторхозу показав, що ураження органів ГГДПЗ тривалий час може мати латентний перебіг і клінічно не виявлятися [О.М. Бронштейн О.М., Н.Н. Озерецковська, 1985]. У зв'язку з цим для раннього виявлення змін в органах ГГДПЗ, крім клініко-лабораторного обстеження, необхідним є вживання додаткових методів дослідження, зокрема й інструментальних методів.**

**У наявних нечисленних публікаціях [О.М. Кронштейн, С.П. Миронов та ін., 1989; М.О. Тун, Е.І. Бєлобородова, 1999] наголошується, що використання інструментальних методів дослідження (рентгенологічних, ультразвукових, ендоскопічних та ін.) дозволяє в декілька разів частіше виявляти ураження органів ГГДПЗ у хворих на опісторхоз. Проте в наявних роботах лише констатуються результати методів дослідження без аналізу їх особливостей залежно від тривалості інвазії. Праць даного плану, що стосуються суті поставленого питання, в доступній нам літературі ми не зустрічали. Слід зазначити, що більшість інструментальних методів вимагає висококоштовної апаратури, спеціальних умов і кваліфікованого персоналу для проведення досліджень, що можуть бути обтяжливі, а часто і небезпечні для пацієнта. Крім того, такі складні і висококоштовні дослідження не завжди можливі, особливо в осередках опісторхозу. А про вживання такого методу, як контактна рідкокристалічна термографія (КРТ) для виявлення уражень органів ГГДПЗ при опісторхозі є лише окремі повідомлення [Н.В. Худякова, З.М. Землякова та ін., 1991], не зважаючи на те, що цей метод застосовують у гастроентерології як високоінформативний, широкодоступний, безпечний для організму і такий, що не вимагає спеціальних умов для виявлення уражень органів ГГДПЗ [Ю.В. Бєлоусов, Л.Г. Волошина, 1986; Н.Ф. Дейнеко, М.І. Яблучанський, О.Я. Бабак, 1991].**

**З огляду на те, що збереження фізичного здоров'я, психологічного комфорту життя багато в чому залежать від своєчасного виявлення, правильної оцінки і адекватності лікувальних заходів, рішення питання раннього виявлення і лікування уражень органів ГГДПЗ при опісторхозі є надзвичайно актуальним.**

**Отже, вивчення особливостей зміни показників клініко-лабораторних та інструментальних методів дослідження в різні періоди опісторхозної інвазії вельми доцільне для визначення найпростіших, доступніших і інформативних додаткових методів дослідження і послідовності їх вживання, а також для обґрунтвування критеріїв діагностики ураження органів ГГДПЗ, необхідних для раннього виявлення органної патології і диференційованого підходу до проведення комплексного протипаразитарного і патогенетичного лікування. Вищевикладені дані визначили мету і завдання цього дослідження.**

**Зв’язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційна робота є фрагментом комплексної науково-дослідної роботи кафедри медичної паразитології та тропічних хвороб Харківської медичної академії післядипломної освіти “Клініко-патогенетичні особливості паразитарних хвороб як основа діагностики і лікування” (№ Державної реєстрації: 0101U001866).

Мета дослідження: **розробити шляхи оптимізації діагностики уражень органів травлення в осередках опісторхозу для удосконалення методів комплексного лікування, а також для оцінки і проведення реабілітаційних заходів в амбулаторно-поліклінічних умовах.**

Основні завдання дослідження:

1. **Вивчити особливості зміни клініко-інструментальних показників для оцінки стану органів ГГДПЗ в різні періоди захворювання на опісторхоз.**
2. **Оцінити зміни клітинного і гуморального імунітету у хворих** **на** **хронічний опісторхоз залежно від тривалості інвазії.**
3. **Вивчити особливості змін контактної рідкокристалічної термографії у хворих на хронічний опісторхоз залежно від тривалості захворювання.**
4. **Провести порівняльну оцінку інструментальних методів дослідження для діагностики і диференційної діагностики уражень органів ГГДПЗ.**
5. **Обґрунтувати диференційований підхід застосування інструментальних методів дослідження для діагностики органної патології при опісторхозі і розробити рекомендації по оптимізації їх використання для удосконалення методів комплексного лікування.**

*Об'єкт дослідження:*  хворі на опісторхоз.

*Предмет дослідження:* клініко-лабораторні та інструментальні особливості уражень органів ГГДПЗ у хворих на опісторхоз.

*Методи дослідження: д*ля досягнення мети і завдань у роботі використані клініко-лабораторні та інструментальні методи обстеження хворих на опісторхоз. Крім загальноприйнятого клініко-лабораторного обстеження було проведено дослідження імунологічного статусу з визначенням комплексу показників, що характеризують клітинний і гуморальний імунітет, включаючи визначення вмісту лейкоцитів, лімфоцитів крові та їх фракцій, а також імуноглобулінів класів А, M, G, E, застосовані гепатосцинтиграфія, ультразвукове дослідження, дослідження печінкової гемодинаміки і контактна рідкокристалічна термографія органів ГГПДЗ. Статистичне опрацювання проведено загальноприйнятими методами з обчисленням відсотків, середніх значень та їх помилок з використанням комп'ютерних програм Statgraphics Plus for Windows 2.1., Microsoft Excel 2000. У ряді випадків використаний метод статистичного аналізу із застосуванням критерію х2 (таблиця спряженості 2х2), був застосований аналіз частоти стрівальності порушень показників.

Наукова новизна одержаних результатів. **Вперше** **проведено одночасне дослідження стану органів ГГДПЗ шляхом вивчення результатів клініко-лабораторного і клініко-інструментального обстеження хворих на хронічний опісторхоз.**

**Вперше проведено вивчення змін клініко-імунологічних і інструментальних показників залежно від тривалості захворювання, визначені найпростіші інформативні і широко доступні методи для оцінки стану органів ГГДПЗ.**

Вперше був застосований метод КРТ для оцінки патології органів ГГДПЗ залежно від тривалості захворювання.Обґрунтованідіагностичні можливості і розроблені критерії оцінки контактної рідкокристалічної термографії для визначення патології органів травлення і оцінки ефективності лікування при хронічному опісторхозі в поліклінічних умовах і при масових диспансерних обстеженнях.

За допомогою комплексу сучасних методів дослідження вперше вивчені порівняно з клініко-інструментальними методами термографічні ознаки хронічного гастродуоденіту, виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, хронічного панкреатиту, хронічного гепатохолециститу та інших хронічних захворювань травної системи при хронічному опісторхозі, що дозволяє рекомендувати використання КРТ для визначення органної патології при опісторхозі.

**Комплексне обстеження хворих на опісторхоз дозволяє диференційовано проводити протипаразитарну терапію, а також прогнозувати і оцінювати ефективність лікування.**

**Практичне значення одержаних результатів.** Комплексне вивчення закономірностей змін в співвідношенні показників імунітету і порушень з боку органів ГГДПЗ дозволяє об'єктивно оцінювати стан організму хворих на опісторхоз, диференційовано проводити антигельмінтну і патогенетичну терапію, а також прогнозувати і оцінювати ефективність лікування опісторхозу і його ускладнень. Застосування контактної рідкокристалічної термографії в умовах ендемічного осередку дозволить своєчасно виявити патологічні зміни з боку органів травлення в поліклінічних умовах і попередити їх прогресування.

Розроблені методи спрямовані на удосконалення і підвищення ефективності лікування опісторхозу, корекцію імунологічних порушень шляхом введення в комплексне лікування таких препаратів, як прополін і циклоферон, яким властиві адаптогенні, протективні та імуномодулювальні дії, а також шляхом модифікації специфічної протипаразитарної терапії. Була проведена порівняльна оцінка різних варіантів комплексної протипаразитарної терапії, що послужило основою для розробки методичних рекомендацій з лікування опісторхозу.

Розроблені критерії оцінки характеру патологічних змін в органах ГГДПЗ, використання яких в комплексі з подальшими цілеспрямованими клініко-лабораторними і інструментальними дослідженнями підвищить діагностику і диференційну діагностику органної патології при хронічному опісторхозі.

**Впровадження результатів дослідження в практику.** Матеріали роботи впроваджено в навчальний процес и застосовуються при читанні лекцій і проведенні семінарських та практичних занять на кафедрах Харківської медичної академії післядипломної освіти та Харківського державного медичного університету.

За матеріалами роботи розроблено "Спосіб лікування хронічного гепатиту", захищений авторським свідоцтвом на винахід № 64937 від 15.03.2004 р., 2 нововведення (Реєстр галузевих нововведень. – Випуск реєстра № 22-23. – Київ, 2005 р.). Видані та впроваджені у практику охорони здоров'я 4 методичних рекомендацій та 1 інформаційний лист, що були затверджені МОЗ України та Українським центром наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи, які впровадженні у лікувальних і санітарно-епідеміологічних установах Харківської, Сумської, Полтавської та інших областей України.

**Особистий внесок здобувача.** Автором сформульовані мета і завдання дослідження, самостійно був проведений аналіз зарубіжної і вітчизняної наукової літератури, патентно-інформаційний пошук, відбір тематичних хворих. Результати одержаних даних були особисто опрацьовані автором методами математичної статистики і згруповані в таблиці, рисунки. Самостійно був проведений аналіз результатів досліджень, були обґрунтовані результати, наукові висновки та практичні рекомендації. Підготовлено матеріали для публікацій, оформлено дисертацію та автореферат.

**Апробація результатів дисертації.** Матеріали дисертації були викладені і обговорені: на XI конференції Українського товариства паразитологів (Київ, 1993), на науково-практичній конференції з міжнародною участю "Інфекційні хвороби в практиці терапевта" (Харків, 2001), на підсумковій регіональній науково-практичній конференції, присвяченій 10-річчю незалежності України (Харків, 2001), на V з'їзді паразитоценологів України з міжнародною участю (Луганськ, 2001), на XII конференції Українського наукового товариства паразитологів (Севастополь, 2002), на II з'їзді апітерапевтів України (Харків, 2002), на 6-й підсумковій регіональній науково-практичній конференції, присвяченій 80-річчю санепідслужби України (Харків, 2003), на II конференції Міжнародної асоціації паразитоценологів, присвяченій 25-річчю парадигмальній науці паразитоценології (Луганськ, 2003), на міжнародній науковій конференції "Актуальні питання боротьби з інфекційними хворобами" (Харків, 2003). Апробація дисертації відбулася на сумісному засіданні кафедр медичної паразитології і тропічних хвороб, кафедри інфекційних хвороб, дитячих інфекцій і загальної практики – сімейної медицини Харківської медичної академії післядипломної освіти, а також кафедр інфекційних хвороб і дитячих інфекцій Харківського державного медичного університету.

**Публікації за темою дисертації.** За темою кандидатської дисертації опубліковано 26 наукових праць, з них 9 – статті в журналах, рекомендованих ВАК для публікації матеріалів кандидатських та докторських дисертацій, 4 – методичні рекомендації, 1 – деклараційний патент, 1 – інформаційний лист, 2 – нововведення.

**Структура та обсяг дисертації.** Дисертація викладена на 126 сторінках машинописного тексту та побудована за загальноприйнятим планом і складається із вступу, огляду літератури, матеріалів та методів досліджень, розділів власних досліджень з аналізом і узагальненням їх результатів, висновків, практичних рекомендацій і має 267 джерел вітчизняних та зарубіжних авторів. Робота проілюстрована таблицями 23, 7 рисунками та 9 фотографіями.

**ОСНОВНИЙ Зміст роботи**

Матеріали і методи дослідження. **Для виконання поставлених** **в роботі завдань обстежено в динаміці 140 хворих (80 чоловіків і 60 жінок) на хронічний опісторхоз у фазі загострення у віці від 16 до 60 років (середній вік 39,6±3,3 року), що перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні паразитології Обласної клінічної інфекційної лікарні м. Харкова. Діагноз у всіх хворих був підтверджений копроовоскопічно та/або при дослідженні дуоденального вмісту. Рівень виділення яєць опісторхісів, згідно з прийнятою градацією, був помірно виражений, що відповідало слабкому або середньому ступеню інвазії. До числа обстежених хворих не включалися особи із захворюваннями органів ГГДПЗ, а також з іншою глистною інвазією. Результати досліджень на вірусні гепатити були негативними у всіх хворих. Для вивчення зворотного розвитку органної патології і ефективності комплексної (антигельмінтної, патогенетичної і симптоматичної) терапії повторно обстежено 75 хворих через 4-6 місяців і 1-2 роки після закінчення лікування.**

**При обстеженні хворих на хронічний опісторхоз крім загальноприйнятого клініко-лабораторного обстеження було проведено дослідження імунологічного статусу з визначенням комплексу показників, що характеризують клітинний і гуморальний імунітет, включаючи визначення вмісту лейкоцитів, лімфоцитів крові та їх фракцій, а також імуноглобулінів класів А, M, G, E. Концентрацію імуноглобулінів основних класів – А, М і G – в сироватці крові обстеженої категорії хворих визначали методом простої радіальної імунодифузії [G. Mancini, G. Carbonara, I. Hertnrans, 1965]. Рівень імуноглобуліну Е визначали методом радіоімунного аналізу (Славнов В.М., 1988) з використанням стандартних тест-наборів фірми «Cis» (Франція).**

**Крім того, для загальної оцінки лейкоцитарної реакції визначався лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ), який оцінюється як інтегральний показник функції лейцкоцитів, що дозволяє судити не тільки про зміну структури і диференціацію елементів крові, але і до певної міри про імунну реакцію взагалі.**

Клінічні прояви опісторхозу вивчалися шляхом поглибленого стаціонарного обстеження в динаміці до і після комплексної антигельмінтної терапії. Діагноз паразитології встановлювався на підставі копроовоскопії методами Като або формалін-ефірного та/або дуоденального зондування (Горбунова Л.О., 1985). Інтенсивність інвазії оцінювали за методом Като-Кац. Копроовоскопічне дослідження свідчило про слабкий ступінь інтенсивності інвазії у обстежених хворих (від 1-10 до 500-1000 яєць/г). Висновок про повний гельмінтоцидний ефект ґрунтувався на негативних результатах 3-5-10-кратної копроовоскопії і 2-3-кратного дуоденального зондування.

З метою більш поглибленого вивчення стану хворих на хронічний опісторхоз, крім загальноприйнятого клініко-лабораторного обстеження застосовані гепатосцинтиграфія, ультразвукове дослідження, дослідження печінкової гемодинаміки і контактна рідкокристалічна термографія органів ГГДПЗ. ГСГ здійснювали на гаvма-камері МВ-9100 А (ВНР), а УЗД органів ГГДПЗ проводили за допомогою луноскопа Toshiba SAL 77А (Японія) відповідно до методичних рекомендацій «Комплексная ультразвуковая и радионуклидная диагностика заболеваний печени» (1992). Геодинаміку печінки досліджували за допомогою РГГ. Для виконання КРТ застосовувся набір термоіндикаторів багаторазового використання, виготовлений у НПО «Монокристалреактив» (м. Харків). Дослідження проводились в однотипних умовах, зранку та натще.

Враховуючи багаторічний досвід кафедри медичної паразитології і тропічних хвороб ХМАПО і численні дані літератури про залежність між частотою ураження органів ГГДПЗ при опісторхозі і тривалістю інвазії, обстежені хворі були розділені на три групи. До першої групи було віднесено 36 хворих з тривалістю інвазії від 0 до 1 року, 70 хворих з тривалістю інвазії від 2 до 5 років складали другу групу, і 34 хворих з тривалістю інвазії від 6 до 10 і більше років складали третю групу.

Специфічне лікування хворих проводилося празіквантелем (білтрицид фірми Байер, Меркнув, ФРН). Препарат призначався з розрахунку 40-60 мг на 1 кг маси тіла в 2-3 прийоми протягом доби. До початку специфічного лікування проводилася патогенетична і симптоматична терапія за допомогою спазмолітичних, жовчогінних, антигістамінних, десенсибілізувальних протизапальних засобів і вітамінів. Для підвищення ефективності лікування застосовували препарат прополін у 32 хворих на хронічний опісторхоз. Прополін призначався по 2 таблетки 3 рази на день за 10-15 днів до початку, під час хіміотерапії і впродовж 1-2 місяців після її закінчення. Імуномодулювальна і адаптогенна дія циклоферону вивчена у 19 хворих на хронічний опісторхоз (раніше при опісторхозі не застосовувався). Циклоферон є економічно доступним для клінічної практики, не має вікових обмежень або протипоказань і може бути рекомендований для широкого упровадження при лікуванні і профілактиці паразитарних інвазій. Препарат вводили внутрішньом'язово по 250 мг на 1, 2, 4, 6, 8, 11, 14, 17, 20, 23-й дні лікування.

Порівняльна оцінка різних варіантів комплексної антігельмінтної терапії хворих на хронічний опісторхоз послужила основою для складання методичних рекомендацій з лікування опісторхозу. Статистичне опрацювання проведено загальноприйнятими методами з обчисленням відсотків, середніх значень та їх помилок з використанням комп'ютерних програм Statgraphics Plus for Windows 2.1., Microsoft Excel 2000. У ряді випадків використаний метод статистичного аналізу із застосуванням критерію х2 (таблиця спряженості 2х2). Виходячи з того, що середні значення багатьох показників, що вивчаються, знаходилися в межах прийнятої норми, був застосований більш інформативний в подібних випадках спосіб – аналіз частоти стрівальності порушень показників [В.С. Генес, 1967].

При виконанні дисертаційної роботи дотримані правила безпеки для здоров’я обстежених, збережені права і канони людської гідності пацієнтів, а також морально-етичні норми у відповідності до принципів Гельсінської декларації прав людини, Конвенції Ради Європи про права людини і біомедицини та відповідних законів України.

**РЕЗУЛЬТАТИ ВЛАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Клініко-лабораторні дослідження дозволили встановити, що обстежені хворі знаходилися в хронічній фазі захворювання, легкої та/або середньої тяжкості. Переважна більшість хворих (86,4%) була працездатного віку (табл. 1).

Таблиця 1

**Розподіл хворих на хронічний опісторхоз за статтю та віком**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Стать** | **Вік хворих (років)** | | | | | | | | | | | |
| **17-20** | | **21-30** | | **31-40** | | **41-50** | | **51-55** | | **Разом** | |
| **абс.** | **%** | **абс.** | **%** | **абс.** | **%** | **абс.** | **%** | **абс.** | **%** | **абс.** | **%** |
| **Чолов.** | 3 | 3,8 | 19 | 23,7 | 28 | 35,0 | 19 | 23,7 | 11 | 13,8 | 80 | 100 |
| **Жінок** | 4 | 6,7 | 16 | 26,7 | 14 | 23,3 | 18 | 30,0 | 8 | 13,3 | 60 | 100 |
| **Разом** | 7 | 5,0 | 35 | 25,0 | 42 | 30,0 | 37 | 26,4 | 19 | 13,6 | 140 | 100 |

Тривалість захворювання на опісторхоз на день обстеження, згідно з даними, що були одержані від хворих, коливалася від декількох місяців до 10-15 і більше років (табл. 2). Вірогідний початок інвазії не завжди можна було встановити, оскільки у багатьох хворих опісторхоз був виявлений випадково (при профоглядах, оформленні курортної картки, тощо). В подібних випадках тривалість захворювання була менш дійсною.

Таблиця 2

**Розподіл хворих на хронічний опісторхоз в залежності**

**від тривалості захворювання**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Кількість хворих** | **Тривалість захворювання (років)** | | | | | | | |
| **0-1 років** | | **2-5 років** | | **6-10 і більше років** | | **разом** | |
|  | |  | |  | |  | |
| абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| 36 | 25,7 | 70 | 50,0 | 34 | 24,3 | 140 | 100 |

Вивчення анамнестичних даних дозволило встановити, що всі хворі вживали малосольну, недостатньо термічно оброблену, а іноді в'ялену і сиру рибу сімейства коропових, особливо в ендемічних за опісторхозом населених пунктах.

Клінічні прояви у хворих на опісторхоз були вельми різноманітні: від безсимптомних до виражених форм, що узгоджується з літературними даними.

**Узагальнення скарг і результатів об'єктивного обстеження дозволило виділити основні клінічні синдроми, що найчастіше зустрічаються: больовий абдомінальний у 80,22% хворих, діспептичний (65,22%), астеноневротичний (84,33%), синдром вегетосудинної дистонії (58,8%) і органну патологію, що найчастіше зустрічається (табл. 3). При клінічному обстеженні встановлено, що у 26 хворих (18,57%) на опісторхоз відхилень від норми не було виявлено.**

У результаті клініко-лабораторного обстеження було встановлено, що середні значення біохімічних показників крові коливалися в межах норми. Разом з тим, аналіз частоти змінності по відношенню до норми дозволив встановити, що рівень загального білірубіну, лужної фосфатази, АлАТ, загального білка, альфа- і бета-глобулінів, тимолова проба частіше були підвищені, а рівень альбумінів був знижений. Результати дослідження АсАТ, діастази сечі і крові не відрізнялися від норми у всіх хворих. При дослідженні морфологічного складу периферичної крові було встановлено, що середні показники основних елементів крові знаходилися в межах норми. Еозинофіли крові були підвищені від 5 до 9% у 1/3 хворих. Дослідження лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ) показало, що у хворих з низьким вмістом еозинофілів (нижче 2-3%) в периферичній крові ЛІІ в 1,5-2 рази був вищим за норму, що свідчить про переважання мононуклеарної реакції організму хазяїна у відповідь на інвазію. За відсутності еозинофілів підвищення ЛІІ було у 75+10% хворих.

Клініко-лабораторні зміни, що були виявлені у хворих на хронічний опісторхоз до лікування, зустрічалися в найрізноманітніших поєднаннях, обумовлюючи поліморфність клінічних проявів від безсимптомних до виражених порушень функцій органів ГГДПЗ. При цьому була виявлена залежність уражень органів ГГДПЗ від тривалості захворювання (табл. 3).

Таблиця 3

**Частота уражень органів ГГДПЗ у хворих на хронічний опісторхоз залежно від тривалості захворювання**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Тривалість хвороби (років)** | **Частота уражень (%)** | | | | |
| **хронічний гепатит** | **хронічний холецистит** | **хронічний гастродуоденит** | **хронічний панкреатит** | **не виявлено патології** |
| **0-1 років (n=36)** | **37,85** | **30,71** | **14, 28** | **5,0** | **38,0** |
| **2-5 років(n=70)** | **60,71** | **32,14** | **25,0** | **7,14** | **8,57** |
| **6-10 і більше років (n=34)** | **85, 71** | **41,0** | **35,0** | **14,28** | **-** |

Опісторхоз, що мав субклінічний перебіг, не виключав уражень печінки та інших органів ГГДПЗ.

Після проведеного комплексного лікування при повній дегельмінтизації зворотний розвиток клініко-лабораторних порушень у хворих, що додатково одержували прополін, і з меншою тривалістю інвазії, був більш виражений, що забезпечувало більший ефект лікування, ніж без прополіну.

Вивчення імунного статусу хворих на хронічний опісторхоз залежно від тривалості інвазії показало (табл. 4), що в перший період захворювання відбувається індукція деяких показників імунітету, а в подальшому спостерігається їх істотне пригнічення. При тривалості захворювання більше 5 років відбувається деяке згладження порушень балансу компонентів імунної системи, що відбулися раніше, але він залишається на якісно новому рівні, який стає для хворих за своєрідну норму.

**Таблиця 4**

Стан клітинного і гуморального імунітету у хворих

на хронічний опісторхоз залежно від тривалості інвазії

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показник імунітету | Група здорових | Група хворих на хронічний опісторхоз з різною тривалістю захворювання | | |
| I  (0-1 років) | II  (2-5 років) | III  (6-10 років і більше) |
| Т-загальне  СД3 (%) | **68,90±1,36** | **72,8±2,0** | **65,4±2,5** | **63,6±3,5** |
| Т-активне (%) | **40,6±2,4** | **47,0±1,3х** | **37,2±2,8х** | **39,6±2,9** |
| Т-супрес. СД8 (%) | **19,9±1,9** | **23,2±3,2х** | **20,0±7,1** | **23,2±3,7** |
| Т-хелп. СД4 (%) | **36,6±2,1** | **26,8±4,4х** | **19,2±4,8х** | **28,6±3,1х** |
| СД4/СД8 (%) | **2,2** | **1,2** | **0,96** | **1,2** |
| В-лімф. (%) | **19,00±0,72** | **11,7±0,9х** | **15,5±1,4х** | **15,9±1,7** |
| Ig A г/л | **2,39±0,12** | **2,35±0,20** | **2,53±0,17** | **2,00±0,12х** |
| Ig M г/л | **1,46±0,11** | **2,00±0,23х** | **1,78±0,2** | **1,76±0,24** |
| Ig G г/л | **13,50±0,54** | **14,70±0,47** | **15,10±0,47х** | **15,80±1,16** |
| Сумарні Ig | **17,42±0,25** | **19,1±0,3х** | **19,40±0,25х** | **19,5±0,5х** |

**Примітка: х – різниця статистично достовірна, р<0,001.**

**Порівняльний аналіз результатів дослідження ЛІІ і співвідношення СД4/СД8 в одного і того ж хворого показав високий ступінь кореляції між ними (коефіцієнт кореляції 0,82) – при знижених значеннях співвідношення СД4/СД8 рівень ЛІІ також знижується. Отже ЛІІ аналогічно співвідношенню СД4/СД8 може бути критерієм прогнозування і оцінки тяжкості перебігу інвазії. Це дозволяє до дослідження імунітету в спеціальних лабораторіях заздалегідь за клінічним аналізом крові судити деякою мірою про стан імунітету хворого за показниками ЛІІ. Застосований для корекції імунологічних порушень циклоферон сприяв прискоренню зворотного розвитку органної патології у хворих на хронічний опісторхоз і підвищенню ефективності лікування.**

**Проведена порівняльна оцінка відомих високоефективних методів інструментального обстеження (ГСГ – у 52 хворих, УЗД – у 55 хворих) і методів, що раніше мало застосовувалися при опісторхозі (РГГ – у 72 хворих, КРТ – у 86 хворих) дозволила не тільки верифікувати показники і оцінити діагностичну можливість останніх, але і розробити раціональну схему послідовності застосування додаткових інструментальних методів дослідження для раннього виявлення уражень органів ГГДПЗ при опісторхозі.**

**При клінічному обстеженні патологія в органах ГГДПЗ була виявлена у 77,78% хворих, при клініко-лабораторному – у 42,22%, при ГСГ – у 88,89%, при УЗД – у 73,33%, при КРТ – у 93,33%, при РГГ – у 88,89%. Аналіз результатів обстеження 26 хворих на хронічним опісторхоз, у яких не було скарг і клініко-лабораторні показники не відрізнялися від норми, показав, що дані ГСГ знаходилися в межах норми тільки у 5 чоловік, УЗД – у 7, КРТ – у 6, РГГ – у 5 хворих. Це показує, що застосовані інструментальні методи дослідження мають високу діагностичну можливість. Частота порушень показників інструментальних методів дослідження зростала з мірою збільшення тривалості захворювання (табл.. 5).**

**Проведені дослідження дозволяють зробити висновок, що для раннього виявлення органної патології при хронічному опісторхозі необхідно застосовувати комплекс лабораторно-інструментальних методів дослідження. На першому етапі в умовах, коли інструментальні можливості обмежені, а також для отримання первинної об'єктивної інформації, рекомендується разом зі звичним клініко-лабораторним обстеженням визначати ЛІІ і проводити КРТ. При виявленні патології з боку органів ГГДПЗ подальше обстеження хворих на опісторхоз проводити в умовах спеціалізованого стаціонару.**

Таблиця 5

**Частота виявлення (%) змін в органах ГГДПЗ** **у хворих на хронічний опісторхоз при інструментальних методах дослідження**

**залежно від тривалості інвазії**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Метод дослідження** | **Тривалість інвазії (%)** | | |
| **0-1 років** | **2-5 років** | **6-10 років і більше** |
| **ГСГ** | 9±6 | 39±7 | 52±7 |
| **УЗД** | 10±7 | 53±12 | 37±11 |
| **КРТ** | 26±5 | 56±6 | 18±4 |

**При виявленні патології з боку органів ГГДПЗ подальше обстеження хворих проводять в умовах спеціалізованого стаціонару.**

**Як показали наші дослідження, клініко-інструментальне обстеження, проведене диференційовано, у визначеній послідовності, оптимальної для кожного спостереження, дозволяє провести ранню функціональну діагностику уражень органів ГГДПЗ, диференціацію основних синдромів і захворювань цих органів при хронічному опісторхозі. Для ранньої і диференцйної діагностики уражень печінки й інших органів ГГДПЗ був розроблений і апробований комплекс додаткових досліджень, що передбачає поєднання біохімічних, радіонуклідних, ультразвукових термографічних і електрофізіологічних методів дослідження. Своєчасне виявлення органної патології дозволяє визначити оптимальні терміни й обсяг протективної і патогенетичної терапії, що поряд з дегельмінтизацією підвищує ефективність лікування опісторхозу, а також може розглядатися як профілактика хронічних захворювань печінки.**

ВИСНОВКИ

**В дисертаційному дослідженні на основі вивчення клінічної симптоматики, вивчення показників клініко-лабораторного обстеження та інструментальних досліджень (застосовані гепатосцинтиграфія, ультразвукове дослідження, дослідження печінкової гемодинаміки** **і контактна рідкокристалічна термографія) органів травлення у хворих на хронічний опісторхоз розв’язано актуальне завдання підвищення ефективності та оптимізації діагностики уражень органів травлення в осередках опісторхозу для удосконалення методів комплексного лікування, а також для оцінки і проведення реабілітаційних заходів в амбулаторно-поліклінічних умовах.**

1. Виявлені закономірності й встановлені особливості змін показників імунітету та результатів інструментальних методів дослідження (УЗД, КРТ) при різній тривалості інвазії, що дозволяє оцінити тяжкість захворювання, визначити тактику лікування і прогнозувати перебіг інвазії, не застосовуючи складних методів дослідження.
2. **КРТ при функціональних порушеннях в органах ГГДПЗ не виявляє осередкової патологічної гипертермії, і термограми при функціональних порушеннях не відрізняються від норми, що має важливе диференційно-діагностичне значення.**
3. **Висока інформативність методу контактної рідкокристалічної термографії дозволяє рекомендувати його для ранньої діагностики уражень органів ГГДПЗ у хворих на опісторхоз та диференційної діагностики з функціональними порушеннями в умовах поліклініки і стаціонару. А також як скринінг-тест при профоглядах, особливо в осередках опісторхозу.**
4. Особливості змін ЛІІ при загостренні опісторхозу відбивають характер та зміни імунної системи і можуть бути застосовані як додатковий критерій з діагностичною метою для ранньої оцінки змін імунітету та обґрунтування застосування в комплексному лікуванні імуномодуляторів.
5. Особливості змін і динаміка після лікування показників КРТ, ЛІІ, клітинного і гуморального імунітету можуть бути застосовані як додаткові критерії для діагностичних цілей й обґрунтування комплексного лікування з додаванням прополіну та циклоферону, яким властиві адаптогенні, протективні та імуномодулюючі дії.
6. **Для ранньої та диференційної діагностики уражень органів ГГДПЗ розроблено й апробовано комплекс поетапного обстеження хворих на опісторхоз, що передбачає поєднання лабораторних, імунологічних, ультразвукових і термографічних методів досліджень. Своєчасна діагностика та комплексне паразитологічне й патогенетичне лікування опісторхозу можуть розглядатися як профілактика уражень органів ГГДПЗ.**

**ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

1. В практичній діяльності лікарів-інфекціоністів, гастроентерологів, терапевтів та сімейних лікарів слід ураховувати, що під час профілактичних оглядів для оптимізації діагностики уражень органів травлення при хронічному опісторхозі необхідно застосовувати комплекс поетапного обстеження хворих.
2. Оптимальним слід визначити проведення методу контактної рідкокристалічної термографії для ранньої діагностики та диференційної діагностики уражень органів травлення при хронічному опісторхозі в умовах поліклініки і стаціонару, зокрема як скринінг-тесту при профоглядах, особливо в осередках опісторхозу**.**
3. Підвищений ризик ураження органів травлення при опісторхозі вимагає застосування додаткових критеріїв для обґрунтовування комплексного лікування з додаванням прополіну і циклоферону, що обумовлює підвищення ефективності лікування у комплексі з традиційною антигельмінтною терапією.

**СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Бодня Е.И., Лукшина Р.Г., Мироненко В.Б., Москаленко И.К. Совершенствование диагностики поражений органов пищеварительной системы при хроническом описторхозе // Материалы XI конференции Украинского общества паразитологов. – Киев, 1993. – С. 13-14. (Дисертант самостійно зібрав матеріал та провів статистичну обробку; аналіз, узагальнення результатів та висновки сумісні).

2. Бодня Е.И., Лукшина Р.Г., Мироненко В.Б. Комплексная дифференцированная оценка состояния гепатобилиарной и панкреато-дуоденальной систем при хроническом описторхозе. - Информационное письмо. РЦНМИ. – Киев, 1993. – 2 с. (Дисертантом самостійно проаналізовано матеріал, узагальнення та висновки проведені сумісно).

3. Бодня Е.И., Лукшина Р.Г., Мироненко В.Б., Москаленко И.К. и др. Пути оптимизации диагностики поражения органов пищеварения и сравнительная оценка антигельминтной терапии при описторхозе // Проблеми медичної науки та освіти. – 1999. - № 1. – С. 61-64. (Дисертантом самостійно проаналізовано матеріал, узагальнення та висновки опрацьовані сумісно).

4. Бодня Е.И., Мироненко В.Б. Значение контактной жидкокристаллической термографии в комплексной оценке поражений органов пищеварения при хроническом описторхозе // Гастробюллетень: научно-практическое издание. Приложение № 1. – Санкт-Петербург. – 2000. - № 1-2. – С. 12. (Дисертантом самостійно зібрано та проаналізовано матеріал, узагальнення та висновки опрацьовані сумісно).

5. Бодня К.І., Холтобіна Л.В., Мироненко В.Б. Порівняльна ефективність лікування хворих на хронічний опісторхоз білтрицидом та азиноксом. - Клінічна медицина. – 2000. – Т. 4. - № 4. – С. 61. (Дисертантом самостійно проаналізовано матеріал, узагальнення та висновки проведені сумісно).

6. Бодня К.І., Мироненко В.Б., Піддубна М.А. Стан нервової системи і формування стосунків хазяїна і паразита при опісторхозі // Нейроінфекції. Інші інфекційні хвороби: Матеріали науково-практичної конференції і пленуму Асоціації інфекціоністів України. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. – С. 22-23. (Дисертант самостійно провів обстеження хворих на опісторхоз, самостійно проаналізував матеріал, узагальнення та висновки проведені сумісно).

7. Бодня Е.И., Мироненко В.Б. Ультразвуковое исследование состояния гепатобилиарной системы при хроническом описторхозе // Інфекційні хвороби в практиці терапевта: Матеріали науково-практичної конференції з Міжнародною участю. – Харків, 2001. - С. 47-49. (Дисертантом самостійно проведено статистичну обробку матеріалу, самостійно проаналізовано матеріал, узагальнення та висновки опрацьовані сумісно).

8. Бодня К.І., Мироненко В.Б. Метод контактної рідкокристалічної термографії в діагностиці захворювань органів гепато-дуодено-панкреатичної зони при хронічному опісторхозі // Эпидемиология, экология и гигиена: Материалы итоговой региональной научно-практической конференции, посвященной 10-летию независимости Украины. – Харьков: Харьковская областная санэпидстанция, 2001. – Выпуск 4. - С. 67-68. (Дисертантом самостійно було проведено дослідження методом контактної рідкокристалічної термографії та проаналізовано матеріал, узагальнення та висновки опрацьовані сумісно).

9. Бодня Е.И., Павликовская Т.Н., Холтобина Л.В., Поддубная М.А., Мироненко В.Б. Хронические поражения печени и их коррекция при длительной инвазии трематод // Проблеми зооінженерії та ветеринарної медицини: Збірник наукових праць. (Ветеринарні науки). – Випуск 7(31). – 2001. – С. 75-76. (Дисертантом самостійно проаналізовано матеріал, узагальнення результатів та висновки опрацьовані сумісно).

10. Бодня К.І., Тихонов О.І., Мироненко В.Б., Алєксєєв А.В. Використання нового лікарського препарату “Пророліну” в комплексному лікуванні хронічного опісторхозу // Клінічна фармація. – 2001. – Т. 5. - № 2. – С. 40-42. (Дисертантом самостійно зібрано матеріал, самостійно проаналізовано, взято участь у написанні та підготовлено до друку).

11. Бодня Е.И., Мироненко В.Б. Динамика показателей контактной жидкокристаллической термографии у больных хроническим описторхозом после комплексного антигельминтного лечения с добавлением прополина // Апітерапія: погляд у майбутнє: Збірник наукових праць. – Харків: Вид-во НФаУ: Золоті сторінки, 2002. – С. 169-173. (Дисертантом самостійно проведено інформаційний пошук та огляд літератури, взято участь у написанні, узагальнення та висновки опрацьовані сумісно).

12. Бодня К.І., Мухарська Л.М., Павліковська Т.М., Некрасова Л.С., Холтобіна Л.В., Мироненко В.Б. Стратегія та тактика боротьби з паразитарними хворобами в Україні // Анали Мечниківського інституту. – 2002. - № 2-3. – С. 5-8. (Дисертантом проведено обробку матеріалу, взято участь у написанні, підготовлено до друку).

13. Бодня Е.И., Повгородняя О.И., Мироненко В.Б. Применение циклоферона в комплексном лечении паразитарных заболеваний. - Методические рекомендации. – Харьков, 2002. – 20 с. (Дисертантом самостійно проаналізовано матеріал, узагальнення та висновки опрацьовані сумісно).

14. Бодня К.І., Головачов А.О., Мікулінський М.О., Мироненко В.Б. та ін. Циклоферон – новий перспективний імуномодулятор в лікуванні паразитарних інвазій. - Методичні рекомендації. – Харків, 2002. – 28 с. (Дисертантом самостійно проаналізовано матеріал, взято участь в написанні, узагальнення та висновки опрацьовані сумісно).

15. Бодня К.І., Мироненко В.Б. Рання діагностика поразок печінки при хронічному описторхозі // Эпидемиология, экология и гигиена: Материалы 6-ой итоговой региональной научно-практической конференции, посвященной 80-летию санэпидслужбы Украины. - Часть 1. – Харьков: Харьковская областная санэпидстанция, 2003. – С. 169. (Дисертантом самостійно проведено огляд літератури, проаналізовано матеріал, узагальнення та висновки проведені сумісно).

16. Мироненко В.Б. Показатели контактной жидкокристаллической термографии у больных хроническим описторхозом // Медицина 3-го тисячоліття: Матеріали міжвузівської конференції молодих вчених. Харків. - 2003. - С. 158-160.

17. Бодня Е.И., Мироненко В.Б. Применение циклоферона в комплексном лечении хронического описторхоза // В кн.: Збірник наукових праць Луганського національного аграрного університету. – Видавництво ЛНАУ, Ветеринарні науки, 2003. - № 31/43. – С. 101-105. (Дисертантом самостійно проаналізовано матеріал, узагальнення та висновки опрацьовані сумісно).

18. Бодня Е.И., Мироненко В.Б. Диагностика поражений органов пищеварения при хроническом описторхозе // Анали Мечниківського інституту. – 2003. - № 4-5. – С. 159. (Дисертантом проведено інформаційний пошук, огляд літератури, зібрано та самостійно проаналізовано матеріал, узагальнення та висновки опрацьовані сумісно).

19. Бодня К.І., Мироненко В.Б. Спосіб лікування хронічного гепатиту. Пат. 2003031959 UA, МПК 7 А61К 31/00. № 64937 А; Заявл. 05.03.03; Опубл. 15.03.04; Бюл. №3. - 6 с. (Дисертантом самостійно проведено порівняння способу, що заявлявся, з прототипом, проаналізовано матеріал, узагальнення та висновки проведені сумісно).

20. Бодня К.І., Тихонов О.І., Ярних Т.Г., Тихонова С.О., Мироненко В.Б. Прополін. Перспективи застосування в комплексному лікуванні паразитарних хвороб. - Методичні рекомендації. - Харків, 2004. - 16 с. (Дисертантом самостійно проаналізовано матеріал, узагальнення та висновки опрацьовані сумісно).

21. Лукшина Р.Г., Бодня К.І., Москаленко І.К., Холтобіна Л.В., Мироненко В.Б. Сучасні методи лікування основних паразитарних хвороб людини. - Методичні рекомендації. - Харків, 2004. - 39 с. (Дисертантом самостійно проведено огляд літератури, проаналізовано матеріал, узагальнення та висновки проведені сумісно).

22. Бодня К.І., Павліковська Т.М., Холтобіна Л.В., Колесник К.І., Мироненко В.Б. та ін. Опісторхоз в Україні // Сучасні інфекції. - 2005. - № 2. - С. 4-6. (Дисертантом самостійно проведно огляд літератури, проаналізовано матеріал, узагальнення та висновки проведені сумісно).

23. Бодня Е.И., Мироненко В.Б. Динамика показателей контактной жидкокристаллической термографии у больных хроническим описторхозом после комплексного антигельмитного лечения с добавлением прополина // Сучасні інфекції. - 2005. - № 2. - С. 7-10. (Дисертантом самостійно зібрано матеріал, проаналізовано, було взято участь у написанні, підготовлено до друку роботу).

24. Бодня Е.И., Мироненко В.Б Изменение внутрипеченочной гемодинамики после комплексного лечения хронического описторхоза // Проблеми медичної науки та освіти. – 2005. - №3. – С. 90-92. (Дисертантом самостійно зібрано матеріал, проаналізовано, було взято участь у написанні, підготовлено до друку, висновки опрацьовані сумісно).

25. Бодня К.І., Мироненко В.Б., Повгородня О.І. та ін. Спосіб застосування препарату "Циклоферон" у лікуванні хворих на паразитарні хвороби (опісторхоз, лямбліоз, токсоплазмоз, ентеробіоз, токсокароз, демодекоз). Реєстр. № 153/23/05. - Реєстр галузевих нововведень. - Випуск реєстра № 22-23. - Київ, 2005. - С. 101-102. (Дисертантом самостійно проведено порівняння способу застосування препарату у лікуванні хворих на опісторхоз, проаналізовано матеріал, висновки опрацьовані сумісно).

26. Бодня К.І., Тихонов О.І., Мітряєва Н.А., Мироненко В.Б., Ярних Т.Г. Спосіб застосування препарату "Прополін" в комплексному лікуванні порушень органів травлення при хронічному опісторхозі. Реєстр. № 154/23/05. - Реєстр галузевих нововведень. - Випуск реєстра № 22-23. - Київ, 2005. - С. 102. (Дисертантом самостійно проведено порівняння способу застосування препарату в комплексному лікуванні при хронічному опісторхозі, проаналізовано матеріал, висновки опрацьовані сумісно).

**АНОТАЦІЯ**

**Мироненко В.Б.** Оптимізація діагностики уражень органів травлення при хронічному опісторхозі. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за фахом 16.00.11 – паразитологія, гельмінтологія. – Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського АМН України, Київ, 2007.

Дисертація присвячена розробці найдоступніших, інформативних і простих методів діагностики і критеріїв оцінки тяжкості перебігу уражень органів ГГДПЗ при хронічному опісторхозі.

Проведено вивчення і порівняльну оцінку клінічних, клініко-лабораторних, імунологічних та інструментальних методів при обстеженні хворих на хронічний опісторхоз на різних етапах захворювання. Розкрита раніше невідома залежність показників методів, що вивчаються, від тривалості інвазивного процесу. Оцінюючи методи, що вивчаються, з позиції їх діагностичної значущості, можна відзначити, що деякі з них (гепатосцинтиграфія, ехосонографія і контактна рідкокристалічна термографія), маючи високу інформативність (73-93%) про характер і активність процесу в органах ГГДПЗ, можуть бути використані як додаткові критерії в постановці діагнозу. Встановлено, що ці інструментальні методи із високою діагностичною можливістю, не конкурують, а доповнюють один одного. Інші методи (клініко-лабораторні, імунологічні, реогепатографічні) можуть бути використані як додаткові критерії, що дозволяють прогнозувати і оцінювати тяжкість перебігу захворювання. Найбільшу прогностичну інформативність мають реогепатографічні та імунологічні критерії у порівнянні з клінічними і клініко-лабораторними.

Комплексне вивчення закономірностей змін у співвідношенні показників імунітету і порушень з боку органів ГГДПЗ дозволяє об'єктивно оцінювати стан організму хворих на опісторхоз, диференційовано проводити антигельмінтну і патогенетичну терапію, а також прогнозувати й оцінювати ефективність лікування опісторхозу та його ускладнень. Для оптимізації діагностики та диференційної діагностики уражень органів ГГДПЗ при хронічному опісторхозі був розроблений і апробований метод комплексної додаткової діагностики і поетапного обстеження хворих на опісторхоз.

**Ключові слова:** опісторхоз, органи травлення, діагностика, методи клінічні, клініко-лабораторні, імунологічні, інструментальні, прогнозування перебігу хвороби.

**АННОТАЦИЯ**

**Мироненко В.Б.** Оптимизация диагностики поражений органов пищеварения при хроническом описторхозе. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 16.00.11 – паразитология, гельминтология. – Институт эпидемиологии и инфекционных болезней им. Л.В. Громашевского АМН Украины, Киев, 2007.

Диссертация посвящена разработке наиболее доступных, информативных и простых методов диагностики и критериев оценки тяжести течения поражений органов ГГДПЗ при хроническом описторхозе.

Проведено изучение и сравнительная оценка клинических, клинико-лабораторных, иммунологических и инструментальных методов при обследовании больных хроническим описторхозом на разных этапах заболевания. Раскрыта ранее неизвестная зависимость показателей изучаемых методов от длительности инвазивного процесса. Оценивая изучаемые методы с позиции их диагностической значимости, можно отметить, что одни из них (гепатосцинтиграфия, эхосонография и контактная жидкокристаллическая термография), обладая высокой информативностью (73-93%) о характере и активности процесса в органах ГГДПЗ, могут использоваться как дополнительные критерии в постановке диагноза. Установлено, что эти инструментальные методы, обладая высокой диагностической возможностью, не конкурируют, а дополняют друг друга. Другие методы (клинико-лабораторные, иммунологические, реогепатографические) могут использоваться в качестве дополнительных критериев, позволяющих прогнозировать и оценивать тяжесть течения заболевания. Наибольшей прогностической информативностью обладают реогепатографические и иммунологические критерии по-сравнению с клиническими и клинико-лабораторными.

Комплексное изучение закономерностей изменений в соотношении показателей иммунитета и нарушений со стороны органов ГГДПЗ позволяет объективно оценивать состояние организма больных описторхозом, дифференцированно проводить антигельминтную и патогенетическую терапию, а также прогнозировать и оценивать эффективность лечения описторхоза и его осложнений. Для оптимизации диагностики и дифференциальной диагностики поражений органов ГГДПЗ при хроническом описторхозе разработан и апробирован метод комплексной дополнительной диагностики и поэтапного обследования больных описторхозом.

**Ключевые слова:** описторхоз, органы пищеварения, диагностика, методы клинические, клинико-лабораторные, иммунологические, инструментальные, прогнозирование течения болезни.

**ANNOTATION**

Mironenko V.B. Optimization of Diagnosis of Digestive Organs’ Affections at Chronic Opisthorchiasis. - Manuscript.

Dissertation for a Candidate’s of Medical Sciences degree by speciality 16.00.11 – parasitology, helmintology. – Kyiv Research Institute of Epidemiology and Infections Diseases named after L.V. Hromashevskiy, Academy of Medical Sciences of Ukraine, Kyiv, 2007.

The dissertation carries out the most available, informative and simple methods of diagnosis and criteria for evaluation of the severity of course of hepatogastroduodenopancreatic zone organs’ affections at chronic opisthorchiasis.

The clinical, clinical laboratory, immunological and instrumental methods were studied and evaluated comparatively at examination of the patients with chronic opisthorchiasis at different stages of the disease. The previously unknown relation of the values of the indices of the studied methods and the invasion process duration has been revealed.

The evaluation of the studied methods from the point of view of their diagnostic value demonstrated that some of them (hepatoscintigraphy, echosonography and contact liquid cristallic thermography) which are characterized by high informativity (73-93 per cent) about the character and activity of the process in the organs of hepatogastroduodenopancreatic zone may be used as additional criteria while establishing diagnosis.

It has been established that these instrumental methods with high diagnostic capacity are not concurrent but additional ones.

The other methods (clinical laboratory, immunological, reohepatographic) may be used as additional criteria which allow to predict and evaluate severity of the course of the disease.

The most prognostically informative methods are reohepatographic and immunological criteria compared to the clinical and clinical laboratory ones.

The complex study of the changes in the proportion of the values of the immunity indices and disorders of hepatogastroduodenopancreatic zone organs allows to evaluate objectively the condition of the organism of the patients with opisthorchiasis, to provide a differential antihelmint and pathogenic therapy as well as to predict the efficiency of the treatment of opisthorchiasis and its complications. To optimize the diagnosis and differential diagnosis of the affections of the hepatogastroduodenopancreatic zone organs at chronic opisthorchiasis the method of complex additional diagnosis and stage-by-stage examination of the patients with opisthorchiasis has been developed and tried.

**Key words:** opisthorchiasis, digestive organs, diagnosis, methods clinical, clinical laboratory, immunological, instrumental, prognosis of the course of the disease.

**СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ**

ГГДПЗ – гепато-гастро-дуодено-панкреатична зона

ГСГ – гепатосцитиграфія

УЗД – ультразвукове дослідження

КРТ – контактна рідкокристалічна термографія

ЛІІ – лейкоцитарний індекс інтоксикації

Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>