

26. Вальский В.В. Компьютерная томография в диагностике, планировании и оценке эффективности лечения заболеваний органа зрения: Автореф. дис. докт. мед. наук./ В.В. Вальский // - М., - 1998. - 28 с.
27. Виноградов Б.В. Возможности компьютерно-томографической диагностики огнестрельных черепно-мозговых ранений в современных локальных вооруженных конфликтах: Автореф. дис. канд. мед. наук / Б.В. Виноградов // - СПб., - 2000. 21 с.
28. Гинзбург В.Г. Рентгенодиагностика переломов черепа // Рентгенодиагностика. Голова / В.Г. Гинзбург, И.Г. Шлифер // - Киев, - 1941. - С. 191-194.
29. Гинзбург В.Г. Рентгенодиагностика травматических повреждений лицевого скелета: Автореф. дис. докт. мед. наук./ В.Г. Гинзбург // - JL., - 1944. - 7 с.
30. Головач Г.Г. Пути повышения информативности линейной томографии основания черепа и придаточных пазух носа: Автореф. дис. докт. мед. наук. / Г.Г. Головач // - J.L., - 1978. - 24 с.
31. Головач Г.Г. Томография крыши решетчатого лабиринта в боковой проекции / Г.Г. Головач // Вестник рентгенологии и радиологии. - 1984. - № 3. - С. 84-85.
32. Гинзбург В.Г. Основы рентгенологического исследования черепа / В.Г. Гинзбург // - М.: Медгиз, - 1962. 186 с.
33. Головкин В.И. Неврологические проявления взрывной травмы головного мозга / В.И. Головкин, Л.А. Глазников // Военно-медицинский журнал. - 1991. - № 8. - С. 37-38.
34. Габуния Р.И. Компьютерная томография в клинической диагностике / Р.И. Габуния, Е.К. Колесникова // - М.: Медицина, - 1995. 352 с.
35. Герасимчук А.А. Минно-взрывные поражения челюстно-лицевой области / А.А. Герасимчук // Современная стоматология. - 1998. - № 3. - С. 25-30.
36. Далинчук Н.М. Повреждение органа зрения при минно-взрывных ранениях / Н.М. Далинчук, М.Н. Лалзой // Военно-медицинский журнал. - 1992. - № 8. - С. 4-9, 28-30.
37. Дергилёв А.П. Артротомография, компьютерная артромография и магнитно-резонансная томография височно-нижнечелюстного сустава: Автореф. дис. докт. мед. наук / А.П. Дергилёв // - М., - 2002. 42 с.
38. Давыденко Ю.Б. Возможности спиральной компьютерной томографии в выявлении переломов костей основания черепа / Ю.Б. Давыденко, В.М. Черемисин // - СПб., - 2003.-С. 136-138.
39. Евграфов В.Ю. Состояние кровообращения глаза при отслойке сетчатки и ее оперативном лечении / В.Ю. Евграфов, Л.М. Балашова // Вестник офтальмологии. 1993. - № 2. - С. 35-39.
40. Жибицкая Э.И. Рентгенологическая картина комбинированных переломов скуловой кости и верхней челюсти / Э.И. Жибицкая, Н.А. Рабухина // - Труды ЦИУВ. М., - 1965. - Т. 82. - С. 149-154.

## Реферати

### СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТРАВМ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ОБЛАСТІ

Бабкіна Т.М., Демидова О.О.

При проведенні обстежень на конусно-променевою томографі PAX-ZENITH 3D вдалося отримати високоякісне зображення твердих тканин, визначити локалізацію патологічних утворень кісткової тканини, переломів. Висока роздільна здатність та високоякісні трьохвимірні реконструкції дозволили оптимально та у короткі терміни визначити та спланувати об'єм і спосіб оперативного втручання, вибрати вдалу схему консервативної терапії. Обстеження, які були виконані в динаміці, допомогли оцінити косметичний та функціональний результати реконструктивних та пластичних операцій, запобігли виникненню ускладнень, визначили ефективність консервативної терапії. На основі отриманих даних були визначені особливості застосування конусно-променевої томографії в діагностиці травм щелепно-лицьової області, визначені патології при яких конусно-променева томографія найбільш інформативна, розкриті переваги та недоліки, запропоновані сучасні алгоритми променевої діагностики для щелепно-лицьових хірургів.

**Ключові слова:** щелепно-лицева область, травма, діагностика.

Стаття надійшла 1.10.2013 р.

### CURRENT TRENDS IN THE DIAGNOSIS OF INJURIES MAXILLOFACIAL REGION

Babkina T.M., Demidova O.O.

Diagnostic studies performed by cone beam tomograph PAX-ZENITH 3D made it possible to receive high resolution images of hard tissues and to detect the localization of bone tissue defects and fractures.

High resolution ability and three-dimensional tomographic image reconstructions of high quality allowed to determine optimally and in short terms the scope and method of operation treatment, to choose good scheme of conservative treatment. Examinations performed in dynamics helped to estimate cosmetic and functional results of corrective and decorative surgery, contributed to prevention of complications, and helped to define the effectiveness of conservative therapy. The obtained data helped to determine the peculiarities of application of cone beam tomography in the diagnostics of maxillofacial injuries, to identify the specific defects where the cone beam tomography is the most informative, to discover weak and strong sides, to offer modern algorithms of x-ray diagnostics for maxillofacial surgeons.

**Key words:** maxillofacial region, injury, diagnosis.

Рецензент Ткаченко П.І.

УДК 616.34-009.11-036.12-053

Г.Б. Боднар, С.В. Мігін

Буковинський державний медичний університет, міська дитяча клінічна лікарня, м. Чернівці

### КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОЗВИТКУ КОМПЕНСАТОНО-ПРИСТОСУВАЛЬНИХ ЯВИЩ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ОРГАНІЧНОМУ ЗАПОРІ У ДІТЕЙ

В статті наведені результати комплексного обстеження дітей із хронічним органічним запором зумовленим вродженою вадою ТК (доліхосигма), вивчена анатомо-топографічна характеристика та стан моторно-евакуаторної функції ТК, особливості розвитку компенсаторно-приспосувальних явищ верхніх відділів травного тракту методом рентгенконтрастного дослідження. Встановлено, що завдяки регуляторним змінам моторної та евакуаторної активності шлунка та кишечника досягається координувана діяльність системи органів травлення. По мірі прогресування хронічного запору зумовленого доліхосигмою зростає частота морфо-функціональних змін шлунка та тонкої кишки. При доліхосигмі виявляються рентгенологічні ознаки змін шлунково-кишкового тракту, які свідчать про компенсаторно-приспосувальні явища, які спрямовані на затримку вмісту впродовж усього шлунково-кишкового тракту.

**Ключові слова:** діти, запор, діагностика.

Хронічний запор (ХЗ) (обстипація), не дивлячись на велику кількість наукових пошуків, продовжує залишатися одним з найбільш складних для діагностики, патологічних станів дитячого віку. У сучасній літературі існує думка, що причинами запорів можуть бути більш ніж 150 патологічних станів органів і систем всього організму, а якщо уявити, що ці стани можуть поєднуватися в різноманітних

кількостях і співвідношеннях, то стає зрозумілою труднощі встановлення діагнозу [4].

Гіпомоторна або атонічна обстипація зустрічається вдвічі рідше гіпермоторної. Однак серед пацієнтів дитячого віку із подовженням сигмоподібної кишки (долихосигма) вона домінує. Причиною гіпомоторної обстипації є зниження моторної функції ТК (ТК), які у низки випадків призводять до її повної атонії. Гіпокінезія ТК виникає в результаті зниженої подразнюваності, або часткової втрати здатності сприймати подразнення нервовими рецепторами кишечника. Недостатня стимуляція моторики може бути наслідком шлунково-кишкових рефлексів. Причиною гіпокінезії може бути блокада парасимпатичної нервової системи або підвищення порогу подразливості рецепторів кишкової стінки в результаті застосування сильних подразників (сильнодіючі проносні, клізми) [2,3,5].

Гіпомоторні, атонічні порушення, які спостерігаються при подовженні ТК, поєднуються з атрофічними змінами усіх її шарів. Порушення моторно-евакуаторної функції кишечника сприяє ініціації багатьох внутрішніх хвороб, а також є фактором ризику колоректального раку. Тривала затримка кишкового хімусу призводить до розвитку таких захворювань аноректальної області як тріщини анального сфінктера і прямої кишки, геморої, коліт, виразки слизової оболонки, дивертикулез, інвагінації, заворот кишечника, кишкова непрохідність та ін. [4,5,6,8].

На жаль, скарги та анамнез не завжди дозволяють відрізнити функціональні запори від органічних, а також визначити різні типи моторних порушень ТК при долихосигмі [4,7,10]. Тому необхідним є ретельне обстеження пацієнта, що включає загально-клінічні та біохімічні аналізи, спеціальні інструментальні методи: іригографія, визначення швидкості кишкового пасажу та рівня стази; ендоскопічні – ректороманоскопія, сигмоїдоскопія, колоноскопія, ентероскопія; ультразвукові – трансабдомінальна й внутрішньокишкова сонографія [1,5,9]. На першому етапі діагностики у хворих із ХЗ, безумовно, необхідно оцінити анамнез хвороби і провести детальне фізикальне обстеження, при якому можна виявити симптоми позакишкових захворювань, що супроводжуються порушенням функції кишечника, спеціальне обстеження має починатися з процедури пальцевого дослідження прямої кишки, при якому можна виявити структурні зміни, послужили причиною механічної «обструкції виходу» [5]. Інструментальна діагностика ґрунтується, насамперед, на результатах рентгенологічного дослідження, в тому числі іригоскопії (іригографії), а також рентгеноконтрастної оцінки часу кишкового транзиту. Крім того, для уточнення стану слизової кишки використовується колоноскопія [1]. Але незважаючи на великий арсенал додаткових методів обстеження, на сучасному етапі іригоскопію розглядають як найважливіший метод дослідження, який дозволяє підтвердити сам факт подовження ТК, тобто документує наявність долихосигми, а також отримати інші відомості про стан різних відділів кишки, їх анатомічне положення. Крім того іригоскопія дозволяє виключити механічну обструкцію ТК, оцінити гаустрацію і перистальтику.

Метою роботи було вивчення анатомо-топографічної характеристики ТК, стан її моторно-евакуаторної функції та особливості розвитку компенсаторно-приспосувальних явищ верхніх відділів травного тракту методом рентгеноконтрастного дослідження у дітей із хронічним органічним запором.

Матеріал та методи дослідження. Для досягнення поставленої мети проведено рентгенологічне обстеження 45 хворих дітей віком від 10 до 18 років з симптоматикою хронічного запору на фоні подовження сигмоподібної кишки: хлопчиків – 30 осіб (66,67%), дівчаток – 15 осіб (33,34%), з використанням таких методів дослідження як: іригографія, іригоскопія, дослідження транзиту барієвої суміші по шлунково-кишковому тракту. Всім пацієнтам з ХЗ була проведена іригографія, за загально прийнятою методикою, яка дозволила вивчити анатомо-топографічні особливості ТК та виявити аномалії її положення і фіксації. Проте, тільки за результатами іригографії неможливо достовірно визначити моторно-евакуаторну функцію ТК із встановленням типу та ступеня її порушень. Тому, в комплексному обстеженні пацієнтів із ХЗ, ми використовували дослідження пасажу контрасту по ШКТ. Рентгенологічний метод контролю пасажу сульфату барію по ШКТ використали у 17 (37,8%) пацієнтів.

Результати дослідження та їх обговорення. За результатами іригографії у 45 (100%) пацієнтів з ХЗ діагностовано рентгенологічні ознаки хронічного коліту на рівні ободової кишки. При дослідженні ТК після випорожнення, було виявлено зниження тону стінки, що характеризувалось розширенням просвіту, втратою симетричності втрачали симетричність і правильного стереотипну повторюваність гаустр, нерівномірне їх розташування, затримка контрастної речовини в проксимальних відділах ТК із значною евакуацією дистальних відділів (пряма, сигмовидна та частина низхідної кишки).

Після випорожнення кишечника у 17 (37,8%) пацієнтів мали місце залишки контрасту в правій половині ТК та здухвинній кишці, а також у 6 дітей контрастувався апендикс. У 8 (17,8%) з яких була виявлена деформація правих відділів ободової кишки, яка поєднувалась з опущенням попереково-ободової кишки, що характерне для синдрому Пайра.

Для діагностування загального колоптозу, обстеження доповнювали ще одним знімком у вертикальному положенні дитини. Дану аномалію фіксації ободової кишки діагностовано у 7 (15,6%) пацієнтів.

У 45 (100%) пацієнтів було діагностовано порушення моторно-евакуаторної функції дистальних відділів ТК. У 11 пацієнтів патологічні зміни діагностували як на рівні проксимальних (функціональні перегини та «лушення» попереково-ободової кишки, рентгенологічні ознаки хронічного коліту) так і дистальних відділів – подовження з вираженим і рівномірним розширенням сигмоподібної кишки та

мегаректум. Слід зазначити, що рівномірно заповнити всі відділи ТК дуже складно із-за наявності багатьох додаткових її вигинів та і перегинів.

У 6 (13,3%) пацієнтів, (знімки в боковій проекції при тугому заповненні прямої кишки), виявили зміни конфігурації та помірне розширення прямої кишки одразу за анальним каналом, що вказувало на підвищення тонусу внутрішнього анального сфінктера.

Крім патологічних змін в прямій кишці діагностували подовжену, розширену з гіпертрофованими стінками та відсутньою гаустрацією сигмовидну кишку.

Після випорожнення контрасту з кишечника у 45 (100%) пацієнтів відмічалась значна затримка його на рівні ободової і прямої кишок, що зумовлено зниженням компенсаторних можливостей ТК.

Отже, іригографія, є одним із перших та основних досліджень, що дозволяє виявити анатомічні вади розвитку кишечника, які проявляються у вигляді доліхосигми та порушення фіксації ТК у дітей із ХЗ. Крім того, дає можливість спрогнозувати рівень моторно-евакуаторних порушень ТК і напрямок лікування при цій патології.

За результатами дослідження, у 9 (20,0%) пацієнтів з хронічним запором на тлі доліхосигми виявлено подовження форми шлунку з розміщенням нижнього полюса на рівні тіл хребців S<sub>1</sub>-S<sub>2</sub>, гіпокінетичну дискінезію та рентгенологічні ознаки запального процесу. У 16 (35,6%) пацієнтів, із тривалістю захворювання понад 5 років виявлені ознаки пілороспазму та уповільнена евакуація шлункового вмісту.

Важливе значення у дітей із доліхосигмою має вивчення моторних порушень, таких як рефлюкси, так у 36 (80,0%) дітей спостерігався гастроєзофагальний, а у 23 (51,1%) дуоденогастральний рефлюкси. Характеристика стану тонкої кишки включала групу рентгено-функціональних (оцінка тонусу, секреції, наявність рефлюксів, тривалість пасажу тонкою кишкою, наявність рідини та газу в просвіті) і рентгенморфологічних ознак (особливості положення, форми, контурів, стану рельєфу слизової оболонки). Так при проходженні контрасту по тонкій кишці у 5 (11,11%) пацієнтів порожня кишка займала правобічне положення, у 8 (7,78%) пацієнтів виявлені ознаки хронічного запального процесу, підвищення тонусу, прискорення пасажу, наявність газу та слизу в просвіті голодної кишки, деформація рельєфу слизової. У 11 (24,44%) дітей відмічалось сповільнення розподілу контрасту в проксимальних петлях здухвинної кишки до 5-6 годин, з вираженими ознаками ентериту та підвищеного тонусу окремих ділянок. Нормальна функція ілеоцекального клапана була виявлена у 21 (46,7%) хворого, в інших випадках діагностована його недостатність. Недостатність ілеоцекального клапана не призводить до розвитку ХЗ, однак є причиною виникнення тривалого больового синдрому, прогресуванню явищ дисбіозу, що в цілому посилює клінічну картину і значно погіршує стан хворого.

Таким чином, для хворих із хронічним запором на тлі доліхосигми характерна дискінезія за гіпомоторним типом та порушення рельєфу слизової оболонки. Тобто хронічне порушення випорожнення ТК при хронічному запорі сприяє розвитку запального процесу в тонкій, переважно в здухвинній кишці. Прояви ентериту були прямопропорційні ступеню порушення моторно-евакуаторної функції ТК та недостатності баугінієвої заслінки.

Після завершення пасажу по тонкій кишці, контрольний рентгензнімок виконували через 24 години. У 3 (6,67%) пацієнтів із діагностованими порушеннями в правих відділах (розширення просвіту кишки, що визначався на іригограмах) час перебування контрасту в них був тривалішим у порівнянні з лівими відділами. В усіх пацієнтів затримка сульфату барію на рівні ТК була більше 48 годин, що потребувало використання очисних клізм. Затримка евакуації контрасту свідчила про порушення її моторно-евакуаторної функції, а ступінь сповільнення пасажу був прямо-пропорційний подовженню ТК, що було об'єктивним підтвердженням наявності **хронічного органічного запору** у цих дітей.

Таким чином, нерегулярне випорожнення ТК призводить до змін у різних органах, особливо – порушення пасажу у шлунку і тонкій кишці. При цьому у всіх відділах травного каналу визначаються зміни, які свідчать не тільки про порушення процесів травлення, але й розвиток компенсаторно-приспосувальних явищ. Якщо останні розглядати у дистальному напрямку, то слід сказати, що спазм пілоруса сприяє затримці вмісту у шлунку, збільшенню його розмірів, уповільненню пасажу тонкою кишкою. Останній процес ще більше уповільнюється за рахунок бульбостазу на фоні спазму нисхідного відділу дванадцятипалої кишки. Ілеоцекальний клапан бере значну участь у формуванні компенсаторних процесів, націлених на поліпшення всмоктування за рахунок уповільнення пасажу тонкою кишкою та зниження гастроілеального рефлюксу.

### **Висновки**

1. Завдяки регуляторним змінам моторної та евакуаторної активності шлунку і кишечника досягається координована діяльність системи органів травлення.
2. По мірі прогресування хронічного запору зумовленого доліхосигмою зростає частота морфо-функціональних змін шлунку та тонкої кишки.
3. При доліхосигмі виявляються рентгенологічні ознаки змін шлунково-кишкового тракту які свідчать про компенсаторно-приспосувальні явища які спрямовані на затримку вмісту.

*Перспективи подальших досліджень. Подальше вивчення анатомо-топографічної характеристики ТК, стану її моторно-евакуаторні функції та особливості розвитку компенсаторно-приспосувальних явищ верхніх відділів травного тракту методом рентгенконтрастного дослідження у дітей із хронічним органічним запором зумовленим доліхосигмою дозволить розробити алгоритм*

**Література**

1. Bu L.N. Lactobacillus casei rhamnosus Lcr35 in children with chronic constipation / L.N.Bu, M.H. Chang, Y.H. Ni, H.L. Chen, C.C. Cheng // *Pediatrics International* – 2007. – №49. – P. 485-490.
2. Cohn A. **Clinical features, psychological issues and management of constipation in childhood** / A. Cohn // *Nursing Children and Young People*. – 2011. – Vol. 23, № 3. – P. 28-35.
3. Keshtgar A.S. Evaluation of outcome of anorectal anomaly in childhood: the role of anorectal manometry and endosonography / A.S. Keshtgar, E. Athanasakos, G.S. Clayden // *Pediatric Surgery International* – 2008. – №24. – P. 885-892.
4. Michaud L. Outcome of functional constipation in childhood: a 10-year follow-up study / L. Michaud, M. D. Lamblin, S. Mairesse, D. Turck // *Clinical Pediatrics*. – 2009. – № 48. – P. 26-31.
5. Noviello C. Role of anorectal manometry in children with severe constipation / C. Noviello, G. Cobellis, A. Papparella // *Journal of Colorectal Disease*. – 2009. – №11. – P. 480-484.
6. Pijpers, M.A. Functional Constipation in Children: A Systematic Review on Prognosis and Predictive Factors / M. A. Pijpers, E. J. Bongers, M. A. Benninga, M.Y. Berger // *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*. – 2010. – Vol. 50, №3. – P. 256-268.
7. Tack J. Prucalopride (Resolor) in the treatment of severe chronic constipation in patients dissatisfied with laxatives / J. Tack, M. van Outryve, G. Beyens // *Gut*. – 2009. №58. – P. 357-360.
8. Van den Berg M.M. Epidemiology of childhood constipation: a systematic review / M. M. Van den Berg, M. A. Benninga, C. Di Lorenzo // *American Journal of Gastroenterology*. – 2006. – № 101. – P. 2401-2409.
9. Walia R. Recent advances in chronic constipation / R. Walia, L. Mahajan, R. Steffen // *Current Opinion in Pediatrics* – 2009. – №21. – P. 661-666.
10. Walia R. Tolerability, Safety, and Efficacy of PEG 3350 as a 1-day Bowel Preparation in Children / R. Walia, R. Steffen, L. Feinberg // *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. – 2013. Vol.56, №2. – P. 225-228.

**Реферати**

**КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗВИТИЯ КОМПЕНСАТОРНО-ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОРГАНИЧЕСКОМ ЗАПОРЕ У ДЕТЕЙ**

**Боднар А.Б., Митин С.В.**

В статье приведены результаты комплексного обследования детей с хроническим органическим запором обусловленным врожденным пороком ТК (долдохосигма), изучена анатомо-топографическая характеристика состояния моторной функции ТК, особенности развития компенсаторно-приспособительных явлений верхних отделов пищеварительного тракта методом рентгенконтрастного исследования. Установлено, что благодаря регуляторным изменениям моторной и эвакуаторной активности желудка и кишечника достигается координированная деятельность органов пищеварения. По мере прогрессирования хронического запора обусловленного долдохосигмой возрастает частота морфо-функциональных изменений желудка и тонкой кишки. При долдохосигме диагностируются рентгенологические признаки изменений желудочно-кишечного тракта, которые свидетельствуют о компенсаторно-приспособительных явлениях, направленных на задержку содержимого всего желудочно-кишечного тракта.

**Ключевые слова:** дети, запор, диагностика.

Статья надійшла 9.09.2013 р.

**CLINICAL CHARACTERISTICS OF COMPENSATORY-ADAPTIVE PHENOMENA IN ORGANIC CHRONIC CONSTIPATION IN CHILDREN**

**Bodnar G.B., Mitin S.V.**

In the article presents the results of a comprehensive study of children with chronic constipation caused by organic congenital colon (dolichosigmoid) studied anatomical and topographical characteristics of the state of the motor function of the colon, especially the development of compensatory-adaptive phenomena upper gastrointestinal tract by X-ray diagnostics. Found that due to regulatory changes in motor activity and evacuation of the stomach and intestines is achieved coordinated activity of the digestive system. As the progression of chronic constipation caused dolichosigmoid increases the frequency of morphological and functional changes of the stomach and small intestine. When dolichosigmoid diagnosed radiographic changes of the gastrointestinal tract, which indicate the compensatory-adaptive phenomenon to delay the contents of the gastrointestinal tract.

**Key words:** children, constipation, diagnostics.

Рецензент Траверсе Г.М.

УДК 616.24-002.2:615.37

**А.В. Вахненко, Н.Б. Моисєва**

**ВНЗ України «Українська медична стоматологічна академія» м. Полтава**

**ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНОГО ІМУНОМОДУЛЯТОРА ПРИ ЗАГОСТРЕННІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ**

Хронічна обструктивна хвороба легенів (ХОЗЛ) представляє серйозну проблему в сучасній медицині, оскільки поширеність і летальність від цього захворювання постійно збільшується. В статті наведені дані імунологічного обстеження крові 47 хворих із загостренням хронічного обструктивного захворювання легенів I-II стадії. 20 пацієнтам була проведена стандартна терапія, а 37 – разом зі стандартним лікуванням застосовувався глутоксिम протягом 10 днів, який має імуномодельуючу, бронхолітичну, десенсибілізуючу, протизапальну і антимікробну дію. Застосування глутоксиму виявилось ефективним в підгрупі з низьким імунорегуляторним індексом, обумовленим переважно Т-хелперним імунодефіцитом, яке підтверджувалось статистично вірогідним збільшенням загальної кількості лімфоцитів з, популяції CD3+-лімфоцитів, CD4+-клітин, CD16+-лімфоцитів, проліферативної активності лімфоцитів у РБТЛ. В підгрупі з високим імунорегуляторним індексом, обумовленим переважно Т-супресорним імунодефіцитом, яке підтверджувалось статистично вірогідним збільшенням кількості популяції CD3+-лімфоцитів, субпопуляції CD8+-лімфоцитів, CD16+-лімфоцитів, що супроводжувалось статистично вірогідною нормалізацією імунорегуляторного індексу. Значно менше виражені зміни спостерігалися у гуморальній ланці імунітету пацієнтів обох підгруп клінічної групи. Значно менше виражені зміни спостерігалися у гуморальній ланці імунітету пацієнтів обох підгруп клінічної групи. В цей показник був статистично вірогідним. Таким чином імуномодельуючу терапію препаратом глутоксिम можливо розглядати як патогенетичний додаток до стандартних методів лікування ХОЗЛ I-II стадій, яке призвело до достовірного покращання всіх параметрів якості життя хворих. Всі отримані дані сприятливо позначалися не лише на якості життя хворих, але і на встановленні комплаєнса.

**Ключові слова:** хронічне обструктивне захворювання легень, імунний статус, імуномодельуюча терапія, глутоксिम.

Хронічна обструктивна хвороба легенів (ХОЗЛ) представляє серйозну проблему в сучасній медицині, оскільки поширеність і летальність від цього захворювання постійно збільшується. Частота середньоважкого