



здоров'я, додають значний негативний внесок у захворюваність і смертність від ТБ тому, що є основною причиною формування перерви у лікуванні. Така ситуація сприяє зростанню поширеності лікарсько-стійкого ТБ, що у свою чергу призводить до фінансово-економічних збитків та зниження показників ефективності лікування ВДТБ.

Проведено статистичний аналіз частоти виникнення ПР до препаратів першого ряду у хворих на ВДТБ за останні три роки на підставі обробки матеріалів подання формуляру на побічну реакцію (форма № 137), що ґрунтуються на клінічних індикаторах. Частота розвитку ПР, обумовлених дією лікарського засобу, коливається в досить широких межах. За даними ВООЗ, ПР виникають у 0,4–20% госпіталізованих хворих та у 2,5–28% амбулаторних хворих. В Україні критерії оцінки частоти розвитку ПР лікарського засобу: понад 10% – дуже часті; 1–10% – часті; 0,1–1% – нечасті; 0,01–0,1% – поодинокі; менше 0,01% – рідкісні. Також проведено статистичний аналіз виникнення побічних ефектів препаратів першого ряду у хворих на ТБ в Чернівецькій області в період з 2017-2018 рр., та 9 міс. 2019 р. За 2017 р. у 138 хворого на ВДТБ, які лікувались в стаціонарі, ПР до препаратів першого ряду було виявлено у 29 хворих, що склало 21%. У 2018 р. із 117 пролікованих пацієнтів ПР зареєстровано у 62 хворих, що склало 53%. За 9 міс. 2019 р. із 127 хворих ПР були у 71, що склало 56%. Зростання ПР до препаратів першого ряду у хворих на ТБ в Чернівецькій області пов'язане з удосконаленням методів виявлення та діагностики ТБ та проведення лікарями-фтизіатрами постійного моніторингу щодо виникнення ПР, та за його результатами зважування «користь» та «потенційну шкоду» від хіміотерапії. У разі, якщо «потенційна шкода» переважає «користь» (тобто, коли розвиваються серйозні ПР – ступінь вираженості 3–5), потрібно негайно ставити питання, наскільки даний режим хіміотерапії безпечний для пацієнта, та визначатись із симптоматичною та дезінтоксикаційною терапією а також із тактикою щодо протитуберкульозної терапії.

Аналіз частоти формування побічних реакцій на препарати першої групи у хворих на ВДТБ у динаміці за останні 3 роки має тенденцію до підвищення, практично у 2,5 рази ( $p \leq 0,5$ ).

**Соколенко М.О.**

## **ОПОРТУНІСТИЧНІ ТА СУПУТНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПРИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ**

*Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Профілактика, діагностика та лікування опортуністичних інфекцій є важливою складовою комплексної медичної допомоги хворим з ВІЛ-інфекцією та здійснюється усіма ланками медичної допомоги, відповідно до можливостей та профілю лікувального закладу.

Метою роботи було встановити частоту та особливості опортуністичних та супутніх захворювань при ВІЛ-інфекції залежно від ступеня імунодефіциту. В основу роботи покладено комплексне обстеження 139 хворих на ВІЛ-інфекцію, яке включало ретельне вивчення скарг, анамнестичних даних, у тому числі даних епідеміологічного анамнезу, проведення фізикального об'єктивного обстеження. Використані загальноклінічні, лабораторно-інструментальні, серологічні та імунологічні методи дослідження.

У 26 хворих на ВІЛ-інфекцію I клінічної стадії недуга перебігала зазвичай безсимптомно. У кожного з них єдиним клінічним проявом захворювання була «персистуюча генералізована лімфоаденопатія». Всі 68 хворих з II клінічною стадією ВІЛ-інфекції скаржились на слабкість, розбитість, адинамію. У 37 (54,4 %) осіб виникало ураження центральної нервової системи, що проявлялось болем голови, запамороченням, порушенням сну. У 12 пацієнтів (17,6%) спостерігалася помірна «немотивована» втрата маси тіла протягом 6 місяців до 10% маси. У 29 (30,9%) пацієнтів одним із супутніх діагнозів була хронічна HCV-інфекція і рідше – у 12 (12,8%) осіб – хронічна HBV-інфекція.

Клінічними ознаками III стадії ВІЛ-інфекції, встановленої у 24 осіб, стали прояви загальноінтоксикаційного синдрому, у зв'язку з чим пацієнти змушені були лежати до 50%



денного часу. Втрата маси тіла понад 10% від початкової встановленої у всіх хворих; «немотивована» хронічна діарея з частотою понад 3 рази на добу, яка тривала більше 1 місяця – у 9 (37,5%); тяжкі бактерійні інфекції (пневмонія – у 2, флегмона підшкірно-жирової клітковини та піоміозит – по 1 випадку). Супутні гепатотропні вірусні ко-інфекції, передусім хронічні гепатити С, В як у вигляді моно-, так і мікст-інфекції, що реєструвалися відповідно у 7 (29,2%), 4 (16,7%) і 2 (8,3%) пацієнтів.

При IV клінічній стадії, встановленій у 21 хворого на ВІЛ-інфекцію, найбільш показовим був синдром виснаження (немотивована втрата ваги (понад 10% у продовж 6 міс.). Маркери гепатиту С виявлено у 6 (28,6%) хворих, гепатиту В – у 4 (19,0%), одночасно двох вірусів (мікст-гепатит В+С) – у 2 (9,5%) пацієнтів. Інфільтративний туберкульоз легень виник у 3 (14,3%) пацієнтів. У 3 хворих спостерігали ураження центральної нервової системи, що проявлялося прогресуючою деменцією, порушенням поведінкових реакцій і рухів, розлади пам'яті та концентрації уваги.

Таким чином, на підставі аналізу частоти та структури супутніх та опортуністичних захворювань при ВІЛ-інфекції встановили, що найчастішими коінфекціями були вірусні гепатити, передусім хронічний гепатит С; рецидивні й тяжкі бактерійні інфекції органів дихання; ураження шкіри та слизових оболонок.

**Сторожук М.В.**

### **ОПТИМІЗАЦІЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РОЗАЦЕА З УРАХУВАННЯМ ПОКАЗНИКІВ МЕДІАТОРІВ ЗАПАЛЕННЯ ТА ПРООКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОГО ГОМЕОСТАЗУ**

*Кафедра дерматовенерології*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*“Буковинський державний медичний університет”*

Розацеа – поширений запальний дерматоз, на який страждає близько 3% населення світу. Дерматоз частіше розвивається у жінок працездатного віку, локалізується на шкірі обличчя, має схильність до затяжного хронічного перебігу, резистентного до стандартної терапії, що спричиняє негативний вплив на психоемоційний стан хворих, знижує їх працездатність. Все це визначає важливе медичне та соціальне значення проблеми розацеа та обґрунтовує актуальність удосконалення комплексного лікування таких пацієнтів.

Мета роботи – підвищити ефективність лікування хворих на розацеа з урахуванням змін показників медіаторів запалення та стану прооксидантно-антиоксидантного гомеостазу.

Під спостереженням перебували 112 хворих на розацеа (73 жінки та 39 чоловіків) віком від 26 до 67 років. У 36 хворих діагностовано еритематозно-телеангіектатичну форму, в 76 – папуло-пустульозну форму розацеа. Визначено, що у хворих на розацеа достовірно ( $p < 0,05$ ) підвищений у сироватці крові вміст прозапальних цитокінів – інтерлейкінів (ІЛ): ІЛ-17А (в 4,11 рази), ІЛ-8 (в 2,14 рази) та ІЛ-18 (в 1,63 рази), а також вміст маломолекулярного альдегіду (МА) в еритроцитах і плазмі крові (відповідно: на 53,3% та 23,9%), у сироватці крові – фракцій окисномодифікованих білків – ОМБ Е<sub>430</sub> і ОМБ Е<sub>370</sub> (в 2,2 та 1,8 рази) і молекул середньої маси – МСМ Е<sub>254</sub> та МСМ Е<sub>280</sub> (в 1,6 та 1,7 рази) за більш виразних їх змін у хворих на папуло-пустульозну форму розацеа.

На підставі даних досліджень розроблено удосконалену тактику комплексного лікування розацеа з поєднаним та диференційованим застосуванням на тлі стандартної терапії двох антигістамінних засобів із протизапальною активністю швидкої (з вмістом біластину) і пролонгованої (кетотифену фумарат) дії та антиоксиданту (етилметилгідроксипіридину сукцинат). У процесі лікування хворі на розацеа були розподілені на дві групи: І (порівняльну) – 57 хворих, які отримали стандартну терапію, та ІІ (основну) – 55 хворих, які отримали розроблену комплексну терапію. У хворих основної групи встановлено істотне ( $p < 0,05$ ) зниження порівняно з початковим рівнем вмісту у сироватці крові ІЛ-17А (в 2,0 рази), ІЛ-8 (в 1,8 рази), ОМБ Е<sub>430</sub> (на 25,7%) і ОМБ Е<sub>370</sub> (на 24,9%), МСМ Е<sub>254</sub> (на 23,5%) і МСМ Е<sub>280</sub> (на 18,7%) та МА в плазмі (на 16,2%) і в еритроцитах (на 13,1%) за наявності