



достовірної різниці з їх значеннями після стандартного лікування у хворих на розацеа із порівняльної групи, в яких більшість цих показників мали лише тенденцію до нормалізації. Також у пацієнтів основної групи визначено достовірне зменшення через два місяці показника шкали діагностичної оцінки розацеа в 2,4 рази (у групі порівняння, які отримали стандартне лікування – в 1,5 рази, $p < 0,001$), а також поліпшення віддалених наслідків лікування дерматозу – помітне збільшення через півроку частки пацієнтів основної групи із клінічним одужанням та значним поліпшенням порівняно з лише поліпшенням (85,4% та 14,6%) відносно частки таких осіб у порівняльній групі (63,1% та 36,9%; $\chi^2 = 7,25$ за критичного значення $\chi^2 = 3,48$), а також достовірне зменшення частоти виникнення рецидивів дерматозу при спостереженні пацієнтів упродовж року (у 7,3% пацієнтів основної групи та у 27,8% – у групі порівняння; $\chi^2 = 7,21$ за критичного значення показника – 3,84).

Отже, комбіноване та диференційоване застосування хворим на розацеа на тлі стандартної терапії двох антигістамінних засобів із протизапальною активністю швидкої (із вмістом біластину) і пролонгованої дії (кетотифену фумарат) та антиоксидантного препарату етилметилгідроксипіридину сукцинату сприяє нормалізації чи тенденції до нормалізації сироваткового вмісту прозапальних цитокінів, показників прооксидантно-антиоксидантного гомеостазу, а також достовірно покращує найближчі та віддалені клінічні результати лікування таких пацієнтів.

Тодоріко Л.Д.

ЧАСТОТА І ХАРАКТЕР ПОБІЧНИХ РЕАКЦІЙ ПРИ ЛІКУВАННІ ЧУТЛИВОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ВНУТРІШНЬОВЕННИМИ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИМИ ПРЕПАРАТАМИ

Кафедра фтизіатрії та пульмонології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Поширені, полідеструктивні важкі форми легеневого туберкульозу (ТБ), що супроводжуються розвитком цитотоксичної гіпоксії та вираженим інтоксикаційним синдромом, як правило, вимагають лікування в інтенсивну фазу ін'єкційними формами протитуберкульозних препаратів (ПТП) такими як ізоніазид (бітуб), ріфампіцин (ріфонат), етамбутол (інбутол).

Метою роботи була оцінка частоти виникнення і характеру побічних реакцій (ПР) при чутливому ТБ, що лікується парентерально. Проаналізовано 65 карт стаціонарного хворого з повідомленнями про побічну реакцію. Сформовано 2 групи (гр.) пацієнтів з високим показником ефективного лікування: гр.1 – хворі, що лікуються за стандартною схемою таблетованими ПТП і гр.2 – пацієнти, які приймають ін'єкційні форми ПТП.

При застосуванні таблетованих форм ПТП на кінець 2-х місячного курсу інтенсивної терапії вираженні порушення кишечної проникності зростають у гр.1 більше ніж у 2,8 рази (з $34,7 \pm 1,12\%$ до $97,5 \pm 9,3\%$, ($p < 0,05$)) на відміну від пацієнтів гр. 2, у яких ці показники практично не зазнали змін і, у середньому становили $36,5 \pm 1,12\%$. Диспептичні порушення у вигляді метеоризму, нудоти, блювоти, втрати апетиту відмічалися у гр.1 у майже $46,3 \pm 1,2\%$ пацієнтів, відповідно в гр.2 у $22,7 \pm 0,11\%$. Гепатотоксичні прояви вірогідно не відрізнялись: у гр.1 спостерігались у 18,4% пацієнтів, у гр.2 – у 22,4% випадків. Нейротоксичні побічні реакції, що проявляються ураженнями периферичної нервової системи (поліневрити, полінейропатії) розвивались відповідно у 21,4% та 17,2% пацієнтів. Нейротоксичні прояви спостерігались відповідно у 11,5% у гр.1 та 19,4% у гр.2.

Отже, частота ПР у цілому, коливається від 11,5% до 97,5% випадків, а характер проявів залежить від шляху прийому препаратів. Застосування парентеральних форм ПТП за умов ефективного лікування на кінець інтенсивної фази супроводжується майже у 3 рази меншою кількістю порушень кишечної проникності та у 2 рази є меншими диспептичними проявами ($p < 0,05$). Вірогідної різниці за гепатотоксичним і нейротоксичним проявами не виявлено.