їм надійної і збалансованої інформації для ефективної оцінки співвідношення користь/ризик лікарських засобів.

Виникнення побічних реакцій (ПР) сприяє зменшенню прихильності хворих на туберкульоз (ТБ) до лікування. Відрив від лікування ТБ з причини ПР найчастіше виникає: через страх пацієнта щодо можливості виникнення ПР; ненадання інформації пацієнтам про ймовірність виникнення ПР на протитуберкульозні препарати (ПТП) та алгоритм дій у разі, коли сталася ПР; відсутність знань пацієнтів, що робити у разі виникнення ПР; неуважність медичних працівників у напрямку збору та оцінки анамнезу життя та хвороби та інформації про погіршення самопочуття пацієнта під час застосування ПТП; хибну поведінку медичних працівників при отриманні інформації від пацієнтів про випадки ПР ПТП (глузливі відповіді, кепкування, неправильна оцінка клінічного стану тощо).

За даними літератури, при застосуванні ПТП I ряду частота виникнення ПР коливається у межах від 8 до 20 %, резервних препаратів - до 85 %. Найбільш часто ПТП спричиняють ПР з боку шлунково-кишкового тракту (ШКТ) (32,8 %), рідше - з боку нервової системи (21,5 %), органів слуху (17,1 %), опорно-рухового апарату (16,4 %), обміну електролітів (10,8 %), щитоподібної залози (3,5 %), сечовидільної системи (1,2 %). Реакції гіперчутливості виникають у 5,1 % випадків. Зазвичай ПР виникають у перші 6 місяців лікування: протягом перших 1–2 місяців застосування препаратів I ряду та 3-4 місяців застосування ПТП II ряду. У подальшому частота виникнення ПР ПТП зменшується і сягає 10-15 % випадків.

Останнім часом кількість ПР на ПТП збільшилась, по даним державного експертного центру повідомлень на ПТП збільшується з кожним роком. На думку авторів з одного боку зумовлено активною позицією лікарів щодо реагування про ПР, а з другого - втручанням факторів ризику у процес лікування. ПР залежать від багатьох факторів. Особливо треба відзначити пацієнтів які належать до груп ризику, це люди похилого віку, хворі які мають надмірну вагу, мають в анамнезі алергічні реакції, хронічні захворювання печінки та нирок, а також хворі на алкоголізм.

Велику роль у лікуванні та контролю з ПР ПТП у хворих на ТБ відіграють відповідальні особи це можуть бути родичі хворого, куратор ДОТ (Directly Observed Treatment-лікування пацієнта під безпосереднім наглядом), особа, яка надає соціальний супровід (соціальний працівник), лікар первинно медико-санітарної допомоги, фельдшер фельдшерсько-акушерського пункту, лікар-фтизіатр, спеціалісти вузького профілю.

Основними проблемними питаннями у здійсненні фармаконагляду у веденні випадку туберкульозу є: невиконання Україною, як країною учасницею Міжнародної програми ВООЗ моніторингу ЛЗ, зобов'язань щодо надання якісної інформації про випадки ПР ЛЗ у повному обсязі; не в повній мірі забезпечений доступ до ПТ гарантованої якості; недостатній рівень використання потенціалу фармаконагляду в Україні; потреба у проведенні аналізу інформації про ПР на регулярній основі; не в повній мірі забезпечена можливість проведення моніторингу проявів ПР (відсутність реактивів, обладнання, безкоштовного консультування вузьких спеціалістів); низький рівень знань та мотивації щодо виявлення та реєстрації ПР; не в повній мірі забезпечений доступ до симптоматичних препаратів для купування ПР; відсутні програми навчання щодо побічних реакцій для пацієнтів.

Карвацька Ю.П.

СТАН ГІПОФІЗАРНО-ТИРЕОЇДНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ВУГРОВУ ХВОРОБУ З ЙОДОДЕФІЦИТНОГО РЕГІОНУ ІЗ РІЗНИМ СТУПЕНЕМ ТЯЖКОСТІ ДЕРМАТОЗУ

Кафедра дерматовенерології
Вищий державний навчальний заклад України
"Буковинський державний медичний університет"

Вугрова хвороба (акне) – одне з найбільш поширених захворювань шкіри в осіб молодого віку, яке характеризується локалізацією висипки на відкритих ділянках шкіри та тривалим хронічним перебігом, що спричиняє психоемоційні розлади в пацієнтів, погіршує якість їх життя. В останні роки відзначається зростання частки хворих на середньотяжкі та тяжкі форми вугрової хвороби із частими тривалими рецидивами, що обгрунтовує актуальність визначення патогенетичних чинників обтяженого клінічним перебігом цього дерматозу. Вугрова хвороба є мультифакторним захворювання салових залоз, розвитку якого сприяють генетична схильність, обмінні розлади, ендокринні порушення тощо. Відомо, що гормони щитоподібної залози виявляють широкий спектр дії на обмінні процеси, зокрема у шкірі, проте стан гіпофізарно-тиреоїдної системи у хворих на вугрову хворобу практично не вивчено. Тому актуальним є визначення стану гіпофізарно-тиреоїдної системи у хворих на вугрову хворобу, що проживають у регіонах із природним йододефіцитом із високим ризиком розвитку тиреоїдної патології.

Метою роботи було визначити та проаналізувати стан гіпофізарно-тиреоїдної системи у хворих на вугрову хворобу з різним ступенем тяжкості дерматозу, які проживають у регіоні з природним йододефіцитом.

Проведено обстеження 114 хворих на вугрову хворобу (66 осіб чоловічої і 48 – жіночої статі) віком від 19 до 25 років – мешканці міст (65 осіб) і сіл (49 осіб) Чернівецької області, яка є біогеохімічним регіоном із природною недостатністю йоду. Групу контролю склали 35 практично здорових осіб подібного віку. Функціональний стан гіпофізарно-тиреоїдної системи у хворих на вугрову хворобу оцінювали за рівнем у крові тиреотропного гормону гіпофіза (ТТГ) та вільних фракцій трийодтироніну і тироксину методом

імуноферментного аналізу з використанням стандартних тест-наборів. Ультразвукове дослідження щитоподібної залози здійснювали за допомогою ультразвукового апарата SSD-630 фірми "Aloka".

За даними порівняльного аналізу результатів дослідження стану гіпофізарно-тиреоїдної системи у хворих на вугрову хворобу з йододефіцитного регіону залежно від тяжкості клінічних виявів дерматозу встановлено, що зміни ехоструктури щитоподібної залози та рівня у сироватці крові тиреоїдних гормонів і ТТГ частіше відмічається у хворих на вугрову хворобу із середньотяжким та тяжким клінічним перебігом. Так, серед 28 хворих на вугрову хворобу з легким клінічним перебігом зміни стану гіпофізарно-тиреоїдної системи виявлено в 11 (39,3%) осіб, серед 67 хворих на вугрову хворобу середньої тяжкості – у 44 (65,7%) і серед 19 хворих на тяжкі форми дерматозу – у 14 (73,7%) осіб. При застосуванні непараметричного дисперсійного аналізу Фрідмана встановлено вірогідну відмінність між частотою змін гіпофізарно-тиреоїдної системи у хворих на середньотяжкі й тяжкі форми вугрової хвороби порівняно з їх частотою в пацієнтів із легким перебігом дерматозу (відповідно: значення $\chi^2 = 5,64$ та 7,05 за його критичного значення – 3,84).

Отже, у більшої частини обстежених (60,5%) хворих на вугрову хворобу серед мешканців регіону з природним йододефіцитом діагностуються зміни стану гіпофізарно-тиреоїдної системи, із здебільшого субклінічним чи прихованим перебігом, які частіше реєструються у хворих на вугрову хворобу із середньотяжким та тяжким клінічним перебігом дерматозу, що обгрунтовує необхідність цілеспрямованого дослідження стану гіпофізарно-тиреоїдної системи у хворих на вугрову хворобу, що проживають у регіоні з природним йододефіцитом.

Москалюк В.Д., Андрущак М.О., Баланюк І.В., Соколенко М.О.

ОСОБЛИВОСТІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ПРИ ХРОНІЧНІЙ ХВОРОБІ НИРОК

Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

Ураження нирок, яке нерідко характеризується тяжкими клінічними проявами, може істотно впливати на прогноз життя ВІЛ-інфікованих. Враховуючи зростання числа ВІЛ-інфікованих у світі та збільшення тривалості життя таких хворих, слід чекати й збільшення кількості ВІЛ-інфікованих осіб, які потребують дороговартісної замісної ниркової терапії, а також трансплантації нирки.

Мета роботи – оцінити діагностичне значення клінічних і лабораторних симптомів порушення функції нирок в імуноскомпрометованих хворих.

Обстежено 146 (94 чоловіків і 52 жінки) хворих на ВІЛ-інфекцією, які перебували на амбулаторному спостереженні в Чернівецькому обласному центрі з профілактики та боротьби зі СНІДом. Середній вік усіх хворих становив (29,3±8,2) року (діапазон від 19 до 55 років). При дослідженні здійснювали скринінг маркерів пошкодження нирок – альбумінурії/протеїнурії тест-системами за допомогою сечових смужок (Aution Sticks-2EA). Результати, отримані за допомогою тест-смужок, розглядали як орієнтовні. За наявності у скринінговому тесті протеїнурії ≥1+, що відповідала градації 30 мг/л, здійснювали повторні аналізи сечі з кількісним визначенням білка на спектрофотометрі МІКРОЛАБ-600 з використанням реагентів „ЮНІ-ТЕСТ-БМ", розділені в часі від 3 до 7 діб. Функціональний стан нирок оцінювали за інтегральним показником, що характеризує ступінь збереження/втрати маси діючих нефронів. Критерієм порушення функції нирок було зниження швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ)<60 мл/хв на 1,73 м^2. Групу контролю склали 20 пацієнтів з ВІЛ-інфекцією без ознак ураження нирок, зіставних за віком, статтю й антропометричним показниками з досліджуваним контингентом осіб із патологією нирок.

При первинному обстеженні 146 хворих на ВІЛ-інфекцію протеїнурія (ПУ) була виявлена у 52 (35,6 %), з числа яких у 36 (24,7 %) випадках вона була транзиторною, у 16 (11,0 %) персистентною. При цьому 5 осіб з транзиторною ПУ і 3 пацієнти з персистентною ПУ мали хронічну хворобу нирок (ХХН) в анамнезі до ВІЛ-інфекції. ВІЛ-асоційована нефропатія встановлена у 24 зі 146 (16,4 %) хворих (16 чоловіків, 8 жінок), в яких у процесі обстеження були виявлені й підтверджені маркери пошкодження нирок – персистентна протеїнурія або протеїнурія у поєднанні зі зниженням ШКФ. На підставі основних маркерів пошкодження нирок – персистентну ПУ і ШКФ<60 мл/хв/1,73 м^2 – у 16,4 % випадків діагностована ХХН, яка з великою частотою супроводжувалася порушенням функції нирок.

Виявлені статистично достовірні відмінності частоти артеріальної гіпертензії (АГ) між ВІЛ-інфікованими з ХХН і контрольною групою. Так, АГ частіше реєструвалася у 8 хворих з ПУ – (33,3±9,6) % і тільки в одної особи – (5,0±4,9) % за її відсутності ($p<0,01$). Крім того, рівень гемоглобіну і ШКФ у пацієнтів з персистентною ПУ порівняно з пацієнтами без протеїнурії були нижчі, що свідчило про взаємозв'язок протеїнурії з анемією та порушенням функції нирок.

Таким чином, при вивченні взаємозв'язку маркерів пошкодження нирок зі статтю й віком хворих виявлена тенденція до зниження рівня протеїнурії зі збільшенням віку ($p>0,05$), що може бути обумовлено рідкіснішим розвитком гломерулярного ураження нирок у старшій віковій групі. Встановлено, що ШКФ у жінок була достовірно нижча, ніж у чоловіків (46,8 і 85,4 мл/хв/м^2 відповідно, $p<0,05$), що свідчить про значніше порушення функції нирок у пацієнтів жіночої статі.