



зниження ПКП спостерігалось у 76,1% та у 79% хворих відповідно з домінуванням важкого ступеня зниження ПКП (у 42,3% та у 42,9% випадків відповідно ($p < 0,05$ в обох випадках)).

Отже, у 58,9% хворих на вперше діагностований чутливий туберкульоз легень, 76,1% хворих на мультирезистентний туберкульоз та 78,6% хворих на ко-інфекцію ВІЛ/туберкульоз виявлено зменшення показника кишкової проникності, середнє значення якого вірогідно нижче порівняно з практично здоровими особами у 1,5 рази, у 2,8 рази та у 8,3 рази відповідно ($p < 0,05$).

Рудан І.В.

ПЕРЕБІГ ХРОНІЧНОЇ HCV-ІНФЕКЦІЇ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ

Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Метою роботи було оцінити перебіг гепатиту С у поєднанні з ВІЛ-інфекцією та гепатитом В, встановити роль імунодефіциту у формуванні фіброзу печінки.

Під спостереженням було 197 хворих на хронічний гепатит С (ХГС): у 71 діагностовано хронічну HCV-моноінфекцію, у 77—ще й супутню ВІЛ-інфекцію, 31 особа мала мікст-інфекцію у вигляді хронічного гепатиту В (ХГВ)+ХГС, а 18—ХГВ+ХГС+ВІЛ-інфекцію. Здійснювали клінічне та біохімічне дослідження, встановлювали ступінь фіброзу печінки за шкалою METAVIR.

Для ХГС характерний зазвичай без або малосимптомний перебіг. Однак при цілеспрямованому дослідженні встановили, що ряд клінічних і лабораторних проявів (астеновегетативний та диспептичний синдроми, гепатоспленомегалія, криоглобулінемія, шкірний некротизуючий васкуліт) частіше реєструється у хворих на комбіновану HBV, HCV і ВІЛ-інфекцію, ніж тільки на ХГС. Вірусне навантаження HCV було найвищим у групі хворих на ХГС на тлі ВІЛ-інфекції, а найнижчим—при комбінації HBV- і HCV-інфекції.

Таким чином, виявили відмінності при аналізі розподілу пацієнтів за ступенем фіброзу печінки. Так, у групах ХГС і ХГВ+ХГС відсутність фіброзних змін (F0) реєстрували достовірно частіше, ніж при ХГС у поєднанні з ВІЛ-інфекцією. Майже тотожне співвідношення спостерігалось і для помірного ступеня фіброзу F2. Практично у кожного четвертого хворого на HCV+ВІЛ-мікст-інфекцію процес перейшов у цироз печінки (F4)—значно частіше, ніж при HCV-моноінфекції, незважаючи на ймовірно триваліше інфікування HCV при моноінфекції (за епідеміологічними даними).

Встановили сильну обернену кореляцію між кількістю CD4⁺-Т-лімфоцитів при ХГС у ВІЛ-інфікованих і ступенем фіброзу печінки за шкалою METAVIR ($r = -0,80-0,92$, $p < 0,001$). Можна припустити, що початковий рівень CD4⁺-Т-лімфоцитів ≤ 350 кл./мкл є одним з предикторів швидкого прогресування фіброзу печінки у ВІЛ-інфікованих із ХГС.

Сливка В.І.

ПОШИРЕННЯ ПОБІЧНИХ РЕАКЦІЙ НА ПРЕПАРАТИ ПЕРШОГО РЯДУ У ХВОРИХ НА ПЕРШЕДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ У ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

Кафедра фтизіатрії та пульмонології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Тривале застосування протитуберкульозних препаратів підвищує ризик виникнення побічних реакцій (ПР), що є однією з основних причин недостатньої ефективності лікування вперше діагностованого туберкульозу (ВДТБ). Виникаючи у процесі комбінованої хіміотерапії, ПР суттєво обмежують можливості цілеспрямованого впливу лікарських засобів і знижують ефективність лікування хворих на туберкульоз (ТБ) за головними показниками — строками припинення бактеріовиділення та частотою повного видужання. У продовж останнього часу ПР визнані джерелом невирішених проблем практичної і суспільної охорони



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 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%