



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 малонового 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: I (порівняльну) – 57 хворих, які отримали стандартну терапію, та II (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



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.