



Сливка В.І.

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

Кафедра фтизіатрії та пульмонології

Буковинський державний медичний університет

Проведено статистичний аналіз частоти виникнення побічних реакцій (ПР) до препаратів першого ряду у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень (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.

Було проведено статистичний аналіз виникнення побічних ефектів препаратів першого ряду у хворих на ТБ в Чернівецькій області в період з 2018-2019 рр., та 9 міс. 2020 р. За 2018 р. у 101 хворого на ВДТБ, які лікувались в стаціонарі, ПР до препаратів першого ряду було виявлено у 28 хворих, що склало 28%. У 2019 р. із 118 пролікованих пацієнтів ПР зареєстровано у 19 хворих, що склало 16%. За 9 міс. 2020 із 81 хворих ПР були у 32, що склало 37%. 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.

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 рази ($p \leq 0,5$).

Сторожук М.В.

ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ МІКРОБІОТИ КИШКІВНИКА У ПАЦІЄНТІВ ІЗ РІЗНИМИ КЛІНІЧНИМИ ФОРМАМИ РОЗАЦЕА

Кафедра дерматовенерології

Буковинський державний медичний університет

Розацеа – хронічний запальний дерматоз, який є актуальною медичною та соціальною проблемою сьогодення через значну поширеність (від 5% до 12% у структурі патології шкіри серед осіб різного віку й статі) та клінічні особливості захворювання – ураження шкіри обличчя, тривалий рецидивуючий перебіг, часто резистентний до засобів стандартного лікування, що є причиною зниження хворими працездатності та соціальної активності. У зв'язку з цим, актуальною задачею є уточнення патогенетичних чинників розацеа з метою оптимізації лікування таких пацієнтів. Відомо, що розацеа – це поліфакторним дерматоз, його розвиток відбувається внаслідок комплексного впливу низки екзогенних (інсоляція, миючі, косметичні засоби тощо) та ендогенних чинників, серед яких – вегетативні дисфункції, ендокринопатії, зміни імунологічної реактивності, а також захворювання шлунково-кишкового тракту тощо.

Метою роботи було дослідити у хворих на розацеа стан мікробіоти вмісту порожнини товстої кишки та оцінити ступінь її змін залежно від тяжкості клінічного перебігу дерматозу. Під спостереженням перебували 36 хворих на розацеа віком від 27 до 58 років, з них 30 жінок та 6 чоловіків. У 15 осіб діагностовано еритематозно-телеангіектатичну, а в 21 – папуло-пустульозну форму розацеа. У більшості – у 27 осіб дерматоз тривав від 6 місяців до одного і більше років, а у 9 пацієнтів – до півроку. Для визначення стану мікробіоти порожнини товстої кишки у хворих на розацеа проводили мікробіологічне дослідження калу класичним методом шляхом кількісного посіву завісин фекалій на стандартні диференційно-діагностичні й селективні поживні середовища. Встановлено, що у 6 (16,7%) обстежених пацієнтів із розацеа (у всіх діагностовано еритематозно-телеангіектатичну форму дерматозу) було виявлено стан нормобіоценозу товстого кишківника, а у більшості – у 30 (83,3%)



пацієнтів визначено зміни показників мікробіоти вмісту порожнини товстої кишки – зниження популяційного рівня бактерій роду *Bifidobacterium* і *Lactobacillus*, збільшення рівня окремих умовно патогенних ентеробактерій (*Enterobacter*, *Proteus*) та інших, що свідчать про наявність дисбіозу порожнини товстої кишки I - IV ступенів із переважанням серед обстежених пацієнтів частки (52,7%) осіб із II та III ступенями дисбіотичних змін порожнини товстої кишки. Слід зазначити, що лише у третини (30,6%) осіб із діагностованими змінами показників кишкової мікробіоти були скарги з боку порушення функцій кишківника, а у решти (69,4%) осіб мали малосимптомний чи латентний клінічний перебіг. Також встановлено, що більш істотні зміни показників мікробіоти вмісту порожнини товстої кишки, які відповідали II, III чи IV ступеню дисбіозу, виявлено у хворих із папулопустульозною формою розацеа – у 17 (80,9%) з 21 хворого порівняно з еритематозно-телеангіектатичною формою розацеа – у 5 (33,3%) з 15 пацієнтів, а також за тривалості дерматозу більше одного року.

Отже, у більшості обстежених хворих на розацеа діагностуються зміни показників мікробіоти порожнини товстої кишки з проявами дисбіозу із переважно малосимптомним чи латентним клінічним перебігом, які перебувають у взаємозалежності зі ступенем тяжкості клінічних проявів та перебігу дерматозу, що необхідно враховувати при комплексному обстеженні таких пацієнтів та призначенні їм раціональної, патогенетично спрямованої комплексної терапії.

Тодоріко Л.Д.

**ТУБЕРКУЛЬОЗНИЙ МЕНІГОЕНЦЕФАЛІТ, ПЕРСПЕКТИВИ РАНЬОГО
ЗАСТОСУВАННЯ ВНУТРІШНЬОВЕННОГО ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОГО
ЛІКУВАННЯ (клінічний випадок)**

Кафедра фтизіатрії та пульмонології

Буковинський державний медичний університет

На сьогодні, туберкульозний менінгоенцефаліт (ТБМЕ) - грізне важке захворювання, що є переважно вторинним процесом, діагностується пізно в за давненому стані.

Пацієнтка Г., 1977 р. народження поступила у Чернівецький протитуберкульозний диспансер (ЧПД) 26.02.2015 р. у плановому порядку зі скаргами на помірну загальну слабкість, періодичний кашель з діагнозом: ВДТБ (24.02.2015 р.) верхньої долі лівої легені (інфільтративний) Дестр-, МБТ+, М+, МГ- Риф0, К0, резист0, гіст0, кат.1, ког.1 (2015). З анамнезу захворювання відомо, що хвора Г. взята на облік з приводу 7 вагітності 23.09.2014 р. (21 тиждень) лікарем загальної практики, 19.02.2015 р. госпіталізована в пологове відділення. 22.02.2015 р. відбулися нормальні пологи, без ускладнень. Рентгенографія ОГК від 24.02.2015 р. – зліва в S1-2 ділянка інфільтрації з доріжкою до кореня, корені розширені (інфільтративний туберкульоз лівої легені). Рекомендовано - мікроскопія мокротиння, результат - КСБ+. Хвора виписана з пологового будинку 26.02.2015 р. з направленням на госпіталізацію в ЧПД. Установлено, що мала контакт з хворим на ТБ легень. Діагноз клінічний: ВДТБ (24.02.2015 р.) верхньої долі лівої легені (інфільтративний) Дестр-, МБТ+, М+, МГ- Риф0, К0, резист0, гіст0, кат.1, ког.1(2015). Ускладнення: туберкульозний менінгоенцефаліт з абсцедуванням, тубінтоксикація. Дисциркуляторна енцефалопатія I-II ст. лікворно-гіпертензивний синдром. Післяпологовий період 13 днів анемія II ст.

Випадок прямо не пов'язаний з пологами та післяпологовим періодом однак, ця обставина може бути одним із чинників проникнення мікобактерій в мозкову тканину. Вагітність є імуносупресивним фоном для переходу латентної туберкульозної інфекції у маніфестну клінічну форму.