

ADRB2 Gln27Glu (rs1042714) проводили методом полімеразної ланцюгової реакції (PCR) з наступним аналізом довжини рестрикційних фрагментів (PCR-RFLP). Для цього ампліфікували ділянку промотора вказаного гена за допомогою пари специфічних праймерів: прямого (sense) — 5' GACAAGCTGAGTGTGCAGGAC3' ізворотного (antisense) — 5' TGAAGTAGTTGGTGACCCTCTG 3', які синтезовані фірмою "Metabion" (Німеччина).

Результати дослідження. У контрольній групі пацієнтів встановлено таку частоту генотипів поліморфізму Gln27Glu гена ADRB2 –CC/CG/GG: 0,389/0,400/0,211 відповідно, а у хворих на БА –CC/CG/GG: 0,522/0,366/0,112 відповідно. Таким чином, частота

генотипів CC у хворих на БА була вищою порівняно із практично здоровими людьми, а GG — вірогідно нижчою. За частотою гетерозиготного алеля CG відмінностей не встановлено.

Висновки. Отримані результати вказують на те, що спостерігаються суттєві відмінності частоти генотипів Gln27Glu поліморфізму гена ADRB2 у практично здорових осіб та в хворих на БА. У пацієнтів із БА частіше зустрічався генотип CC порівняно із GG та CG генотипами.

Доцільним є подальше вивчення взаємозв'язків Gln27Glu поліморфізму гена ADRB2 із тяжкістю перебігу, рівнем контролю та ефективністю базисного лікування БА.

Ю. В. Просветов, Н. О. Скороходова, А. Ю. Гусарова, С. М. Кудильчак, А. В. Левіч АНАЛІЗ І ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ХВОРИХ З ПОБІЧНИМИ РЕАКЦІЯМИ НА ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНІ ПРЕПАРАТИ ПРИ ЛІКУВАННІ ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ

*ДЗ «ЗМАПО МОЗ України»
КУ «Запорізький ОПТКД» ЗОР*

В останні роки створилась загрозлива тенденція до збільшення частки хіміорезистентного туберкульозу (ХРТБ) в структурі захворюваності населення на цю недугу, як внаслідок розповсюдження первинної та вторинної резистентності, так і завдяки вдосконаленню відомих та впровадженню сучасних методів діагностики (ПЛР-методика). Регулярне забезпечення фтизіатричної служби протитуберкульозними препаратами (ПТП) другого ряду та препаратами резерву, з одного боку зробило можливим більш повноцінно лікувати хворих на ХРТБ, з іншого — загострило проблему виникнення побічних реакцій (ПР). За літературними даними ПР на ПТП можуть сягати 85 % випадків. Некориговані ПР є причиною порушень схем та режимів хіміотерапії (ХТ), знижують якість життя хворих, порушуючи комплаєнтність, що сприяє розширенню резистентності й, зрештою, веде до невдачі лікування. На даний час ми не маємо чітких рекомендацій щодо ведення хворих на ХРТБ при виникненні ПР на ПТП, що робить розробку алгоритмів прогнозування, попередження та корекції ускладнень антимікобактеріальної терапії (АМБТ) актуальною проблемою сучасної фтизіатрії.

Метою нашої роботи було вивчення структури ПР на ПТП при лікуванні хворих на ХРТБ та визначення шляхів їх передбачення, попередження та корекції.

Проаналізовані випадки ПР у хворих на ХРТБ, які отримували протитуберкульозне лікування за 4-ю категорією у відділенні хіміорезистентного туберкульозу КУ «Запорізький ОПТКД» ЗОР.

За останні два роки було виявлено 106 випадків ускладнень АМБТ. У 2011 році ПР на ПТП зареєстровано в 41 хворого з 72

(56,9 %), які були виписані зі стаціонару, в 2012 — у 65 з 74 (75,6 %). Серед ПР найчастіше зустрічались диспепсичні явища (57 (53,7 %) випадків) та артралгії (21 (19,8 %) випадків). Гепатотоксичні реакції мали місце в 11 хворих (10,4 %), вестибулотоксичні ПР спостерігались у 9 (8,5 %) пацієнтів, алергічні — у 6 (5,6 %), порушення з боку ЦНС — у 3 (2,8 %), гіпотиреоз — у 2 (1,6 %).

У 12 хворих (11,3 %) ПР не піддавались корекції та вимагали повної відміни препарату. В структурі таких реакцій переважали тяжкі вестибулотоксичні, гепатотоксичні порушення та порушення з боку ЦНС. Більшість ПР були коригованими й не потребували змін у режимі прийому, дозуванні або відміни препарату. Проте, більшість пацієнтів, незалежно від соціального статусу, вимагали відміни препарату, який на їх думку зумовив ПР, або відмовлялися від прийому протитуберкульозного засобу. Зниження якості життя пацієнтів, рівня їх довіри до лікаря та віри в можливий успіх лікування туберкульозу, який супроводжується ПР, в більшості випадків сприяли порушенню комплаєнтності.

Проведений аналіз довів необхідність створення алгоритму, який передбачав би профілактичні заходи, ранню діагностику та своєчасну медикаментозну корекцію ПР на ПТП та супутніх станів і захворювань, які сприяють виникненню та ускладнюють діагностику в перебіг ПР у хворих на ХРТБ. Для покращення комплаєнтності у хворих з ПР на ПТП важливе значення має їх психосоціальний супровід та підвищення інформованості щодо виникнення та можливостей запобігання й корекції ПР.

Ю. В. Просветов, А. И. Ахтырский, В. О. Сандул, С. М. Кудильчак, А. А. Носик ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЫ

*ГЗ «ЗМАПО МЗ України»
СТБ при СИК № 55
КУ «Запорожский ОПТКД» ЗОР*

Проблема ведения больных туберкулёзом лёгких в учреждениях пенитенциарной системы всегда стояла остро. Особую актуальность она приобрела в настоящее время из-за высокой распространенности устойчивых и ВИЧ-ассоциированных форм туберкулёза, как среди гражданского населения, так и лиц спецконтингента. Уже давно стала очевидной необходи-

мость взаимодействия туберкулёзных служб пенитенциарной системы и органов здравоохранения.

Такая практика имеет место уже на протяжении многих лет в Запорожской области, а именно между Специализированной туберкулёзной больницей (СТБ) при Софиевской исправительной колонии № 55(СИК-55) и Коммунальным

учреждением «Запорожский областной противотуберкулезный клинический диспансер» Запорожского областного совета (КУ «ЗОПТКД» ЗОС). Значительный вклад в повышение профессионального уровня врачебного персонала спецучреждения внесла кафедра фтизиатрии и пульмонологии ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины» (ГЗ «ЗМАПО МЗ Украины»). На протяжении нескольких предыдущих лет все врачи спецучреждения прошли на кафедре специализацию по фтизиатрии и продолжают повышать свою квалификацию на предаттестационных циклах и курсах тематического усовершенствования.

Наряду с проблемами и достижениями фтизиатрической службы органов здравоохранения, о которой хорошо осведомлена широкая аудитория, ситуация в больницах пенитенциарной системы остается малоосвещенной. Ведение же больных туберкулезом в местах лишения свободы (МЛС) часто является более сложным и кропотливым процессом. Для достижения оптимальных результатов при работе с пациентами в СТБ при СИК-55 имеется достаточно высококвалифицированная группа сотрудников и должное материально-техническое обеспечение.

Врачебный персонал больницы — это в основном вольнонаемные работники. Их пребывание в стенах спецучреждения существенно снижает негативное отношение осужденных к персоналу и в психологическом плане оказывает более благоприятное влияние на пациентов. Известно, что психологическая составляющая в лечении этой категории больных является одной из важнейших. У осужденных очень слабая приверженность к лечению туберкулеза в связи с присущими им психоэмоциональными изменениями, что проявляются нередко снижением положительных черт характера личности и усилением ее отрицательных сторон. При подборе курируемому больному оптимальной схемы лечения врач должен учитывать как его соматическое состояние, так и психологический статус. Для этого, мы полагаем, врач-фтизиатр должен владеть элементами практической психологии, психотерапии и активно применять её в своей деятельности, а в лечебном учреждении иметь штатного специалиста психолога.

Ведение больных туберкулезом в учреждениях закрытого типа является сложной задачей, и ее решение напрямую зависит от профессионализма, порядочности, отзывчивости медицинского персонала и понимания ими сути вопроса.

Л. М. Процик

СИНДРОМ ЛЕФГРЕНА: КЛІНІКА, ЛІКУВАННЯ, ПРОГНОЗ

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ

Саркоїдоз відноситься до системних гранулематозів невідомої етіології, який характеризується скупченням активованих Т-лімфоцитів і мононуклеарних фагоцитів з утворенням епітеліоїдно-клітинних гранул без некротизування в уражених органах. За характером перебігу умовно саркоїдоз можна розділити на гострий, підгострий, хронічний. Гострий початок саркоїдозу, який супроводжується двобічною лімфаденопатією коренів легень, поліартралгією, вузлуватою еритемою та лихоманкою прийнято називати синдромом Лефгрена.

У дослідження ввійшли 551 хворий на саркоїдоз. У всіх пацієнтів діагноз саркоїдозу було встановлено вперше, хворі з рецидивуючим, хронічним перебігом захворювання в дослідження не включалися. Серед хворих переважали жінки — 364 (66,1 %). Вік пацієнтів коливався від 12 до 70 років, але частіше хворі були у віці 30–50 років (64,8 % від усіх виявлених хворих), середній вік склав 37,8 років. Згідно міжнародної класифікації — 0 стадія була виявлена у 3 (0,5 %), I — у 311 (56,4 %), II — у 187 (33,9 %), III — у 50 (9,2 %) хворих.

Серед даних пацієнтів синдром Лефгрена був діагностований у 116 (21,1 %) пацієнтів. Частка хворих жіночої статі вже більш ніж у чотири рази переважала чоловічої — 93 (80,2 %) і 23 (19,8 %) хворих відповідно. Переважали мешканці міст — 97 (83,6 %). За соціальним складом службовців було майже вдвічі більше ніж робітників — 36,7 % і 21,4 % відповідно, серед них професійні шкідливості виявлені в 14,3 %. Непрацюючі, у тому числі пенсіонери та інваліди, становили 16,3 %. Звертає увагу велика кількість медичних працівників — 20 хворих, або 18,1 % з усіх, що спостерігалися, із синдромом Лефгрена.

Серед клінічних стадій переважали хворі з I стадією — 82 (70,7 %) випадки, з II — у 34 (29,3 %) хворих; III стадія при синдромі Лефгрена не зустрічалася.

Практично всі хворі були виявлені за зверненням у зв'язку із сильними болями, набряками суглобів та вузлуватою еритемою. Необхідно відзначити, що 24 (20,7 %) хворих до встановлення діагнозу саркоїдозу попередньо лікувалися в ревмато-

лога, дерматолога в терміни від 1 тижня до 2-х місяців.

Із скарг переважали втомлюваність, слабкість — у 35 (30,2 %), підвищення температури тіла — у 56 (48,3 %), кашель помірний сухий — у 44 (37,9 %), болі в грудній клітці — у 24 (20,7 %), втрата ваги — в 18 (15,5 %) хворих. У всіх пацієнтів була вузлувата еритема, переважно на гомілкях (у 14 із них додатково й на верхніх кінцівках), та поліартралгія (у 93,1 % випадках гомілковостопних суглобів).

З усіх хворих, що спостерігалися, діагноз цитологічно або гістологічно верифікований лише в 15 (12,9 %) випадків.

Лікування призначалося лише в випадках виражених суб'єктивних симптомів. Медикаментозну терапію отримували 57 (49,1 %) хворих, із них — 43 (37,1 %) пацієнтам було призначено системні глюкокортикостероїди в дозах 12–20 мг із поступовим зниженням протягом 3–4 тижнів до повної відміни, 14 (12,1 %) пацієнтів отримували препарати хінолінового ряду (хлорохін, гідроксихлорохін) протягом 3–6 місяців, із подальшим клініко-рентгенологічним спостереженням. Всім іншим — 59 (50,9 %) хворим проводили спостереження без лікування.

Протягом 1 року від встановлення діагнозу зникнення всіх клінічних проявів захворювання відмічали в 101 (87,1 %) хворих. Іншим 8 (6,9 %) пацієнтам після періоду спостереження 1–3 місяці із наростанням клініко-рентгенологічних симптомів захворювання для досягнення регресії захворювання протягом 1 року призначалися системні глюкокортикостероїди. Прогресування процесу, хронічно-рецидивуючий перебіг відзначали в 7 (6,0 %) хворих, у яких лікування глюкокортикостероїдами та іншими препаратами тривало протягом 2–5 років. У всіх цих хворих у легенях розвинувся масивний пневмофіброз із вираженою легеневою недостатністю.

Отже, синдром Лефгрена, як варіант гострого перебігу саркоїдозу, має сприятливий прогноз, при якому регресія всіх ознак захворювання за перший рік спостереження наступає в 87,1 % випадків.