

пациентов, существовавшими еще до начала заболевания. К ним относится тревожность и недоверчивость, ранее свойственные индивиду, но приобретшие патологическое развитие вследствие вязкости и ригидности мышления, торпидности эмоций, что приводит к центрированию на фабуле собственных переживаний. Вторая группа представлена нозогенно-обусловленными факторами, возникшими как результат активности патологического процесса, среди которых страх перед применяемыми врачом психотерапевтическим методикам, опасение негативных побочных реакций от приема психотропных препаратов. В третью группу вошли фрустрационные факторы, обусловленные отсутствием быстрого ярко выраженного эффекта как от медикаментозной, так и от немедикаментозной терапии вследствие необратимости органических нарушений.

**Выводы.** 1) Выявлены и проанализированы факторы дисконформности у пациентов с развившимся на фоне органических нарушений обсессивно-фобическим синдромом;

2) определены 3 группы предикторов нарушения комплаенса (личностно-детерминированные, нозогенно-обусловленные и фрустрационные), а также поданы их денотации; 3) Разработано структурное наполнение каждой из групп факторов дисконформности.

## **АНАЛІЗ ВИПАДКІВ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ТА ТУБЕРКУЛЬОЗУ ІЗ РОЗШИРЕНОЮ ЛІКАРСЬКОЮ СТІЙКІСТЮ ЗА МАТЕРІАЛАМИ ЗАПОРІЗЬКОГО ОБЛАСНОГО ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОГО КЛІНІЧНОГО ДИСПАНСЕРУ**

Кубенко М.П.

Науковий керівник: ас. Ясінський Р.М.

Запорізький державний медичний факультет

Кафедра фізіатрії і пульмонології

**Мета дослідження.** Визначити особливості перебігу туберкульозу у хворих на мультирезистентний туберкульоз і туберкульоз із розширеною лікарською стійкістю та встановити фактори ризику невдачі лікування таких пацієнтів.

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз «випадок-контроль» історій хвороб пацієнтів, які знаходилися на лікуванні у Запорізькому обласному протитуберкульозному клінічному диспансері з 01.01.2015 до 01.09.2015 року. Статистичну оцінку факторів ризику проводили із застосуванням критерію  $\chi^2$ -квдратів з правкою Єтса, визначали відношення шансів (ВШ) і довірчий інтервал (ДІ) можливих факторів, якщо ДІ не містив одиницю, вважали, що фактор мав вплив на невдачу терапії.

**Отримані результати.** Проаналізовано 200 випадків хіміорезистентного туберкульозу. Чоловіків було 143 (71,5 %), жінок – 57 (28,5 %), середній вік пацієнтів складав  $41,0 \pm 0,9$  років. За структурою випадків було 127 осіб із мультирезистентним туберкульозом (63,5 %), 40 із розширеною лікарською стійкістю (20 %), 27 (13,5 %) – РифТБ (із стійкістю до рифампіцину, виявленою методом полімеразної ланцюгової реакції), 6 хворих (3,5 %) мали ризик мультирезистентного туберкульозу. Бактеріовиділювачів було 198 (99,0 %), деструкції у легенях мали 173 пацієнта (86,5 %). У 34 хворих (17,0 %) діагностовано ВІЛ, у 13 (6,5 %) – цукровий діабет.

Легеневий туберкульоз мав місце у 197 випадків (98,5 %), поєднання легеневого і позалегеневого – у 50 хворих (25,0 %). Серед клінічних форм переважали пацієнти із інфільтрацією частки (26,0 %), обмеженим дисемінованим туберкульозом (12,0 %), інфільтрацією частки легені із засівом (11,0 %), фіброзно-кавернозним туберкульозом (10,0 %), інфільтрацією легені (7,0 %). Інші клінічні форми зустрічалися менш, ніж у 5 % випадків.

За цей період померло 20 осіб (10,0 %), знаходилися на паліативному лікуванні 19 чоловік (9,5 %), лікувалися менше 1 місяця – 22 особи (11,0 %), 139 пацієнтів (69,5 %) отримували повноцінну етіотропну терапію. Серед 139 хворих, які повноцінно лікувалися встановлено 13 випадків (9,4 %) невдачі терапії.

У якості факторів ризику аналізувалися дані анамнезу, вік пацієнтів, тип туберкульозного процесу, прихильність до лікування, об'єм ураження легень, наявність деструкцій і їх розміри, наявність позалегенових уражень, супутніх захворювань, бактеріовиділення. Встановлено, що статистично значимими факторами ризику невдачі терапії були наявність розширеної лікарської стійкості (ВШ=7,9, ДІ=2,3-27,1,  $p<0,005$ ), повторні випадки туберкульозу (ВШ=4,7, ДІ=1,2-18,0,  $p<0,05$ ), дисемінований туберкульоз легень, або інфільтративний частки із засівом, або наявність деструкцій  $\geq 3,0$  см, або множинні деструкції  $\geq 2,0$  см (ВШ=10,8, ДІ=1,4-85,4,  $p<0,05$ ).

**Висновки.** У більшості випадків мультирезистентний туберкульоз і туберкульоз із розширеною лікарською стійкістю характеризуються наявністю бактеріовиділення, поширеним

легеневим ураженням із деструкціями. Факторами ризику невдачі лікування хворих, які отримували повноцінну хіміотерапію є наявність розширеної лікарської стійкості, повторних випадків туберкульозу, дисемінованого туберкульозу легень, або інфільтративного частки із засівом, або наявність деструкцій  $\geq 3,0$  см, або множинних деструкцій  $\geq 2,0$  см.

## НОВЫЕ ПОДХОДЫ В СИСТЕМНОЙ ТЕРАПИИ ОНИХОМИКОЗОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТА СПОРАКСОЛ

Кудина А.А.

Научный руководитель: проф. Федотов В.П.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра дерматовенерологии и косметологии с циклом эстетической медицины ФПО

**Введение:** Высокая распространенность грибковой инфекции ногтей позволяет рассматривать онихомикоз как одну из актуальнейших проблем всемирного здравоохранения. Доля грибковой инфекции составляет около 50% всей патологии ногтевого аппарата. По данным ВОЗ, онихомикозом болеет каждый пятый житель нашей планеты, при этом именно на долю онихомикоза приходится основные трудовые потери по временной нетрудоспособности среди инфекционных поражений кожи.

**Цель исследования:** Изучить частоту встречаемости онихомикоза с использованием микроскопического и культурального метода исследования больных. Изучить клинические особенности и разработать алгоритм диагностики, лечения онихомикоза с учетом чувствительности выделенных возбудителей к современным системным антимикотикам. Разработать режим применения и дать оценку эффективности препарата Спораксол при комплексном лечении.

**Материалы и методы исследования:** К исследованию включено 203 пациента, которые болеют более 5 лет и имели неэффективность предыдущей системной антимикотической терапии в анамнезе. Всем пациентам проводилось обследование с целью подтверждения или исключения заболевания. Установлено, что 60% микотического поражения ногтевых пластинок занимает смешанная флора, 20% - плесневые грибы (*Aspergillus* spp., *Fusarium* spp.), 12% - дрожжеподобные грибы рода *Candida* (*Candida* spp), 8% - дерматомицеты (*Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes*). Выявлено, что дистальная форма онихомикоза наблюдалась в 129 (89,0%) случаях, причем у 35 (24,1%) пациентов был процесс, охватывающий 1/3 длины ногтя, у 81 пациента (56%) наблюдался гиперкератотический тип с воспалением ногтевого ложа, у 7 пациентов (5%) выявлен синдром «2 ноги + 1 рука». Контрольное микроскопическое исследование проводилось через 3, 4, 5 и 6 месяцев от начала лечения. В качестве методов мониторинга и контроля безопасности лечения всем пациентам проводился биохимический анализ крови – 2-хкратно в динамике исследования. Опираясь на динамику данных контрольной микроскопии, установлено: через 3 месяца от начала лечения у 98 пациентов не выявлено возбудителя, через 4,5 месяца – у 134 пациентов, через 6 месяцев – у 203 пациентов. Через 6 месяцев от начала лечения внешний вид ногтей нормализовался у 87,5% пациентов.

**Выводы:** В связи с увеличением встречаемости больных с онихомикозом, недостаточно изученной клиникой, трудностями в диагностике и противоречивыми сведениями по лечению заболевания проблема является актуальной. Диагноз онихомикоза установлен на основании клинической картины, обнаружения возбудителя при микроскопическом исследовании патологического материала, культурального исследования на питательной среде Сабуро. На основании проведенного лечения препаратом Спораксол была установлена высокая эффективность и безопасность при назначении его больным с онихомикозом по методу пульс-терапии. Все пациенты в процессе лечения отмечали хорошую переносимость. Побочных действий и осложнений при применении препарата зафиксировано не было. Это дает возможность рекомендовать его для лечения онихомикозов, в том числе хронических, рецидивирующих.