

20–30 % випадків медулярного РЩЗ (мутації в про-тоонкогені RET), а також папілярних і фолікулярних форм РЩЗ через точкові мутації в генах RAS і BRAF та RET/PTC. Іншими ФР є вік і стать: так, у репродуктивний період життя в жінок РЩЗ зустрічається частіше у 2–3 рази, що пов'язується з дією прогестерону, естрогенів та їх рецепторів. Надлишкова вага, діабет та метаболічний синдром часто становлять потенційний ризик щодо багатьох видів раку, але їх участь у розвитку РЩЗ достатньо не визначена. Аналіз багатьох досліджень виявив підвищений ризик (близько 30 %) РЩЗ як вторинної онкопатології після раку молочної залози. До найменш вивчених належать асоціації РЩЗ з вірусами (парвовірус В19, HCV та вірус простого герпесу), доброякісними захворюваннями молочної залози, різними мікроелементами (вітаміни А, В, D, селен тощо), антропогенними ФР (перхлорати, пестициди та ін.), ксенобіотиками й флавоноїдами.

Висновки. Визначення ФР, розробка алгоритму ведення пацієнтів із груп високого ризику розвитку РЩЗ з подальшими шляхами профілактики на сьогодні є актуальним напрямком у практиці сімейного лікаря і має сприяти досягненню зниження захворюваності й смертності від РЩЗ в Україні.

Тромбоцитопенія в практиці сімейного лікаря

Ткаченко В.І., Алексейченко О.І.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Актуальність. Тромбоцитопенія — гематологічний розлад, що зустрічається на всіх рівнях надання медичної допомоги — від асимптомних пацієнтів сімейного лікаря до тяжких хворих відділення інтенсивної терапії. Синдром тромбоцитопенії на первинній ланці є надзвичайно поширеним феноменом. Деякі дослідження свідчать, що частота тромбоцитопенії становить 25–55 %, проте вірогідних даних на сьогодні немає. Широкий спектр етіологічних чинників і різноманітність клінічних проявів тромбоцитопенії часто створюють труднощі для встановлення правильного діагнозу та призначення відповідного лікування.

Мета дослідження: проаналізувати найбільш часті причини тромбоцитопенії в практиці сімейного лікаря шляхом аналізу літературних даних.

Матеріали та методи. Виконаний літературний огляд у пошукових системах JAMA, Scholar та PubMed, а також у журналах та виданнях матеріалів конференцій, що найбільше відповідали розкриттю даної теми.

Результати та обговорення. Аналіз даних літературних джерел показав, що критерієм діагностики тромбоцитопенії є зниження кількості тромбоцитів — рівень нижче від $150 \times 10^9/\text{л}$. Проте при рівні тромбоцитів $> 50 \times 10^9/\text{л}$ перебіг синдрому часто є безсимптомним. Патогенетично тромбоцитопенія виникає внаслідок зниження синтезу тромбоцитів,

їх депонування або підвищення руйнування. Найбільш характерними причинами її виникнення є: супресія кісткового мозку внаслідок опромінення, хіміотерапія, вплив алкоголю у великих дозах, хронічні хвороби печінки, вроджена тромбоцитопатія, ДВЗ-синдром, дія лікарських засобів (гепарин, інтерферон, абциксимаб, гіпотіазид, рифампіцин та ін.), гестаційна тромбоцитопенія, імунна тромбоцитопенічна пурпура, інфекції (віруси або рикетсії), прееклампсія/синдром HELLP. Проте існує ряд факторів, що можуть спровокувати маніфестацію тромбоцитопенії: вакцинація, гемотрансфузія, оперативні втручання на клапанах серця. Пацієнти звертаються до сімейного лікаря з нетиповими для тромбоцитопенії скаргами: біль у животі, довготривала гарячка, безпричинне схуднення, нічне профузне потовиділення, гостра поява висипки, збільшення лімфовузлів. У безсимптомних пацієнтів з випадково виявленою тромбоцитопенією (кількість тромбоцитів $50\text{--}150 \times 10^9/\text{л}$) треба повторно визначити кількість тромбоцитів через 1–4 тижні. Якщо під час амбулаторного спостереження стан пацієнта погіршується, необхідне негайне проведення розгорнутого аналізу крові в динаміці. Проведення додаткових методів обстеження залежить від клінічної картини та стану хворих. Пацієнтів із тромбоцитопенією легкого ступеня та з компенсованими супутніми захворюваннями повинен спостерігати лікар первинної ланки. Пацієнтів із тяжкою тромбоцитопенією слід скеровувати до гематолога. Прогноз віддалених наслідків і подальшого перебігу тромбоцитопенії сприятливий, за даними R. Stasi et al. (2006), у 64 % хворих кількість тромбоцитів протягом 10 років нормалізувалася або залишалася стабільною, ймовірність розвитку імунної тромбоцитопенічної пурпури або автоімунного захворювання становить 12 %.

Висновки. Висока частота тромбоцитопенії безсимптомного перебігу вимагає від сімейного лікаря ретельного й вчасного її виявлення, проведення чіткої диференціальної діагностики та визначення адекватної тактики лікування для покращання прогнозу й забезпечення співпраці з іншими спеціалістами в рамках мультидисциплінарного підходу.

VAC-терапія в лікуванні гнійних ран у ВІЛ-інфікованих

Фелештинський Я.П., Шиленко Ю.О., Сміщук В.В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Актуальність. Україна посідає 5-те місце у світі за темпами розвитку епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Поширеність ВІЛ-інфекції в Україні серед хворих, які вживають ін'єкційні наркотики, становить 21,5 %, що вдвічі перевищує світовий показник (11,5 %) та є одним з найвищих у Європі. Тривале вживання саморобних наркотичних препаратів, вплив на організм хімічних чинників (наркотиків), можливість попадання в кров збудників інших інфекцій призводить