20–30 % випадків медулярного РЩЗ (мутації в протоонкогені 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 B19, HCV та вірус простого герпесу), доброякісними захворюваннями молочної залози, різними мікроелементами (вітаміни A, B, 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 150×10^9/л. Проте при рівні тромбоцитів $> 50 \times 10^9$/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 $50–150 \times 10^9$/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

до виникнення великої кількості запально-гнійних ускладнень у ВІЛ-інфікованих хворих. На тлі поширення ВІЛ-інфекції в Україні гостро постає проблема надання медичної, зокрема хірургічної, допомоги людям, які живуть із ВІЛ. Гнійна інфекція м'яких тканин у таких хворих характеризується особливим тривалим клінічним перебігом, а традиційні методи лікування малоефективні.

Мета дослідження: покращити результати лікування гнійних ран у ВІЛ-інфікованих хворих з використанням VAC-терапії.

Матеріали та методи. Проведено аналіз результатів лікування гнійних ран у 85 ВІЛ-інфікованих пацієнтів віком від 18 до 45 років за період з 2013 по 2017 р., які перебували в клініці кафедри хірургії та проктології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика на базі Київської міської клінічної лікарні № 5. Локалізація абсцесів та флегмон: плече — 23 (27,0 %), передпліччя — 22 (25,9 %), сіднична ділянка — 19 (22,4 %), пахвинна ділянка — 13 (15,3 %), стегно — 5 (5,9 %), гомілка — 3 (3,5 %).

Пацієнти були розподілені на 2 групи залежно від методики лікування. I основна група — 44 (51,8 %) пацієнти, у яких застосовували додатково до стандартного лікування гнійних ран VAC-терапію, II група порівняння — 45 (52,9 %) пацієнтів, у яких використовувалися лише стандартні методи лікування гнійних ран.

Результати лікування оцінювали на підставі зменшення інтенсивності мікробного забруднення та росту грануляційної тканини з крайовою епітелізацією.

Результати та обговорення. У I групі інтенсивність мікробного забруднення становила 10^2–10^3 КУО/мл, а поява грануляційної тканини з крайовою епітелізацією спостерігалась через 6,0 ± 2,2 дня. У II групі пацієнтів інтенсивність мікробного забруднення становила 10^4–10^5 КУО/мл, а поява грануляцій спостерігалась через 11,0 ± 2,3 дня. Загоєння ран у пацієнтів I групи спостерігалось у середньому через 11,0 ± 1,2 дня. У пацієнтів II групи — через 17,0 ± 1,3 дня. Такі результати підтверджують більш високу ефективність лікування гнійних ран при використанні в комплексі VAC-терапії.

Висновки. Використання VAC-терапії для лікування гнійних ран у ВІЛ-інфікованих пацієнтів сприяє більш швидкому видаленню некротичних тканин, мікроорганізмів та утворенню грануляційних тканин порівняно з традиційними методами терапії, що значно скорочує термін лікування.

Аспекти ультразвукової діагностики в підготовці сімейних лікарів

Хіміон Л.В., Ященко О.Б., Рибицька М.О.

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

У сучасному світі роль лікарів загальної практики — сімейних лікарів у питаннях профілактики та своєчасного виявлення різноманітних захворювань серед населення дуже велика. Одним з основних та найпоширеніших неінвазивних діагностичних методів при більшості захворювань є ультразвукова діагностика (УЗД). У стандартний скринінговий протокол УЗД входить дослідження органів черевної порожнини, щитоподібної залози та нирок, жінкам після 30 років — щорічне обстеження органів малого тазу й молочних залоз, а чоловікам після 40 років — УЗД передміхурової залози.

З огляду на вимоги сьогодення на етапі надання первинної медичної допомоги виникла потреба у висококваліфікованих лікарях загальної практики — сімейних лікарях, які мають не лише глибокі знання в клінічній практиці, а й вміння правильно інтерпретувати отримані діагностичні результати, у тому числі ехограми.

На кафедрі сімейної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, що створена в 1996 році, проводяться всі види підготовки та перепідготовки сімейних лікарів: навчання в інтернатурі, клінічній ординатурі, на циклах спеціалізації (де протягом 6 місяців проводиться перепідготовка терапевтів і педіатрів у сімейних лікарів), циклах підвищення кваліфікації та передатестаційної підготовки.

З метою багатогранної підготовки лікарів загальної практики — сімейних лікарів у навчальних програмах для вищезазначених циклів обов'язковим розділом є клінічна інтерпретація результатів УЗД у дітей та дорослих.

На кафедрі застосовується підхід до клінічного навчання, спрямований на досягнення компетентності, яка фокусується на розумінні міждисциплінарних сучасних проблем своєчасної профілактики та діагностики при веденні пацієнтів з різними захворюваннями та різного віку. Отже, правильна високопрофесійна інтерпретація результатів УЗД дає такі можливості: виявлення захворювань на початкових стадіях, коли ще немає скарг; уточнення діагнозу лікуючим лікарем для призначення максимально ефективного та, найголовніше, своєчасного лікування; наступна оцінка результатів лікування в динаміці.

Основною метою навчання є забезпечення лікарів-слухачів знаннями й навичками, необхідними для безпечного та ефективного виконання своїх клінічних обов'язків у питанні профілактики та своєчасної діагностики різноманітних захворювань серед населення. Усім відомо, як важливо перед початком лікування точно визначити діагноз, а не діяти наосліп. Отже, саме навчання високопрофесійній клінічній інтерпретації результатів УЗД у дітей та дорослих може гарантувати ефективність своєчасного лікування будь-якого захворювання на етапі первинної медичної допомоги у практиці лікаря загальної практики — сімейного лікаря.