

Не тільки сам лікар повинен вживати в справу все, що необхідно, але й хворий, й оточуючі, й усі зовнішні обставини мають сприяти лікарю в його діяльності.

ЙОГО ВЕЛИЧНІСТЬ –

ГІППОКРАТ

газета
для здорових
і хворих

ПАЦІЄНТ

Щомісячна газета

Випускається з 2001 року

Квітень 2024 № 4 (233)

ОДЕСЬКИЙ МЕДУНІВЕРСИТЕТ — ОДЕСИТАМ

У НОМЕРІ:

- | | | | |
|--|---------|---------------------------------|---------|
| ● Спеціалізоване навчання від міжнародного медичного корпусу | стор. 1 | ● Аутизм: допомагає суспільство | стор. 4 |
| ● Всеукраїнський день довкілля | стор. 3 | ● Хронічна хвороба нирок | стор. 6 |
| | | ● Вугрова хвороба | стор. 8 |

НА РІВЕНЬ СУЧАСНИХ ВИМОГ

СПЕЦІАЛІЗОВАНЕ НАВЧАННЯ ВІД МІЖНАРОДНОГО МЕДИЧНОГО КОРПУСУ

На базі Одеського національного медичного університету проходить спеціалізоване навчання від Міжнародного медичного корпусу. Викладачі, студенти, медичний персонал університетських клінік мають змогу підвищити свій рівень знань та вмій у навчальних тренінгах за темами: «Розширена підтримка життя при травмах (ATLS)»; «Основи роботи медсестри при травмі (TNF)»; «Основи роботи з дитячою травмою (PTF)»; «Підтримка життя при травмах на догоспітальному етапі (PHTF)»; «Хімічні, біологічні, радіологічні, ядерні та вибухові небезпеки (ХБРЯ)»; «Зупинка кровотечі (StB)».

Тренінги розроблені Міжнародним медичним корпусом спільно з Гарвардською Гуманітарною Ініціативою під координацією Американ-



ської колегії хірургів, Національної асоціації екстрених медичних техніків та Всесвітньої організації охорони здоров'я для покращення надання травматологічної допомоги

постраждалим унаслідок воєнної агресії РФ проти України на догоспітальному та госпітальному рівнях.

Як зазначили викладачі університету, медична наука **2**



1 < постійно розвивається та вдосконалюється. В першу чергу, це стосується роботи медиків у надзвичайних ситуаціях. Тому тренери та інструктори кафедри симуляційних медичних технологій ОНМедУ, які вже підготували тисячі курсантів з надання першої домедичної допомоги, дуже ретельно вивчали новий навчальний матеріал, запропонований Міжнародним медичним корпусом.

Майже всім складом кафедра гігієни та медичної екології пройшла унікальний п'ятиденний тренінг зі спеціалізації «Хімічні, біологічні, радіологічні, ядерні та вибухові (ХБРЯВ) ураження», метою якого було ознайомлення учасників із системою менеджменту надзвичайних ситуацій в лікарнях, а також здобуття необхідних знань і практичних навичок щодо реагування на хімічні, біологічні, радіаційні, ядерні та вибухові ураження.

У перший день тренінгу були проведені інформативні модулі щодо різноманітних агентів, засобів індивідуального захисту та травм. Другий та третій день було присвячено відпрацюванню практичних навичок і дебрифінгу. Протягом четвертого та п'ятого днів учасники тренінгу відпрацьовували отримані знання та навички, а також розробляли програми для майбутніх тренінгів. Спільний тренінг був спрямований на вдосконалення навичок та співпрацю між учасниками з метою підготовки до можливих надзвичайних ситуацій. Усі учасники тренінгу «ХБРЯВ» отримали повний пакет навчальних матеріалів. Це означає, що всі, хто пройшов навчання в рамках даного тренінгу, можуть передавати отримані знання і досвід, допомагаючи підготувати більше фахівців до дій у надзвичайних ситуаціях.

Завдяки високопрофесійним інструкторам та інноваційній методиці навчання, учасники усіх тренінгів набули не лише теоретичні знання, а й практичні навички, які можуть врятувати життя у небезпечних ситуаціях при травмах та кровотечі.

Викладачі, студенти, медичний персонал університетських клінік ОНМедУ високо оцінили дану ініціативу та висловили свою вдячність організаторам за можливість взяти участь у цих важливих тренінгах. Сподіваємося на подальшу співпрацю, адже в умовах війни ми повинні не тільки знати, як надати допомогу, що зробити, щоб врятувати життя, а й дуже швидко реагувати на надзвичайні ситуації.

Антон ШАНИГІН,
старший викладач кафедри
гігієни та медичної екології



ВСЕУКРАЇНСЬКИЙ ДЕНЬ ДОВКІЛЛЯ

Всеукраїнський День довкілля відзначають в Україні щорічно у третю суботу квітня, починаючи з 1999 року, згідно з Указом Президента України «Про День довкілля» за № 855/98 від 06.08.1998 року.

Головна мета свята — проведення заходів, спрямованих на поліпшення стану навколишнього природного середовища (очищення водних джерел, озеленення територій, збереження заповідних об'єктів тощо) і поширення екологічних знань з метою підвищення рівня екологічної освіченості українців.

Спочатку свято було задумано для того, щоб відзначити Стокгольмську конференцію з довкілля, яка стала однією з найважливіших в історії екологічного руху. Цього дня була заснована United Nations Environment Network (UNEP) — Екологічна програма ООН, яка нині є основним організатором та ідеологом Дня довкілля.

Здоров'я людини безпосередньо залежить від стану довкілля — чистоти повітря, ґрунту, води тощо. Забруднене навколишнє природне середовище стає джерелом виникнення хвороботворних мікроорганізмів і небезпечних шкідливих речовин, які потрапляють до організму людини та спричиняють тяжкі наслідки для здоров'я.

У кожному сучасному місті внаслідок життєдіяльності людей утворюється багато промислових і побутових відходів, які отруюють довкілля. Тому людині необхідно змінити своє неконтрольоване споживацьке ставлення до природних ресурсів, замінити його турботою і уважним ставленням до живого. Не слід чекати на державну ініціативу. Турбота про довкілля починається з кожного особисто, родини, власного будинку, вулиці. І вже сьогодні кожен із нас може відмовитися від поліетиленових пакетів, одноразових пляшок і посуду; бути енергоефективним у побуті; обирати найбільш екологічний транспорт; економити

воду; купувати менше, щоб потім не викидати; сортувати сміття і віддавати відходи на переробку. Звичайно, можна робити набагато більше, але вже сьогодні слід почати хоча б з найменшого!

Українська природа є ще однією жертвою військової агресії. Війна вплинула на кожний компонент довкілля — тваринний і рослинний світ, воду, повітря, ґрунт тощо. Наслідки цього негативного впливу будуть довготривалими та матимуть не лише локальний, а й глобаль-



ний характер. За останніми скромними оцінками пана Міністра захисту довкілля та природних ресурсів України Руслана Стрільця, збитки довкіллю України від війни становлять 3 трильйони гривень, постраждали 20 % природоохоронних територій країни загальною площею близько мільйона гектарів. У зоні ризику опинилися 2,9 мільйона гектарів так званої Смарагдової мережі — територій, які потребують охорони на загальноєвропейському рівні. За словами екологів, ці території відіграють важливу роль у захисті біорізноманіття і збереження клімату. Смарагдова мережа захищає бурого ведмеда, чорного лелеку, рись, орлана-білохвоста та сотні інших видів тварин і рослин. Під загрозою знищення знаходяться 16 так званих Рамсарських об'єктів площею майже 600 тисяч гектарів. Вони мають статус водно-болотних угідь міжнародного значення завдяки своєму унікальному біорізноманіттю.

Під окупацією сьогодні залишаються 8 заповідників і 10 наці-

ональних природних парків України, серед них — Чорноморський біосферний заповідник (розташований на території та в акваторії Херсонської та частково Миколаївської областей), біосферний заповідник «Асканія-Нова», Азово-Сиваський національний природний парк, парк «Олешківські Піски», парк «Джарилгацький» (Херсонська область) тощо.

Війною охоплено близько 3 мільйонів гектарів лісу в Україні. Приблизно 23,3 тисячі гектарів лісів випалено, частину з них остаточно втрачено. Внаслідок ракетних ударів по нафтобазах, складах паливно-мастильних матеріалів згоріло понад 681 тисячі тонн неочищених нафтопродуктів, які забруднили повітря небезпечними речовинами. За підрахунками екологів, під час горіння нафти виділяється приблизно стільки ж атмосферного забруднення, скільки виробляє весь київський транспорт за місяць.

Крім того, в повітря потрапило понад 38 тисяч тонн викидів від горіння ворожої техніки і утворилося понад 352 тисячі тонн відходів, які забруднюють не лише повітря, а й землю. Загалом через лісові пожежі, від горіння нафтопродуктів і займання промислових об'єктів, викиди в атмосферне повітря вже перевищили 67 мільйонів тонн.

Також унаслідок бойових дій гинуть рослини та дикі тварини.

Ще одна проблема — заміновані території. На цей момент розмінування потребує приблизно 200 тисяч квадратних кілометрів (третина території України). Розриви мін призводять до забруднення ґрунтів важкими металами — свинцем, стронцієм, титаном, кадмієм, нікелем тощо; іноді це робить ґрунт узагалі непридатним для подальшого сільськогосподарського використання.

Природа знає краще — це можемо побачити на прикладі Чорнобильського заповідника, в якому життя триває навіть після ядерної катастрофи. А якщо після війни ми допоможемо Природі відновитися, то це стане ще однією нашою загальною Перемогою!

Сергій ПАШОЛОК,
к. мед. н., доцент кафедри
медичної біології та хімії

Війна торкнулася кожної української родини. За статистикою, 95 % українців потребують психологічної та психіатричної допомоги. Але більш вразливими залишилися ті, хто до війни мав вади ментального здоров'я і потребує більшої уваги спеціалістів і суспільства. Сьогодні мова піде про аутизм.

АУТИЗМ: ДОПОМАГАЄ СУСПІЛЬСТВО

Аутизм — це стан, який виникає внаслідок порушення розвитку головного мозку і характеризується вродженим й всебічним дефіцитом соціальної взаємодії та спілкування. Згідно з «Дослідницькими діагностичними критеріями» МКХ-10 (ВОЗ, 1992), критеріями аутизму є: якісні порушення реципрокної соціальної взаємодії, якісні порушення спілкування, обмежені, повторювані, стереотипні поведінка та інтереси. Його неможливо вилікувати, проте з часом можна скоригувати й адаптувати людину до соціального життя. Розлади аутистичного спектру починаються у дитинстві, проте зберігаються в підлітковому і дорослому віці.

Термін «аутизм» у тому вигляді, в якому ми його знаємо сьогодні, почав використовуватися 30 років тому, після того, як австрійський педіатр Ганс Аспергер запозичив термінологію Блейлера для опису аутичної психопатії в лекції, прочитаній в Університетській лікарні Відня. У 1944 році Аспергер опублікував докторську дисертацію, в якій описав групу дітей і підлітків з дефіцитом комунікативних і соціальних навичок, а також обмеженими та повторюваними моделями поведінки. У 1943 році, розділений великою відстанню, Другою світовою війною, і, мабуть, не знаючи про роботу Аспергера, Лео Каннер, який працював в Університетській лікарні Джона Хопкінса в США, у своїй класичній роботі «Аутистичні розлади афективного контакту» описав



ВАЖЛИВИЙ КОЖЕН

11 дітей, чия поведінка була виключно схожа на описану Аспергером. Більшість клінічних особливостей, які Каннер навів у своїй статті, такі як «аутистичне відчуження» і «наполягання на одноманітності», все ще є частиною діагностичних критеріїв аутизму в сучасних класифікаціях. Діти, описані Аспергером, на відміну від описаних Каннером, не показали значних затримок у когнітивному та мовному розвитку. В результаті поступово сформувалася думка про аутизм як спектр розладів з континуумом симптомів від легких до тяжких, причому синдром Аспергера є частиною цього континууму. Сучасне визначення розладів аутистичного спектру (РАС) як «поведінкового синдрому, що має біологічну основу (системні порушення розвитку мозку), походження якого пояснюється взаємодією генетичних факторів і факторів середовища», вперше було запропоновано й обґрунтовано М. Херберт в 2005 році.

Аутизм колись вважався порівняно рідкісним захворюванням. Останні епідеміологічні дані істотно змінили цю думку. За результатами великого дослідження, проведеного Центром із контролю та профілак-

тики захворювань США, поширеність розладу в Америці становила 1 випадок на 88 дітей. Показник поширеності не залежить від расових, етнічних і соціально-економічних відмінностей. Захворювання в п'ять разів частіше зустрічалось у хлопчиків (1 на 54), ніж у дівчаток (1 на 252). Епідеміологічні дослідження, виконані в Азії, Європі й Північній Америці, демонструють середню поширеність РАС — близько 1 %.

Нині РАС розглядаються як результат взаємодії генетичних і середовищних факторів. Роль генетичних факторів у генезі аутизму є визначальною, за оцінками деяких експертів, вона сягає 90 %. З порушеннями нейророзвитку також пов'язують низку шкідливих факторів, що діють під час вагітності та пологів (тератогенії, тютюнопаління, інфекції у матері, прийом ліків під час вагітності). Встановлено 5 факторів навколишнього середовища — ртуть, кадмій, нікель, трихлоретилен і вінілхлорид, збільшення експозиції яких асоційоване з РАС. Ще 3 екологічних фактори ризику — проживання в регіонах, які є урбанізованими, розташовані в більш високих широтах або регіонах з високим рівнем опадів протягом року — можуть бути пов'язані з недостатністю сонячної інсоляції й розвитком дефіциту вітаміну D. До чинників, що підвищують ризик первазивного розвитку в період зачаття, належать: наявність випадків РАС, розладів розвитку мовлення, тяжких психічних розладів (шизофренії, біполярного розладу) в сімейній історії, пізній (понад 30 років) вік матері і/або батька на момент зачаття, зачаття дитини шляхом екстракорпорального запліднення.

Первинною профілактикою аутизму є проведення скринінгу розвитку дітей під час планових профілактичних оглядів у 9, 18, 24 та 36 місяців з метою виявлення дітей із затримками розвитку. Тривалість уперше виявленого відставання в психічному та моторному розвитку не має перевищувати: 1 місяць — у віці до 12 місяців, 3 місяці — у віці до 24 місяців, 6 місяців — у віці до 36 місяців. Також до первинної профілактики відносять



Члени гуртка кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та психотерапії

проведення психоосвітньої роботи з батьками і членами родин та надання консультативної допомоги, координація медико-соціальної допомоги в рамках програм раннього втручання, поведінкових, комунікаційних й освітніх втручань із використанням ресурсів закладів дошкільної та шкільної освіти, реабілітаційних закладів. Також огляд дитини в динаміці з повторним оцінюванням розвитку з використанням спеціального скринінгового інструментарію та скринінг на РАС в 24 або 36 місяців за наявності визначених факторів ризику, будь-яких порушень розвитку чи захворювань, що мають високий рівень асоціації з РАС. Спеціальний скринінг рекомендовано проводити за наявності у дитини описаних раніше чинників ризику РАС і захворювань, що мають високий рівень коморбідності з РАС. За відсутності позитивної динаміки під час повторного оцінювання психічного розвитку лікар первинної практики має призначити консультацію дитячого психіатра; за його відсутності — дитячого невролога.

Дітям із РАС проводиться комплексне медичне обстеження, спрямоване на виявлення симптомів супутніх захворювань, які можуть мати причиннонаслідковий зв'язок з порушеннями загального розвитку. Усі діти з РАС повинні мати медичну оцінку, яка зазвичай включає фізикальне обстеження, аудіометрію, обстеження лампою Вуда на наявність ознак туберозного склерозу, а також, за можливості, генетичне тес-

тування, яке може включати каріотип G-діапазонів і тестування ламкою X-хромосоми або хромосомної матриці.

Основними складовими терапії дітей із РАС є рання психосоціальна інтервенція, обережне і врівноважене застосування медикаментозної терапії, ефективність якої доведена, активна участь сім'ї на підставі досягнутої комплаєнтності, застосування будь-яких форм інтервенцій винятково в амбулаторних умовах. Вимоги до обсягу медико-соціальної реабілітації дітей із РАС повинні визначатися біологічним і психологічним віком дитини, тяжкістю розладу, ступенем когнітивної недостатності, наявністю й тяжкістю розладів рецептивного й експресивного мовлення, наявністю перцепторних розладів і аутистимуляцій, наявністю порушень активності та уваги. Медикаментозне лікування при РАС має чотири основні мети: усунення психопатологічних симптомів коморбідних розладів психіки, усунення поведінкових розладів (агресії, самошкодливої поведінки), підвищення ефективності психосоціальних інтервенцій, покращання якості життя дитини та її сім'ї. Непрямі немедичні витрати й економічні наслідки аутизму в дорослому віці перевищують витрати на медико-педагогічний супровід у дитячому віці.

Ранні інтервенції знижують загальні витрати на одного пацієнта з РАС протягом усього життя за рахунок кращих результатів соціальної й трудової адаптації. Значні пря-

мі й непрямі витрати, асоційовані з РАС, а також тягар соціальних наслідків обґрунтовують актуальність подальшої розробки та впровадження ранніх, економічно ефективних втручань.

Існує необхідність у посиленні національного потенціалу в догляді за дітьми, підлітками і дорослими, які страждають від РАС та інших порушень нейророзвитку. Для досягнення цієї мети національні експерти повинні вирішити завдання в різних сферах. Необхідно:

1. Підвищувати обізнаність населення, лікарів первинної ланки, лікарів загальної практики, працівників дошкільних освітніх закладів про РАС.

2. Заохочувати раннє виявлення й діагностику РАС, сприяти якомога більш ранньому отриманню дітьми доступу до спеціалізованої допомоги.

3. Дітям із РАС забезпечити доступ до лікування методами, заснованими на доказах, шляхом додаткового навчання батьків, вчителів і клініцистів у рамках найбільш ефективних втручань.

4. З метою усунення дискримінації, подолання стигматизації й забезпечення соціальної інклюзії спростити особам, які страждають від РАС і порушення нейророзвитку, доступ до закладів дошкільної й шкільної освіти, ресурсів для відпочинку, занять спортом, медичних закладів за місцем проживання.

5. Забезпечити родини, які мають хворого на РАС **6** ➤

5 члена, соціальною підтримкою на рівні громади.

б. Заохочувати проведення високоякісних досліджень і спостережень за здоров'ям, щоб отримати повну й точну картину проблем, з якими ми стикаємося при діагностиці, лікуванні, соціальній допомозі особам із РАС і порушеннями нейророзвитку.

Беручи до уваги важливість реабілітаційної підтримки та інклюзії таких дітей, співробітники кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та психотерапії ОНМедУ разом із членами СНТ кафедри періодично відвідують і проводять час з учнями інклюзивної майстерні «Важливий кожен», де

люди з діагнозом аутизм втілюють свої мрії у виробках гончарного мистецтва. Вони полюбляють малювати, вчать працювати з тістом і печуть пряники, танцюють, грають на музичних інструментах, займаються спортом. Але ці надзвичайно талановиті й дивні люди не мають навичок соціальної адаптації. Кожна людина заслуговує на гідне життя і має право на щастя, незалежно від стану свого здоров'я. Саме тому у 2019 році була створена благодійна студія-майстерня «Важливий кожен», що є відкритим для всіх креативним простором, де люди з ментальною інвалідністю проживають звичайне цікаве життя, замість того щоб бути ізольованими у своїх домішках. І це

є яскравим практичним прикладом медико-соціальної реабілітації, що потребують такі діти.

Також хотіли б відзначити, що на виконання цілей щодо раннього виявлення дітей із РАС на базі Одеського обласного медичного центру психічного здоров'я за адресою: м. Одеса, вул. Ак. Воробйова, 9 (клінічна база кафедри) працює Центр раннього втручання, де батьки з дітьми, що мають проблеми нейророзвитку, можуть пройти відповідний скринінг.

Євген ОПРЯ,
д. мед. н., професор, завідувач
кафедри психіатрії, наркології,
медичної психології
та психотерапії

БУДЬМО ЗДОРОВІ!

ХРОНІЧНА ХВОРОБА НИРОК

Глобальна розповсюдженість хронічної хвороби нирок (ХХН) становить 843 млн людей, вона уражує 11,1 % населення світу. А прогнозована розповсюдженість у період 2021–2026 років сягатиме від 10,4 до 15,5 % населення у різних країнах.

Нирки — це два органи бобоподібної форми, кожний завбільшки, як кулак людини. Вони розташовані на рівні попереку, безпосередньо під нижніми ребрами. Нирки — це фільтрувальна система організму. Кожна нирка складається з близько мільйона нефронів. Щодня через нирки фільтрується близько 230 літрів крові й виділяється приблизно 2,5 літра шкідливих речовин (продуктів метаболізму) і зайвої рідини у вигляді сечі. При нормальному стані ниркового фільтру альбумін (основний білок крові) не проникає до сечі, а при його порушенні — навпаки, що називається альбумінурією.

Крім фільтраційної функції, нирки регулюють електролітний обмін (іонів натрію, калію, кальцію, фосфору), впливають на рівень артеріального тиску, стимулюють синтез еритроцитів (червоних кров'яних тілець), забезпечують міцність кісток.

Концепція ХХН об'єднує хронічні ураження ниркової тканини, які тривають понад 3 місяці за будь-якої причини. В основі ХХН — за-



міщення функціонально активних нефронів сполучною тканиною (фіброзом), внаслідок чого знижується швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ). Якщо вчасно діагностувати ХХН і розпочати лікування, часто вдається запобігти її прогресуванню та розвитку ниркової недостатності. Для збереження життя хворого на ниркову недостатність потрібна пересадка нирки або діаліз.

Оцінка функціонального стану нирок є невід'ємною частиною скринінгу (вчасної діагностики) пацієнтів груп ризику розвитку

ХХН. Актуальність скринінгу пацієнтів на маркери ХХН зумовлена зростанням серцево-судинної та загальної смертності у міру зниження ШКФ та збільшення рівня альбумінурії.

Усі фактори ризику розвитку ХХН можна умовно поділити на немодифіковані (які не можна змінити) та модифіковані. До першої категорії належать такі фактори: похилий вік, чоловіча стать, генетика, перенесене гостре ураження нирок, спадкові хвороби (полікістозна хвороба нирок, синдром Альпорта тощо), гестаційні стани (передчасні пологи, малий термін вагітності, низька маса тіла при народженні — менше 2,5 кг). До найважливіших модифікованих факторів ризику належать цукровий діабет й артеріальна гіпертензія. На третьому місці — гломерулонефрити, група різних за походженням захворювань, які характеризуються переважно або виключно ураженням клубочків нефрону. Факторами ризику також є проживання у регіоні з високою розповсюдженістю ХХН, сечостатевої розлади (вроджені вади розвитку, рецидивна сечокам'яна хвороба, хронічні неінфекційні та інфекційні тубулоінтестиційні нефрити), мультисистемні захворювання (систем-

ний червоний вовчак, подагра); вагітність, що перебігала з ускладненнями (пreekлампсія та еклампсія); професійний вплив (кадмій, свинець, ртуть, поліциклічні вуглеводи, пестициди); прийом нефротоксичних ліків (інгібітори кальциневрину, препарати літію, антибіотики, рентгенконтрастні засоби, знеболювальні препарати, такі як диклофенак, ібупрофен, прегабалін та ін.). Ризик розвитку ХХН вищий у людей африканського, латиноамериканського, азійського походження.

Скринінг на ХХН необхідно провести пацієнтам із цукровим діабетом, артеріальною гіпертензією та серцево-судинними захворюваннями. Програми скринінгу та лікування ХХН слід впроваджувати на основі супутніх захворювань, впливу навколишнього середовища або генетичних факторів ризику. План скринінгу, його частота та припинення складаються індивідуально. Скринінг ХХН та стратифікація ризику проводяться на основі визначення оціненої ШКФ та альбуміурії. Точна оцінка ШКФ включає вимірювання як креатиніну, так і цистацину С для первинної діагностики та визначення стадії ХХН (рекомендації KDIGO, 2023). Американська асоціація діабету (ADA, 2024) рекомендує принаймні 1 раз на рік визначати альбумін у сечі (співвідношення альбумін/креатинін — САК) та розрахунок ШКФ (рШКФ) у пацієнтів з ЦД 1 типу, які хворіють понад 5 років, та у пацієнтів з ЦД 2 типу. У пацієнтів зі встановленою ХХН аналізи повторюють 1–4 рази на рік залежно від стадії захворювання. Згідно з Британськими рекомендаціями (NICE, 2021), тестування на ХХН варто пройти дітям і молодим людям з попереднім гострим ураженням нирок, єдиною функціонуючою ниркою, з малою масою тіла при народженні, а також за наявності вищеперелічених захворювань і випадковому виявленні гематурії (крові у сечі) та протеїнурії (білок у сечі).

Скринінг ХХН для людей після 18 років включає вимірювання САК та рШКФ за креатиніном за формулою епідеміологічного співробітництва (СКД-ЕПІ). Креатинін повинен бути визначений за допомогою IDMS методики. При деяких захворюваннях і станах (у культуристів,

людей після ампутації, у людей з атрофією м'язів) рекомендовано визначати рШКФ за допомогою цистацину С.

Лабораторні маркери на ХХН:

Стійке зниження ШКФ < 60 мл/хв/1,73 м³ — індекс, який тісно пов'язаний з парціальними функціями нирок. Саме з цим рівнем пов'язана втрата половини нормальної функціональності нирок дорослої людини! За рівнем ШКФ визначають стадію ХХН.

Альбуміурія ≥ 30 мг/добу або протеїнурія 150 мг/добу — маркери збільшення проникності клубочків і каналцевої (тубулярної) дисфункції.

Стійкі зміни в клітинному осаді сечі — еритроцитурія (гематурія), тубулярні клітини, лейкоцитурія (піурія), лейкоцитарні й еритроцитарні циліндри.

Інші зміни складу крові та сечі — азотемія, уремія, зміни концентрації електролітів у крові та сечі, зміни кислотно-основного складу крові.

Які прояви ХХН? У більшості людей спочатку немає виражених симптомів, поки хвороба не почне прогресувати. Крім того, вони не є специфічними, типовими тільки для ХХН. Це можуть бути підвищена втомлюваність і загальна слабкість; труднощі з концентрацією уваги; поганий апетит; порушення сну; нічні судоми; набряки на гомілках і стопах; припухлість довкола очей, особливо зранку; надалі можуть з'явитися сухість і свербіння шкіри, часті сечовипускання, особливо вночі, шлунково-кишкові розлади (нудота, блювання), порушення чутливості, біль. Кількість та інтенсивність симптомів залежать від стадії захворювання. Найбільш типовими для ХХН є розвиток трьох синдромів, які можна оцінити лабораторно: ХХН та анемія (рівень гемоглобіну у дорослих жінок менше ніж 120 г/л, у чоловіків — менше 130 г/л). Зниження синтезу еритропоетину нирками (головного стимулятора еритропоезу) призводить до зниження насичення кісткового мозку залізом і зменшення продукції еритроцитів й анемії та кисневого голодування. Що, у свою чергу, призводить до підвищення навантаження на серце, спазмів ниркових судин (ниркова вазоконстрикція) та формування хибного кола під назвою кардіоренальний синдром.

Серцево-судинна система та ХХН: 45 % летальних наслідків при ХХН пов'язані з ураженням серцево-судинної системи. Цей зв'язок відомий як кардіоренальний континуум. Нирка одночасно є мішенню при артеріальній гіпертензії та генератором серцево-судинного ризику. Установлено підвищення летальності на кожні 5 мм/хв зниження рШКФ. Що вище креатинін крові, то вище ризик. Прогресування ХХН призводить до розвитку стійкої вторинної артеріальної гіпертензії.

Електролітні порушення та ХХН. Зниження виведення (екскреції) фосфору нирками з сечею призводить до підвищення його рівня в крові та зниження рівня кальцію. Для підтримання необхідної концентрації останнього підвищується синтез паратгормону, який вимиває кальцій з кісток, що призводить, з одного боку, до остеопорозу та підвищення ризику переломів, з другого — до кальцифікації судин.

Для того щоб запобігти розвитку та прогресуванню ХХН за наявності факторів ризику, необхідно:

1. Проходити регулярні обстеження.
2. Лікувати захворювання, яке призвело до ХХН, часто це цукровий діабет та артеріальна гіпертензія.
3. Позбутися зайвої маси тіла шляхом дотримання дієти та регулярних фізичних вправ.
3. Відмовитися від паління.
4. Уникати вживання нефротоксичних ліків (наприклад, знеболювальні препарати).
5. Внести певні корективи у дієту, зокрема, споживати менше солі й білків.
7. Звести до мінімуму вживання алкогольних напоїв.

План лікування ХХН є індивідуальним і залежить від її стадії. Він може включати таке: специфічну терапію, засновану на діагнозі; виявлення та лікування супутніх станів, уповільнення втрати функції нирок, профілактику та лікування серцево-судинних ускладнень й ускладнень ХХН (анемія, гіпертензія, ацидоз); підготовку терапії термінальної ниркової недостатності; заміщення функції нирок шляхом діалізу або трансплантації.

Бережіть свої нирки! Бажаю здоров'я!

Олена НАЙДЬОНОВА,
к. мед. н., доцент кафедри
загальної практики

ВУГРОВА ХВОРОБА

Акне (вугрова хвороба) сьогодні залишається однією з найбільш актуальних проблем не лише дерматології, але і в цілому медицини та входить до десятки найбільш розповсюджених захворювань у світі. Це хронічне запальне захворювання шкіри, яке характеризується появою комедонів (відкритих — «чорні вугрі», закритих — «білі вугрі»), запальних папул, пустул, вузлів на шкірі обличчя, шиї, тулуба.

Як правило, акне починається в підліткову віці і часто без лікування триває до 25–30-річного віку, а може траплятися і у дітей, і у дорослих. Вугрова хвороба значно погіршує всі аспекти якості життя пацієнтів, чинить негативний фізичний, психологічний вплив, суттєво підвищує частоту депресій, тривожності, низької самооцінки, особливо у підлітків. За відсутності лікування рубцювання від акне на обличчі виникає певною мірою до 95 % випадків, причому рубці можуть розвиватися досить швидко (протягом 12 тижнів).

Причиною розвитку вугрової хвороби є поєднання впливу генетичних факторів і шкідливих чинників зовнішнього середовища. Унаслідок впливу статевих гормонів посилюється продукція шкірного сала та порушуються процеси кератинізації у волосяних фолікулах, що призводить до закупорювання сальних залоз, активізації бактерій *Cutibacterium acnes* (у нормі присутні на шкірі) та виникнення запалення. Тобто активізується власна мікрофлора шкіри, а різні інфекційні агенти зовнішнього середовища не мають впливу на розвиток захворювання, тому у більшості випадків проводити бактеріологічний посів і визначати чутливість до антибіотиків немає потреби. Хоча звернути увагу, що кліщі роду *Demodex* також не мають ніякого впливу на розвиток вугрової хвороби.



Основними факторами зовнішнього середовища, які сприяють розвитку акне, є стрес, як психологічний, так і місцевий (тертя шкіри, агресивні косметологічні процедури), застосування комедогенної косметики (тональні, зволожуючі креми, пудри тощо), вживання великої кількості продуктів з високим глікемічним індексом (шоколад, солодкі напої), прийом деяких лікарських засобів (високі дози вітамінів В6, В12, глюкокортикоїдів, андрогени, прогестини, протитуберкульозні препарати, препарати йоду), спортивне харчування (протеїни та ін.), тютюнопаління, порушення сну (що сьогодні внаслідок повітряних тривог стало дуже актуальним), різноманітні полутанти повітря (тверді частинки, пил, хімічні речовини, метали, вихлопні гази, сигаретний дим), ультрафіолетове опромінювання (сонячні промені часто помилково розглядаються як фактор, який покращує перебіг акне).

Лікування акне передбачає застосування як місцевої (топічні рети-

ноїди, антибіотики, антисепетики та їхні комбінації, топічні антиандрогени), так і системної терапії (антибактеріальні препарати, системні ретиноїди, антиандрогени, комплексні оральні контрацептиви). Сьогодні у лікаря є всі необхідні інструменти, які дозволяють ефективно лікувати акне й запобігати розвитку рецидивів та ускладнень.

Основними помилками в лікуванні акне є призначення агресивних косметологічних процедур, механічних чисток (це призводить до загострення вугрової хвороби, появи глибоких запальних елементів та підвищення ризику утворення рубців), застосування агресивних засобів догляду за шкірою й часте миття, прийом вітамінів краси, ігнорування проблеми тяжкого акне, яке потребує негайного призначення системної терапії.

При перших проявах акне необхідна консультація дерматолога. Сьогодні, на жаль, більшість пацієнтів або займається самолікуванням (поради з мережі інтернет), або звертаються до косметолога, який не має медичної освіти, що часто призводить до появи тяжких форм акне.

Вугрова хвороба є хронічним запальним захворюванням шкіри, і хоча неможливо повністю усунути причини захворювання, раннє та ефективне лікування, правильний догляд, призначення правильної протирецидивної терапії допомагає у більшості випадків отримати чудові результати лікування і запобігти розвиткові ускладнень.

Олег НІТОЧКО,
к. мед. н., доцент кафедри
дерматології та венерології

Редактор випуску І. В. Барвіненко
Відповідальні секретарі
А. В. Попов, Р. В. Мерешко
Засновник і видавець — Одеський
національний медичний
університет

Адреса редакції:
65082, Одеса, вул. Софіївська, 2. Тел. 723-29-63.
Свідоцтво про реєстрацію: ОД № 685 від 29 березня 2001 р.
Підписано до друку 26.04.2024. Тираж: 300. Замовлення 2689.
Надруковано у видавництві Одеського національного
медичного університету, 65082, Одеса, вул. Софіївська, 2. Тел. 723-29-63.