

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

97 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
вищого державного навчального закладу України
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

15, 17, 22 лютого 2016 року

Чернівці – 2016

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Івашук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний
університет, 2016



Проведений аналіз результатів лікування 30 хворих, що знаходились на стаціонарному лікуванні у III хірургічному відділенні Чернівецького обласного клінічного онкологічного диспансеру впродовж 2012-2013 року з місцево поширеним плоскоклітинним раком слизових оболонок рота і ротоглотки з застосуванням інтерферону на етапі променевої терапії. У всіх хворих діагноз був підтверджений гістологічно. Хворі були розподілені на 2 групи: тільки променева терапія і променева терапія з інтерфероном.

Нами узагальнені результати лікування 30 хворих на місцево поширений (T3-4N1-2M0) плоскоклітинний рак слизових оболонок рота і ротоглотки (18 чоловіків і 12 жінок віком від 45 до 75 років). Всі пацієнти отримували комбіноване та комплексне лікування. На першому етапі проводили хіміотерапію. На другому етапі – курс гамма-опромінення на ділянки первинного осередку та регіонарних лімфатичних колекторів (сумарна доза опромінення 60–70 Гр). Пацієнтів розподілено на 2 групи. Пацієнти контрольної (першої) групи (17 осіб) не отримували інтерферон. Пацієнти досліджуваної (другої) групи (13 осіб) під час ПТ отримували ін'єкції інтерферону (IFN) у дозі 3 млн од. 1 раз на день тричі на тиждень, 12 ін'єкцій на курс. Ефект від проведеного лікування оцінювали після вшухання явищ променевого мукозиту (у середньому через 3 тижні) згідно критеріїв ВОЗ і на основі фізикального, ультразвукового обстеження, магнітнорезонансної, комп'ютерної томографії. Вираженість небажаних явищ (мукозиту, лейкопенії, грипоподібного синдрому) оцінювали згідно оцінки загальних критеріїв небажаних явищ.

У контрольній групі у 7 пацієнтів ефект від лікування оцінено як стабілізацію (зменшення пухлини становило не більше 25%), у 8 – часткова відповідь, й у 1 – повна відповідь, також у 1 пацієнта відзначено прогресію захворювання. У досліджуваній групі стабілізацію пухлинного процесу відзначено у 2 пацієнтів, у 7 – часткова відповідь, ще у 4 пацієнтів відзначено повну відповідь (табл. 1).

Вираженість променевого мукозиту у пацієнтів обох груп суттєво не відрізнялась і не перевищувала 2 ступеня. Лейкопенію I ступеня відзначено у 12 пацієнтів I групи і у 9 пацієнтів II групи, лейкопенія II ступеню – відповідно у 4 і 3 пацієнтів. У 12 з 13 пацієнтів групи інтерферону відзначено грипоподібний синдром з підвищенням температури тіла до субфебрильних і фебрильних цифр після перших 2–3 ін'єкцій препарату. При II ступені вираженості хворі потребували призначення нестероїдних протизапальних засобів. Зазначені небажані явища не призвели до призупинення чи переривання лікування.

Проведене хворим комплексне протипухлинне хіміопроменеве лікування з застосуванням інтерферону є ефективнішим у порівнянні з використанням хімію та променевої терапії, як самостійних методів лікування. Застосування інтерферону на етапі променевої терапії дозволяє покращити безпосередні результати лікування у пацієнтів з місцево поширеним плоскоклітинним раком слизових оболонок рота і ротоглотки.

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів відповідно до отриманого ефекту від лікування

Етапи	I група (тільки променева терапія)		II група (променева терапія+ інтерферон)	
	Абсолютні числа	%	Абсолютні числа	%
Стабілізація	7	41	2	15
Часткова відповідь	8	47	7	54
Повна відповідь	1	6	4	31
Прогресія	1	6	0	0
Всього	17	100	13	100

Вираженість небажаних явищ (у тому числі й грипоподібного синдрому у пацієнтів II групи) не перевищувала 2 ступеня і не перешкоджала лікуванню в обох групах.

СЕКЦІЯ 15 АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ШКІРНО-ВЕНЕРИЧНИХ, ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ ТА ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Баланюк І.В.

ОСОБЛИВОСТІ БІОЦЕНОЗУ ТОВСТОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ

*Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Сьогодні епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Україні характеризується зростанням показників захворюваності та смертності від СНІДу. Досі ми залишаємося лідерами в Європі за темпами розповсюдження ВІЛ-інфекції.

Під нашим спостереженням перебувало 152 хворих на ВІЛ-інфекцію віком від 21 до 46 років. Серед обстежених було 37 (24,3%) хворих I клінічної стадії, 70 (46,1%) – II, 28 (18,4%) – III, 17 (11,2%) – IV клінічної стадії.

Дослідження показало, що дисбіоз проявлявся клінічно помірними порушеннями функцій травного каналу: періодичними болями в животі, (2-3 рази на добу), рідкими випорожненнями (від 2 до 5 разів на добу) або закрепам (тривалістю 3-4 доби), метеоризмом, нудотою. Частота практично кожного зазначеного

клінічного симптому наростала з поглибленням імунodefіциту.

У хворих на ВІЛ-інфекцію виявлені порушення мікробіоценозу товстої кишки зі зниженням облігатної мікрофлори, зміною її якісного складу, розмноженням УПМ. При I стадії ВІЛ-інфекції представники УПМ не вирізнялися достовірно частішим виділенням, порівняно зі здоровими особами. При II клінічній стадії ВІЛ-інфекції виявили статистично достовірну патологічну колонізацію товстої кишки УПМ. У цих хворих виявляли наявність епідермального стафілокока, знаходили *S. aureus*, а також гриби роду *Candida* перевищували фізіологічний показник у 2-4 рази.

У пацієнтів цієї групи, як правило, знаходили ще й *Citrobacter*, *Proteus spp.* При III клінічній стадії ВІЛ-інфекції виявили достовірне збільшення кількості УПМ. Порівняно з контролем, частіше виявляли *Citrobacter*, *Proteus* і *Pseudomonas spp.*

Важливо, що при III-VI клінічних стадіях ВІЛ-інфекції частота виділення представників УПМ була вищою, ніж при I-II стадіях, і в більшості випадків достовірно відрізнялася від показника у здорових осіб.

Оцінили динаміку мікрофлори при дисбіозі різних ступенів: особи, які перебували у II-IV клінічних стадій ВІЛ-інфекції, дисбіоз I ступеня реєструвався не частіше, ніж у здорових людей.

Глибший дисбіоз товстої кишки II-IV ступенів виявляли у більшості хворих. Декомпенсований дисбіоз III-IV ступенів встановлено у 57% при III і в 76,5% – при IV клінічній стадії ВІЛ-інфекції.

Варто звернути увагу на те, що тільки 34,9% пацієнтів зверталося за консультацією у зв'язку з дисфункцією кишечника, в решти лише активне обстеження дало змогу виявити дисбіотичні зміни.

Отже такі зміни свідчать про сильну пряму кореляцію глибини дисбіозу з прогресуванням ВІЛ-інфекції, що відображають її клінічні стадії.

Богачик Н.А., Сидорчук А.С., Венгловська Я.В., Сорохан В.Д.

ВИКОРИСТАННЯ ЛАКТОКЕНУ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ ЗМІН КИШКОВОЇ МІКРОФЛОРИ У ХВОРИХ З ГОСТРИМИ КИШКОВИМИ ІНФЕКЦІЯМИ

*Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

В останній час терапія гострих кишкових інфекцій потребує корекції змін кишкової мікрофлори за допомогою сучасних пробіотиків в комбінації з пребіотиками. Одним із таких препаратів є лактокен.

Проаналізовано особливості клінічного перебігу гострих кишкових інфекцій (харчових токсикоінфекцій, шигельозу, сальмонельозу) в залежності від етіологічного агента з урахуванням результатів загальноклінічних, лабораторних і бактеріологічних досліджень у 37 хворих на базі інфекційного стаціонару Обласної клінічної лікарні м. Чернівці (Північна Буковина, регіон Західної України). Відповідно вивчали ефективність лікування з включенням лактокену на клінічний перебіг хвороби і зміни мікробіоценозу товстої кишки. Ідентифікацію виділених чистих культур мікроорганізмів здійснювали за морфологічними, тинкторіальними, культуральними, біохімічними, серологічними властивостями (антигенною структурою) та основними ознаками патогенності.

При вивченні зміни мікробіоценозу товстої кишки виявлено зниження кількості лактобактерій, біфідобактерій, загальної кількості *E.coli*. Вміст лактобактерій < 10⁶ КУО/г фекалій спостерігався у половини хворих, а у решти, переважно у хворих на харчові токсикоінфекції, наближались до норми – 10⁷ КУО/г (норма > 10⁶ КУО/г); популяційний рівень біфідобактерій був < 10⁷ КУО/г у 8 пацієнтів, а у 15 хворих наближався до норми (> 10⁷ КУО/г). Виявлено також зниження загальної кількості *E.coli* < 10⁶ КУО/г у трьох осіб.

Усі хворі отримували базисну терапію (регідраційна терапія у вигляді інфузійного введення розчинів «Трисіль», реосорбілакт, розчин Рінгера, орально (регідрон), ентеросорбенти (ентеросгель), ферментні препарати, спазмолітики, антибактеріальні препарати (ніфуроксазид, норфлоксацин), а тринадцятьом хворим додатково призначали лактокен по 2 капсули 3 рази на день за 30 хвилин до вживання їжі.

У всіх обстежених хворих в розпал хвороби виявлені зміни інтегративних показників ендогенної: підвищення лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ) – 2,09±0,26, індексу зсуву лейкоцитів крові (ІЗЛК) – 3,46±0,32, гематологічного показника інтоксикації (ГПІ) – 4,02±0,37. З покращенням загального стану хворих, зникненням явищ інтоксикації у реконвалесцентів інтегративні показники ендогенної інтоксикації нормалізувалися. Водночас у 12 пацієнтів, що перебували виключно на стандартній терапії, вищенаведені розрахункові показники залишалися дещо підвищеними навіть у періоді реконвалесценції. Останній факт можна пояснити детоксикуючою функцією представників нормальної мікрофлори, які входять до складу лактокену зокрема.

Відзначено, що у хворих, які отримували лактокен, раніше зникали симптоми інтоксикації: лихоманка, загальна кволість. Аналіз клінічних проявів з боку шлунково-кишкового тракту виявив більш виражений ефект, отриманий при використанні лактокену, що проявилось більш швидкою нормалізацією випорожнень (купіруванням поліфекалії, діареї), регресією метеоризму, зникненням болю в животі. У хворих які отримували лактокен, раніше зникали симптоми інтоксикації і спостерігалась більш швидка нормалізація випорожнень (в середньому на 1,5 дні) порівняно з контрольною групою.

Таким чином, корекція інтестинальної мікробіоти за допомогою лактокену (комбінованого пребіотика і пробіотика) є можливою та ефективною компонентою в складі комплексного лікування гострих кишкових