

**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



інфекційних захворювань у дорослих, зокрема сальмонельозу, харчових токсикоінфекцій, викликаних цитробактером, протеем, патогенним стафілококом, шигельозу.

Бойко А.В.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ОСІБ ЛІТНЬОГО І СТАРЕЧОГО ВІКУ

*Кафедра фтизіатрії та пульмонології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Ефективність лікування туберкульозу залежить від цілого ряду медико-соціальних чинників, серед яких є і вік хворого. Лікування туберкульозу в осіб літнього віку має певні особливості внаслідок зниження реактивності організму, наявності супутньої патології з боку інших органів та систем, гіршою переносимістю протитуберкульозних препаратів тощо. Проте, урахування при правильно побудованому комплексному лікуванні у багатьох хворих на туберкульоз похилого віку можна досягти не тільки симптоматичного, а й місцевого лікувального ефекту, абацилювання та стійкоговилікування.

Своєрідність патогенезу та клініки туберкульозу в літньому і старечому віці визначає результати лікування таких хворих.

В осіб літнього віку спостерігається сповільнення репаративних процесів в організмі, тому загоєння деструкцій та розсмоктування специфічних змін у легеневій тканині є більш тривалим. Наявність супутніх соматичних захворювань підвищує частоту побічних реакцій на протитуберкульозні препарати у літніх пацієнтів порівняно з особами молодого та середнього віку.

У силу вищевказаних причин нерідко у хворих старечого віку розвивається резистентність мікобактерій туберкульозу до антимікобактеріальних препаратів, що ще більше ускладнює процес лікування, оскільки хіміорезистентні форми туберкульозу вимагають застосування важчих у плані переносимості схем етіотропної терапії. Ці обставини спонукають строго індивідуалізувати методику хіміотерапії у хворих похилого віку, використовуючи найменш токсичні антибактеріальні препарати, аналоги основних засобів, інтермітуючі курси їх застосування та ін.

Окрім того літній вік хворого значно обмежує можливість застосування оперативного лікування туберкульозу.

Тому вагому роль у підвищенні ефективності лікування має застосування патогенетичної терапії, з метою покращення обмінних процесів, підвищення активності нервової системи, поліпшення функціонування органів дихання і кровопостачання.

Таким чином, туберкульоз в літньому і старечому віці – актуальна проблема сучасної фтизіатрії і геріатрії, важлива в клінічному, терапевтичному, епідеміологічному та соціально-економічному відношенні, яка потребує індивідуалізації підходу до хворих та залучення потужної патогенетичної терапії.

Возна Х.І.

ПОКАЗНИКИ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ РИТМУ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ/СНІД

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

Упродовж останніх двох десятиліть встановлені суттєві взаємозв'язки між змінами стану вегетативної нервової системи (ВНС) і смертністю від багатьох серцево-судинних захворювань. Експериментальні підтвердження взаємозв'язку між ризиком розвитку летальних аритмій та ознаками підвищеної симпатичної чи зниженої вагусної активності стимулювали розвиток досліджень кількісних показників вегетативної активності. Варіабельність серцевого ритму (ВСР) є одним з найбільш розроблених та інформативних методів, параметри якого розглядаються як інтегральні показники функціонального стану серцево-судинної системи та організму в цілому.

Часовий аналіз ВСР у ВІЛ-інфікованих пацієнтів показав статистично достовірне зниження середніх величин усіх досліджуваних показників ($p < 0,03$). Варто зазначити, що поглиблення імунодефіциту супроводжувалося більш вираженими функціональними змінами вегетативної регуляції. Всі досліджувані часові параметри ВСР II групи пацієнтів статистично достовірно відрізнялись від відповідних показників здорових людей ($p < 0,02$) та I групи хворих ($p < 0,03$). Аналіз спектральних показників ВСР засвідчив вірогідне зниження, порівняно зі здоровими людьми, показників загальної потужності вегетативної регуляції (TP) ($p < 0,04$), потужності як низькочастотних коливань (LF) ($p < 0,03$), так і високочастотних хвиль (HF) ($p < 0,02$). Водночас зафіксовано вегетативний дисбаланс у бік розвитку відносної симпатикотонії за рахунок статистично достовірного підвищення частки симпатичних (LFnorm) ($p < 0,05$) та зниження параметру частки вагусних впливів (HFnorm) ($p < 0,05$) у загальному спектрі вегетативної регуляції і, відповідно, тенденції до підвищення індексу симпато-парасимпатичного балансу (LF/HF) ($p = 0,0515$). Що ж до показника параметру гуморальних впливів (VLF), то також спостерігається тенденція до його зниження ($p = 0,0869$) серед ВІЛ-позитивних осіб порівняно з групою контролю. VLF складова спектру є чутливим індикатором управління метаболічними процесами та вказує на енергодефіцитний стан. Більш виражена вегетативна дисфункція виявлена у пацієнтів II групи. Так, у ВІЛ-інфікованих осіб з III-IV клінічною стадією хвороби показник загальної потужності спектру ($p < 0,03$), параметри потужності симпатичної ($p < 0,02$) та парасимпатичної модуляції ($p < 0,02$) виявилися значно



нижчими, ніж у групи контролю. Вегетативний дисбаланс у бік симпатикотонії також виявився значнішим за рахунок достовірно вищого показника відносної частки симпатичних ($p < 0,04$) та нижчої частки параметру парасимпатичних впливів ($p < 0,04$) в загальному спектрі вегетативної регуляції.

Отже, такі зміни свідчать про підвищений ступінь ризику розвитку несприятливих серцево-судинних подій у ВІЛ-інфікованих осіб, адже вказує на послаблення активності парасимпатичного відділу ВНС і зниження “захисту” серця від виникнення життєво небезпечних аритмій.

Волошина Н.О., Денисенко О.І.

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ПРО- ТА ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ У ХВОРИХ НА ВУГРИ ЗВИЧАЙНІ У ПРОЦЕСІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ

*Кафедра дерматовенерології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Вугри звичайні (акне) – представляють актуальну проблему сучасної дерматології, зважаючи на їх поширеність, тривалий хронічний перебіг, локалізацію висипки на відкритих ділянках шкіри, що виявляє негативний вплив на психоемоційний стан пацієнтів, їх працездатність та якість життя в цілому. Згідно сучасних досліджень, розвитку вугрової хвороби сприяють генетична схильність, розлади нейроендокринної та імунної регуляції, обмінні порушення тощо. Важливого значення у розвитку акне на сучасному етапі відводять хронічні фокальні інфекції, яка є причиною вторинного імунодефіцитного стану та хронізації запальних процесів у шкірі. Водночас встановлено, що вірогідними показниками тяжкості патологічних процесів в організмі хворих є рівень медіаторів запалення – цитокінів, які є регуляторами міжклітинної взаємодії, реалізації імунної відповіді тощо, через що їх можна використовувати в якості критеріїв лікування, у тому числі захворювань шкіри.

Метою роботи було визначити динаміку показників про- та протизапальних цитокінів у хворих на вугри звичайні у процесі комплексного лікування із застосуванням антивірусного та імуномодулюючого препаратів.

Під спостереженням перебували 40 хворих на вугри звичайні, віком від 20 до 26 років, з них 23 – жіночої та 17 – чоловічої статі. У 20 осіб діагностовано акне середньої тяжкості та в 20 осіб – вугри звичайні із тяжким клінічним перебігом. Давність дерматозу коливалася в межах від 2 до 5 років. У всіх обстежених пацієнтів до початку лікування встановлено наявність супутньої інфекції вірусів простого герпесу I та II типу. У хворих на вугри звичайні досліджували рівень у сироватці крові про- і протизапальних цитокінів: туморнекротичного фактора α (TNF- α), інтерлейкіну 1 β (IL-1 β), інтерлейкіну – 4 (IL-4) та інтерферону γ (INF- γ), визначення яких проводили методом твердофазового імуноферментного аналізу за інструкцією виробника. Статистичний аналіз результатів дослідження проведено методами статистичного аналізу, різницю показників вважали вірогідною при значеннях $p < 0,05$. Групу контролю склали 20 практично здорових осіб подібного віку.

Перед початком лікування у хворих на вугри звичайні встановлено вірогідне підвищення в сироватці крові вмісту прозапального цитокіну TNF- α , рівень якого у пацієнтів з акне середньої тяжкості був вищим відносно показника осіб контрольної групи в 2,3 раза (відповідно: $92,1 \pm 6,54$ пк/мл та $38,6 \pm 3,42$ пк/мл, $p < 0,001$). У пацієнтів із тяжкими проявами акне (індуративні, конглобатні вугри) рівень TNF- α ($124,4 \pm 7,26$ пк/мл) був підвищеним як порівняно з аналогічним показником осіб контрольної групи, так і показником хворих на акне середньої тяжкості (збільшення відповідно в 3,2 раза та на 35,1%, $p < 0,001$). Подібні зміни виявлено і по відношенню до прозапального цитокіну IL-1 β , рівень якого у хворих на акне середньої тяжкості був вищим відносно показника контрольної групи в 1,9 раза (відповідно: $69,4 \pm 4,82$ пк/мл та $35,7 \pm 3,24$ пк/мл, $p < 0,001$), а у пацієнтів із тяжкими проявами дерматозу його рівень ($109,1 \pm 5,42$ пк/мл) був підвищеним як порівняно з показником осіб контрольної групи, так і показником хворих на середньотяжкі акне (збільшення відповідно в 3,1 та 1,6 раза, $p < 0,001$). Водночас у хворих на вугри звичайні виявлено лише тенденцію ($p > 0,05$) до підвищення порівняно із показниками осіб контрольної групи вмісту в сироватці крові IL-4 – при середній тяжкості акне – на 18,5%, при тяжкій формі дерматозу – на 26,8% (у хворих на акне середньої тяжкості – $32,3 \pm 3,12$ пк/мл; у хворих на тяжкі акне – $34,3 \pm 3,54$ пк/мл; в осіб контрольної групи – $26,8 \pm 2,56$ пк/мл), а також INF- γ – відповідно на 29,8% та 39% (у хворих на акне середньої тяжкості – $24,6 \pm 2,43$ пк/мл; у хворих на тяжкі акне – $27,1 \pm 3,68$ пк/мл; в осіб контрольної групи – $19,2 \pm 2,25$ пк/мл).

У процесі лікування хворі на вугри звичайні були розподілені на дві групи, яким застосовували різні методи лікування: хворим групи порівняння (20 осіб, з них 10 осіб із середньотяжким та 10 осіб – тяжким клінічним перебігом акне) призначали стандартне лікування дерматозу, а пацієнтам основної групи (20 осіб, з них 10 – із середньотяжким та 10 – із тяжким клінічним перебігом акне) призначали комплексну терапію із застосуванням противірусного препарату з імуномодулювальними властивостями – інозину пранобеке (“Гропрінозин”) упродовж 20 днів (при середній тяжкості акне) та 28 днів (при тяжких формах акне), а також додатково (з 21-го дня) імуномодулюючий засіб тималін (по 10 мг внутрішньом'язово, 7-12 ін'єкцій залежно від ступеня тяжкості дерматозу).

За даними досліджень, у хворих на акне основної групи наприкінці комплексної терапії встановлено вірогідну ($p < 0,05$) позитивну динаміку вмісту в сироватці крові прозапальних цитокінів TNF- α та IL-1 β як у пацієнтів із середньотяжким (зменшення відповідно на 28,1% і 25,6%), так і тяжким клінічним перебігом дерматозу (зменшення відповідно на 28,2% і 33,7%) за менш виразної тенденції до нормалізації рівнів



досліджуваних цитокінів у пацієнтів групи порівняння – вірогідне ($p < 0,05$) зменшення ТНФ- α лише у хворих на тяжкі форми акне (на 20,7%) та ІЛ-1 β у пацієнтів із середньотяжким та тяжким клінічним перебігом дерматозу (зменшення відповідно на 20,6% і 29,6%) зі збереженням вірогідної різниці з показниками осіб контрольної групи. Наприкінці комплексного лікування у пацієнтів основної групи констатовано вірогідне ($p < 0,05$) підвищення рівня протизапального цитокіну інтерферону- γ (на 46,7%) за лише тенденції ($p > 0,05$) до підвищення рівня інтерлейкіну-4 (на 26,0%), а у хворих на акне групи порівняння ці показники мали лише тенденцію до підвищення без вірогідної різниці з їх початковими рівнями.

Таким чином, застосування хворим на вугри звичайні на тлі супутньої герпесвірусної інфекції комплексної терапії із призначенням протівірусного препарату з імуномодулювальними властивостями інозину пранобексу та імунотропного засобу тималіну зумовлює вірогідну позитивну динаміку вмісту в сироватці крові прозапальних (ТНФ- α , ІЛ-1 β) та протизапального (ІЛ-4) цитокінів.

Гасвська М.Ю., Перепічка М.П.

КЛІНІЧНІ РЕЗУЛЬТАТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ПРОБІОТИКА

Кафедра дерматовенерології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Псоріаз – це поширене хронічне захворювання шкіри, яке у структурі дерматологічної патології складає від 7% до 9%. Особливостями клініки дерматозу на сучасному етапі є часто рецидивуючий перебіг та зростання кількості хворих із формуванням резистентності до засобів базової терапії дерматозу, що є причиною зниження дієздатності та соціальної активності пацієнтів. Все це визначає важливу медичну й соціальну значимість псоріазу та потребує удосконалення способів лікування даного дерматозу.

Відомо, що псоріаз – це дерматоз із поліфакторним патогенезом, у його розвитку й перебігу важливе значення має генетична детермінованість, розлади нейроендокринної й імунної регуляції, метаболічні порушення, а також дисбаланс кишкового біоценозу.

Метою дослідження було підвищити ефективність лікування хворих на псоріаз шляхом застосування в їх комплексній терапії лікарського засобу, який нормалізує показники біоценозу порожнини товстої кишки.

Під спостереженням перебували 48 хворих на псоріаз, з них 28 чоловіків та 20 жінок, віком від 22 до 63 років із тривалістю дерматозу від 5 до 22 років. Для оцінки клінічних проявів псоріазу та аналізу ефективності різних методів лікування дерматозу у пацієнтів визначали індекс ураження шкіри й тяжкості псоріатичного процесу – PASI за загальноприйнятою методикою.

Статистичну обробку даних досліджень проводили на персональному комп'ютері із застосуванням програми Excel, використовували критерій Стюдента (t), за вірогідну вважали різницю середніх при $p < 0,05$.

Серед 48 обстежених хворих на псоріаз у більшості (у 38 осіб – 84,4%) діагностовано звичайний (вульгарний) псоріаз, у 7 (15,6%) осіб – сксудативну форму дерматозу. У всіх пацієнтів патологічний процес на шкірі мав поширений характер, у 41 (91,1%) хворого діагностовано прогресуючу стадію псоріазу, у 4 (8,9%) осіб – стаціонарну. Середнє значення індексу PASI в обстежених хворих на псоріаз до початку їх лікування склало $24,1 \pm 0,74$.

У значній кількості (у 38 осіб – 72,1%) хворих на псоріаз при обстеженні у гастроентеролога було виявлено супутні, часто комбіновані, захворювання з боку органів травлення, у тому числі кишкового тракту із проявами різного ступеня дисбіозу вмісту порожнини товстої кишки, які переважно мали латентний чи субклінічний перебіг.

У процесі лікування хворі на псоріаз були розподілені на дві співставні за віком, статтю і клінічними проявами дерматозу групи: I (порівняльна) – 23 особи, яким призначали стандартну терапію псоріазу, II (основна) група – 25 осіб, яким призначали комплексне лікування із додатковим застосуванням пробіотика “Ентерожерміна” згідно інструкції до препарату. Препарат “Ентерожерміна” – це суспензія спор *Bacillus clausii*, які звичайно присутні в кишечнику та не виявляють патогенної активності. Завдяки дії *Bacillus clausii* препарат відновлює кишкову мікрофлору, змінену в результаті лікування лікарськими засобами, які призводять до дисбактеріозу. Крім того, завдяки здатності *Bacillus clausii* синтезувати різні вітаміни, особливо групи B, препарат сприяє корекції дисвітамінозу. Завдяки метаболічній активності *Bacillus clausii* застосування препарату дозволяє досягти неспецифічного антигенного та антиоксидантного ефекту. Слід відзначити, що всі пацієнти основної групи застосування препарату “Ентерожерміна” перенесли добре, без розвитку ускладнень чи побічних реакцій.

Таким чином, аналіз результатів лікування засвідчив, що застосування у комплексному лікуванні псоріазу пробіотика “Ентерожерміна” сприяє прискоренню регресу еритематозних та інфільтративних проявів у ділянці висипки на шкірі з вірогідним зменшенням у хворих основної групи наприкінці лікування індексу PASI порівняно з його початковим значенням на 73,7%, у той час як у пацієнтів, які отримали лише засоби базової терапії, індекс PASI зменшився на 58,3%, що дозволяє рекомендувати застосування пробіотика “Ентерожерміна” у комплексній терапії псоріазу.



Голяр О.І.

ІМУННА РЕАКТИВНІСТЬ ОРГАНІЗМУ ТА ВІДПОВІДЬ НЕЙТРОФІЛІВ ПЕРИФЕРІЙНОЇ КРОВІ ХВОРИХ НА КИШКОВІ ІНФЕКЦІЇ

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Нейтрофільні лейкоцити першими надходять до вогнища інтервенції бактерій – збудників запалення. Вони постійно перебувають у пристінковому шарі плазми крові і здатні у будь-який момент залишити капіляри і перейти до осередку локалізації збудника запального процесу.

Вагомість цієї популяції імунокомпетентних клітин була підставою для вивчення реактивної відповіді нейтрофільних поліморфноядерних лейкоцитів периферійної крові у хворих на харчову токсикоінфекцію (сальмонельоз).

Реактивну відповідь нейтрофільних лейкоцитів хворих на харчову токсикоінфекцію (сальмонельоз) оцінювали за такими гематологічними показниками: за індексом реактивної відповіді нейтрофілів; нейтрофільно-лімфоцитарним коефіцієнтом, індексом зсуву нейтрофілів і лейкоцитів, лімфоцитарно – гранулоцитарним індексом, індексом співвідношення нейтрофілів і моноцитів індексом співвідношення значень абсолютної кількості лейкоцитів і ШЗЕ, індексом нейтрофільної реактивності, за лімфоцитарним і лейкоцитарним індексом.

У хворих на сальмонельоз індекс реактивної відповіді нейтрофільних лейкоцитів при поступленні на госпіталізацію зростає у 2,64 рази, нейтрофільно-лімфоцитарний коефіцієнт – на 84,40%, індекс зсуву нейтрофілів – у 2,15 рази, лейкоцитів – у 2,08 рази, індекс співвідношення нейтрофілів і моноцитів – у 3,68 рази, індекс співвідношення лейкоцитів і ШЗЕ – у 20,52 разів, лейкоцитарного індексу – у 4,03 рази.

Клінічне значення зростання індексу реактивної відповіді нейтрофілів полягає в тому, що інтервенція сальмонели здійснена і активно формуються і здійснюються механізми вродженого (адаптивного) імунітету за рахунок активації процесів розпізнання патогеном і включення механізмів захисної і секреторної активності поліморфноядерних нейтрофільних лейкоцитів.

У практично здорових осіб індекс зсуву лейкоцитів і нейтрофілів периферійної крові становить $1,73 \pm 0,04$ у.о. і не залежить від загальної абсолютної кількості лейкоцитів у периферійній крові. Підвищення індексів зсуву лейкоцитів і нейтрофілів свідчать про активний запальний процес в організмі хворих на сальмонельоз і про порушення імунологічної реактивності. Його збільшення пов'язане із зниженням відносної кількості еозинофілів і підвищенням відносної кількості паличкоядерних і сегментоядерних нейтрофільних лейкоцитів. Зростання індексу співвідношення нейтрофілів і моноцитів підтверджує відповідний рівень (III ступінь імунних порушень) формування і розвиток запального процесу.

Підтвердженням прогресуючого розвитку і перебігу сальмонельозу є зниження у 2,02 рази лімфоцитарно-гранулоцитарного індексу за рахунок суттєвого зростання гранулоцитів, лімфоцитарного індексу на 80,0%.

Перераховані вище зміни показників, що характеризують стан факторів і механізмів реактивної відповіді нейтрофільних лейкоцитів периферійної крові підтверджують про суттєву (II ступінь імунних порушень) активацію неспецифічної реактивності імунокомпетентних клітин, що беруть участь у природженому (неспецифічному імунітеті), що характеризує першу лінію захисту від генетично чужорідних живих тіл (мікроорганізмів), речовин, клітин, тощо.

Зростання індексу імунної реактивності в 2,09 рази засвідчує про активацію специфічної імунної відповіді, яка на день госпіталізації (повна маніфестація хвороби) уже формується, або продовжує розвиток її, але фактори і механізми не специфічного протиінфекційного захисту своєю ефективністю на цей період захворювання значно, на 58,62%, знижують свою активність вже переважає специфічна імунна відповідь – появляються специфічні імунглобуліни основних класів і клон специфічних реактивних Т СД 8 лімфоцитів.

Гулей Л.О.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ АЛЕРГІЧНИХ ДЕРМАТОЗІВ У ХВОРИХ ІЗ СУПУТНИМИ ДИФУЗНИМИ УРАЖЕННЯМИ ПЕЧІНКИ НЕВІРУСНОГО ПОХОДЖЕННЯ

Кафедра дерматовенерології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

За даними ВООЗ, алергічні дерматози на сьогоднішній день займають 3-є місце за поширеністю серед захворювань шкіри. Відомо, що в різних регіонах України поширеність алергічних захворювань шкіри складає від 20 до 40%, причому за останні 5 років в Україні спостерігається тенденція до збільшення кількості пацієнтів із алергодерматозами. У дитячому віці алергодерматози посідають перше місце, на їх частку припадає 50-66% усіх форм алергічних захворювань, серед яких переважає atopічний дерматит.

Алергодерматози є гетерогенною групою захворювань шкіри, провідне значення у патогенезі яких відводять алергічним реакціям негайного або уповільненого типу. Зважаючи на розмаїття факторів, що сприяють розвитку алергодерматозів (погіршення екологічної ситуації; обтяжена спадковість; постійний контакт із побутовими хімічними речовинами, збільшення кількості трофалергенів, консервантів; неконтрольоване вживання ліків; наявність гельмінтозів тощо), перш ніж призначити лікування, необхідно