

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



МАТЕРІАЛИ

96 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

16, 18, 23 лютого 2015 року

Чернівці – 2015

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2015. – 352 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 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. Іващук 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.

чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.

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 978-966-697-588-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2015



терапію: дезінтоксикаційно-регидраційну, ентеросорбенти, ферментні та антибактеріальні препарати (ніфуроксазид, норфлоксацин), а 15 хворим другої групи, окрім традиційної терапії, призначали Ентерол-250 по 1 капсулі 2 рази на день упродовж 5 діб.

Ефективність застосування пробіотики оцінювали за клінічними та мікробіологічними критеріями. У хворих, які отримували Ентерол-250, швидше регресували явища загальної інтоксикації і диспепсичні прояви кишкових недуг. При повторному дослідженні мікрофлори товстої кишки констатовано збільшення популяційного рівня лактобактерій – кількість сягала рівня 10^6 КУО/г.

Захворювання на харчові токсикоінфекції та гастроінтестинальний сальмонельоз супроводжується діарейним та інтоксикаційним синдромами, а також істотними змінами кишкового нормобіоценозу, що вимагає корекції. Застосування Ентеролу-250 у комплексній терапії є ефективним і доцільним із клінічної та мікробіологічної позицій, зважаючи на антидіарейну і вториннодетоксикуючу дію, та здатність нормалізувати нормобіоценоз кишечника.

Височанська Т.П.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ПІДХОДУ ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВУЛЬГАРНИЙ ТА АРТРОПАТИЧНИЙ ПСОРИАЗ У РІЗНИХ ФІЗИКО-ГЕОГРАФІЧНИХ РАЙОНАХ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Кафедра дерматовенерології

Буковинський державний медичний університет

На псоріаз страждає від 2 до 4 % населення світу, а в Україні на сьогодні зареєстровано понад 1 млн. таких хворих. Актуальність вивчення псоріазу обумовлює характер його клінічного перебігу – поширене ураження шкіряного покриву переважно працездатного населення, розвиток множинних ускладнень, у т.ч. ураження опорно-рухового апарату, що обґрунтовує актуальність наукових досліджень щодо покращення лікування даного дерматозу.

Метою роботи було покращити результати лікування хворих на вульгарний та артропатичний псоріаз із різних ландшафтних регіонів Чернівецької області шляхом диференційованого призначення лікарських засобів на основі визначених у біосубстратах хворих елементних порушень.

Проаналізовано захворюваність на псоріаз у мешканців різних фізико-географічних (рівнинних, передгірних, гірських) районів Чернівецької області за останні 3 роки (2011-2013 рр.). Засвідчено, що серед рівнинних районів найбільш високі показники поширеності псоріазу з тенденцією до зростання у Хотинському, Кіцманському і Новоселицькому районах, а в передгірних – у Герцаївському та Сторожинецькому районах. Найнижчі показники поширеності псоріазу відзначено серед мешканців гірських районів області – Вижицького і Путильського, однак за тенденції до зростання абсолютної кількості хворих на псоріаз у цих районах за останні 3 роки.

Проведено клініко-лабораторне обстеження 86 хворих на псоріаз (51 чоловік, 35 жінок) 18 - 82 років, з них 37 пацієнтів з артропатичною формою дерматозу, які проживають на території різних фізико-географічних територій Чернівецької області (Північної Буковини): 24 (27,9%) хворих – у рівнинних, 39 (45,3%) – у передгірних і 23 (26,8%) – у гірських районах області. У всіх обстежених дерматоз мав хронічний перебіг і тривав від 6 місяців до 35 років.

У взятих на облік пацієнтів для оцінки клінічних проявів псоріазу та ефективності різних методів його терапії було вираховано індекс – PASI, середнє значення якого на початку лікування у хворих на вульгарний псоріаз склав $22,7 \pm 0,612$, на артропатичний – $29,4 \pm 0,523$. Відповідно у рівнинних районах індекс PASI склав $26,6 \pm 0,913$; у передгірних – $21,5 \pm 0,87$; у гірських – $28,2 \pm 0,867$ та з проявами оніходистрофії. Було визначено вміст окремих макро- й мікроелементів (заліза, цинку, кальцію, марганцю) у біосубстратах (крові, волоссі, нігтях) методом спектрофотометричного аналізу у хворих на вульгарний та артропатичний псоріаз. Встановлено, що у хворих на вульгарний та артропатичний псоріаз – мешканців рівнинних регіонів вірогідно знижений порівняно з особами контрольної групи вміст у крові заліза (на 26,1%, $p < 0,01$), у волоссі – цинку (на 23,9%, $p < 0,001$), у нігтях – заліза, цинку й марганцю (відповідно: на 17,9%, $p < 0,01$, 12,5%, $p < 0,05$ та у 1,78 рази, $p < 0,001$). У хворих на псоріаз із передгірних регіонів вірогідно знижений вміст у крові кальцію (на 28,1%, $p < 0,05$), а у нігтях – заліза та марганцю (відповідно: на 27,3% та 36,5%, $p < 0,001$). У хворих на псоріаз із гірських регіонів, особливо з артропатичною формою, вірогідно знижений вміст у крові кальцію (в 2,01 рази, $p < 0,001$), у нігтях – цинку та заліза (відповідно: на 32,8% та 33,6%, $p < 0,001$).

У процесі лікування хворих на вульгарний та артропатичний псоріаз із різних регіонів поділили на групи: порівняльні, які отримували засоби базової терапії псоріазу згідно Наказу МОЗ України №312, та основні групи, хворі яких отримали комплексне лікування – базову та елементну терапію. Хворим на псоріаз основної групи з рівнинного регіону призначали Феррум лек, а через місяць (зважаючи на дефіцит у волоссі й нігтях цинку і заліза, а у нігтях – марганцю) – Цинктерал і Тотему впродовж 1 місяця, після чого встановлено вірогідне ($p < 0,05$) збільшення у волоссі вмісту цинку (на 21,0%; до лікування – $142,3 \pm 5,81$ мг/кг, після лікування – $180,1 \pm 5,16$ мг/кг), а в нігтях – марганцю (на 23,4%; відповідно: $0,781 \pm 0,058$ мг/кг і $1,02 \pm 0,068$ мг/кг) і заліза (на 23,3%; відповідно: $24,7 \pm 1,48$ мг/кг і $32,2 \pm 1,61$ мг/кг) за лише тенденції до зростання вмісту заліза в нігтях хворих порівняльної групи. До базового лікування хворих на вульгарний і артропатичний псоріаз основної групи з передгірного регіону включали Кальцій-Д3 нікомед форте, а через місяць (через дефіцит у нігтях марганцю і заліза) – Тотему впродовж 1 місяця, внаслідок чого через 6-7 місяців у цих пацієнтів



встановлено вірогідне ($p < 0,05$) зростання в нігтях вмісту марганцю (на 40,9%; до лікування – $0,821 \pm 0,063$ мг/кг, після лікування – $1,39 \pm 0,054$ мг/кг) без вірогідної його динаміки у хворих порівняльної групи. Хворі на вульгарний та артропатичний псоріаз основної групи з гірського регіону на тлі базового лікування отримали Кальцій-Д3 нікомед форте, а через місяць – Цинктерал, Феррум лек і Кальцій-Д3 нікомед форте впродовж 1 місяця. Через 6-7 місяців після лікування у хворих на псоріаз порівняльної групи виявлено зменшення у волоссі вмісту заліза й цинку, в той час як у хворих основної групи – вірогідне ($p < 0,05$) порівняно з показниками наприкінці лікування зростання в крові вмісту кальцію (на 25,8%; відповідно: $3,25 \pm 0,127$ мг/кг і $4,38 \pm 0,168$ мг/кг) і заліза (на 14,8%; відповідно: $42,1 \pm 1,36$ мг/кг і $49,4 \pm 1,59$ мг/кг), а в нігтях – збільшення порівняно з початковим рівнем вмісту заліза (на 25,9%; $24,8 \pm 1,72$ мг/кг і $33,5 \pm 1,28$ мг/кг) і цинку (на 21,7%; $177,3 \pm 4,85$ мг/кг і $226,4 \pm 8,07$ мг/кг). Покращилися найближчі (збільшення кількості хворих, виписаних в стані клінічної ремісії чи значного покращання; зменшення індексу PASI в основних групах) та віддалені наслідки лікування хворих на псоріаз (подовження тривалості ремісії дерматозу в 1,58; 1,48 та 1,56 рази, зменшення кількості загострень в році в 1,49; 1,71 та 1,52 рази).

Отже, з метою оптимізації лікування та профілактики псоріазу, в тому числі артропатичного, у мешканців різних фізико-географічних районів рекомендовано на тлі базової терапії диференційоване й поетапне призначення лікарських засобів із вмістом цинку, заліза, марганцю і кальцію, що сприяє нормалізації чи тенденції до нормалізації елементного складу біосубстратів таких пацієнтів та покращує результати їх лікування.

Возна Х.І., Меленко С.Р.

РОЛЬ ЕНДОТЕЛІУ У ПАТОГЕНЕЗІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології

Буковинський державний медичний університет

За рейтинговою оцінкою UNODS Україна посідає 22 місце серед 123 країн світу за кількістю людей, що живуть з ВІЛ. Щодня в Україні офіційно реєструються 52 нових випадки інфікування, а вісім людей помирають через СНІД. Останнім часом особливу увагу науковців привертає роль ендотелію у патогенезі ВІЛ-інфекції. На місцевому рівні ендотелію утворює стінку гемокapілярів – синусоїдів, які забезпечують обмін між кров'ю і тканинами, у ширшому розумінні ендотеліальна вистилка судин організму розглядається як самостійний активний орган, що забезпечує гомеостаз судинної стінки і є важливим бар'єром на шляху поширення та розвитку інфекції. Молекули, які експресуються ендотелієм та є маркерами його активації і пошкодження, існують в розчинних формах у кровоносному руслі. Їх можна ідентифікувати якісно та кількісно лабораторними методами. Зокрема, високочутливими тестами є визначення в периферичній крові вмісту ендотеліну та оксиду азоту.

На сьогодні підтверджена участь судинного ендотелію в різних патологічних процесах, що призводять до ішемічно-гіпоксичних, мікроциркуляторних порушень: зміна секретії оксиду азоту та ендотеліну-1, зміна ендотелію залежних механізмів вазорегуляції, активація окислювальних процесів, гемореологічні порушення, активація тромбоцитарної ланки гемостазу, ініціація проліферативних процесів гладком'язових клітин судин, пошкодження ендотеліоцитів. У зв'язку з цим набуває великого значення подальше вивчення тонких механізмів судинного патогенезу різноманітної інфекційної патології.

Метою дослідження стало вивчення вмісту зазначених маркерів ендотеліальної дисфункції у крові хворих на ВІЛ-інфекцію, їх змін залежно від клінічної стадії недуги та під впливом різних методів лікування.

На підставі дослідження маркерів ендотеліальної дисфункції на фоні ВІЛ-інфікування обстежили 136 хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД. Встановлено, що по мірі прогресування імунодефіциту рівень ендотеліну-1 суттєво перевищує, а оксиду азоту – достовірно нижчий, ніж показники здорових осіб. Щоправда, стосовно останнього показника, така закономірність не стосується осіб у I клінічній стадії ВІЛ-інфекції, коли концентрація оксиду азоту достовірно перевищує норму. У разі глибокого імунодефіциту (III й IV клінічні стадії ВІЛ-інфекції/СНІДу) вказані маркери досягають відповідно критично високих і низьких значень.

У результаті досліджень встановлено сильну обернену кореляцію між кількістю Т-хелперів і рівнем ендотеліну-1, а між кількістю CD4⁺-лімфоцитів і концентрацією оксиду азоту при II-IV клінічній стадії ВІЛ-інфекції – середню пряму. Через 3 місяці симптоматичної чи антиретровірусної терапії жоден із досліджуваних маркерів ендотеліальної дисфункції суттєво не змінився ($p > 0,05$), що вказує на відсутність впливу зазначеного лікування на стан ендотелію. Таким чином, включення до терапії молсидоміну, не впливаючи суттєво на рівень ендотеліну-1, забезпечувало часткове підвищення рівня оксиду азоту, донатором якого є цей препарат.

Волошина Н.О., Денисенко О.І.

ПОКАЗНИКИ ПРО- ТА ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ У ХВОРИХ НА ВУЛЬГАРНІ ВУГРИ РІЗНОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ

Кафедра дерматовенерології

Буковинський державний медичний університет

Вугри звичайні (акне вульгарні) – поліфакторний дерматоз, в основі якого лежить утворення перифолікулярного запалення сально-волоссяних фолікулів на тлі гіперпродукції салових залоз, патологічної десквамації епітелію себаційних фолікулів та активації сапрофітних й умовно патогенних мікроорганізмів. Розвитку дерматозу сприяють генетична схильність, розлади нейроендокринної регуляції, метаболічні



порушення, а також зміни імунологічної реактивності організму пацієнтів. Згідно сучасних досліджень, важливими показниками ступеня тяжкості патологічних процесів та ефективності їх лікування є рівень медіаторів запалення – цитокінів, які є регуляторами міжклітинної взаємодії, реалізації імунної відповіді тощо.

Мета роботи – визначити у хворих на вугри вульгарні показники про- та протизапальних цитокінів залежно від тяжкості клінічних проявів дерматозу.

Під спостереженням перебували 40 хворих на вульгарні вугри, віком від 20 до 26 років, з них 23 – особи жіночої та 17 – чоловічої статі. У 20 осіб діагностовано акне середньої тяжкості та ще у 20 осіб – вульгарні вугри із тяжким клінічним перебігом. Давність дерматозу в обстежених пацієнтів коливалася в межах від 2 до 5 років. Групу контролю склали 20 практично здорових осіб подібного віку. У хворих на вульгарні вугри досліджували рівень у сироватці крові про- і протизапальних цитокінів: туморнекротичного фактора α (ТНФ- α), інтерлейкіну 1 β (ІЛ-1 β), інтерлейкіну – 4 (ІЛ-4) та інтерферону γ (ІНФ- γ), визначення яких проводили за допомогою специфічних реактивів фірми Bender MedSystems GmbH (Австрія) методом твердофазового імуноферментного аналізу за інструкцією виробника. Статистичний аналіз результатів дослідження проведено методами статистичного аналізу, різницю показників вважали вірогідною при значеннях $p < 0,05$.

Внаслідок проведених досліджень у хворих на вульгарні вугри перед початком лікування встановлено вірогідне підвищення в сироватці крові вмісту прозапального цитокіну ТНФ- α , рівень якого у пацієнтів з акне середньої тяжкості був вищим відносно показника осіб контрольної групи в 2,3 рази (у хворих на акне – $92,1 \pm 6,54$ пк/мл; в осіб контрольної групи – $38,6 \pm 3,42$ пк/мл, $p < 0,001$). Водночас у пацієнтів із тяжкими проявами акне (індуративні, конглобатні вугри) рівень ТНФ- 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 рази та на 35,1%, $p < 0,001$). Аналогічні зміни встановлено і стосовно прозапального цитокіну ІЛ-1 β , рівень якого у хворих на акне середньої тяжкості був вищим відносно показника контрольної групи в 1,9 рази (у хворих на акне – $69,4 \pm 4,82$ пк/мл; в осіб контрольної групи – $35,7 \pm 3,24$ пк/мл, $p < 0,001$), а у пацієнтів із тяжкими проявами акне його рівень ($109,1 \pm 5,42$) був підвищеним як порівняно з аналогічним показником осіб контрольної групи, так і показником хворих на середньотяжкі акне (збільшення відповідно в 3,1 та 1,6 рази, $p < 0,001$).

Водночас визначення у хворих на вульгарні вугри протизапальних цитокінів виявило лише тенденцію ($p > 0,05$) до підвищення порівняно із показниками осіб контрольної групи вмісту в сироватці крові ІЛ-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 ІНФ- 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).

Отже, згідно з результатами досліджень, у хворих на вульгарні вугри має місце дисбаланс про- й протизапальних цитокінів – значне переважання рівнів прозапальних цитокінів синергічної дії – ТНФ- α та ІЛ-1 β на тлі лише тенденції до підвищення протизапальних цитокінів – ІЛ-4 та ІНФ- γ , які перебувають у залежності зі ступенем тяжкості дерматозу.

Гаєвська М.Ю.

ВПЛИВ ЗАСОБІВ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОЇ ТА АНТИОКСИДАНТНОЇ ДІЇ НА ПЕРЕБІГ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ПСОРИАЗУ

Кафедра дерматовенерології

Буковинський державний медичний університет

Псоріаз – поширений у світі дерматоз, яким хворіють до 5% населення світу. Тривалий хронічний перебіг з частими рецидивами, які супроводжуються втратою хворими працездатності та їх соціальної активності, визначають важливе медичне та соціальне значення псоріазу.

Метою роботи було покращити результати лікування хворих на псоріаз шляхом комбінованого та поетапного застосування в їх комплексній терапії гепатопротекторних та антиоксидантних засобів.

Спостерігали 39 хворих на псоріаз, з них 29 чоловіків та 10 жінок віком від 28 до 65 років з тривалістю дерматозу 25 років. У всіх пацієнтів патологічний процес на шкірі мав поширений характер, у більшості (у 34) хворих діагностовано прогресуючу стадію псоріазу, у 15 осіб – стаціонарну. Середнє значення індексу PASI (індекс ураження шкіри й тяжкості псоріатичного процесу) у обстежених хворих на початку лікування склало $24,1 \pm 0,71$. У більшості 31 хворого на псоріаз виявлено супутні, захворювання з боку гепатобіліарної системи чи кишкового тракту. Результати визначення у хворих на псоріаз показників оксидантної й антиоксидантної систем крові показали, що у хворих на псоріаз є вірогідні зміни оксидантно-антиоксидантного гомеостазу.

У процесі лікування хворі на псоріаз були розподілені на 2 групи: 19 пацієнтів (порівняльна група) – отримали засоби базової терапії дерматозу, іншим 20 хворим (основна група), зважаючи на наявні захворювання гепатобіліарної зони та виявлені у хворих зміни оксидантно-антиоксидантного гомеостазу, у комплексній терапії дерматозу поетапно призначали гепатопротекторні засоби – тіотриазолін (2,5% розчин по 2 мл внутрішньом'язово впродовж 10 днів) і глутаргін (по 0,5 г тричі на добу впродовж 15 днів), які також володіють й антиоксидантною дією. Паралельно хворим призначали комбінований препарат оксилік із вмістом вітамінів А, Е і С, які володіють антиоксидантними властивостями (по 1 капсулі на добу впродовж 20 діб).

Аналіз динаміки клінічних проявів дерматозу засвідчив, що у хворих на псоріаз основної групи уже на 4-5-й день зменшилося відчуття свербіжності, покращився сон, на 6-9-й день зменшилися ознаки гіперемії та



інфільтрації в ділянці папул. За даними клінічних спостережень, у хворих на псоріаз основної групи уже на 3-4-й день зменшилося відчуття свербіжності, покращився сон, на 5-8-й день зменшилися ознаки гіперемії та інфільтрації в ділянці папул. Наприкінці лікування відзначено зменшення показника індексу PASI у хворих на псоріаз обох груп, однак більш істотне його зменшення встановлено у пацієнтів основної групи (на 74,1%; у пацієнтів порівняльної групи – на 61,4%). Водночас у 14 з 19 хворих основної групи відзначено подовження (у середньому до 7-8 місяців) тривалості стану клінічної ремісії дерматозу (у групі порівняння – у 6 з 18 пацієнтів).

Таким чином, поетапне та комбіноване застосування у комплексному лікуванні хворих на псоріаз гепатопротекторних та антиоксидантних препаратів сприяє покращанню результатів лікування пацієнтів та подовжує термін клінічної ремісії псоріазу.

Герман А.О.

ПОКАЗНИКИ ДЕЯКИХ ІНТЕРЛЕЙКІНІВ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

Кафедра фізіотрії та пульмонології

Буковинський державний медичний університет

Цитокінова мережа контролює процеси імунної та запальної реактивності. Однією з найважливіших функцій системи цитокінів (ЦК) є забезпечення узгодженої дії імунної, ендокринної та нервової системи організму у відповідь на стресову реакцію. У зв'язку із зазначеним виникає необхідність аналізу якісного і кількісного складу ЦК при туберкульозі легень (ТБЛ), який може відображати ступінь вираженості локального і системного характеру запалення, особливості регуляції і кооперації залежно від варіанту функціональної активності шитоподібної залози (ЩЗ) та їх роль у формуванні системних проявів й прогресуванні захворювання.

Мета дослідження полягала у вивченні цитокінової дизрегуляції при вперше діагностованому туберкульозі легень залежно від функціонального стану шитоподібної залози.

Вивчали рівні інтерлейкінів (ІЛ) ІЛ-6, ІЛ-10, ІЛ-18 у сироватці крові практично здорових осіб (ПЗО) – 20 осіб та хворих на ТБЛ, які були розподілені у 2 клінічно-патогенетичні групи залежно від функціонального стану ЩЗ. Група ІА (33 особи) – з нормальною функцією ЩЗ та ІБ (22 особи) – пацієнти з порушенням тиреоїдного гомеостазу на тлі високого вмісту вільного трийодтироніну та низьких значень вільного тироксину. Середній вік склав $36,2 \pm 1,5$ року.

В усіх групах обстежуваних хворих із ТБЛ відмічено підвищення рівня ІЛ порівняно з ПЗО та залежно від клінічно-патогенетичного варіанту перебігу недуги. Рівень ІЛ-6 зростав у підгр.ІА та ІБ відносно показників ПЗО (у 9,96 рази, $p < 0,05$ та 5,59 рази, $p < 0,05$). Так, рівень ІЛ-10 у підгр.ІА та ІБ зростав відносно ПЗО у 2,77 та 2,02 рази ($p < 0,05$). Рівень ІЛ-18 у підгр.ІА був вищим за показник ПЗО у 2,7 рази ($p < 0,05$), у підгр.ІБ у 1,18 рази ($p < 0,05$), що свідчить про активацію клітинного імунітету у даних пацієнтів.

Отже, при вперше діагностованому туберкульозі легень зі збереженою секрецією ЩЗ визначається вірогідне зростання рівня як прозапальних цитокінів (ІЛ-6, ІЛ-18), що є компенсаторною реакцією моноцитарно-макрофагальної ланки як на активатори запалення, так і протизапальних цитокінів (ІЛ-10), коефіцієнт балансу зрушений у бік прозапальної активності. При туберкульозі легень з порушенням тиреоїдного гомеостазу визначається зростання рівня як прозапальних, так і протизапальних цитокінів, хоча їх рівень є вірогідно нижчим ніж у групах зі збереженою тиреоїдною активністю.

Голяр О.І., Москалюк В.Д., Возна Х.І., Кривецька С.С., Рудан І.В. РЕАКТИВНА ВІДПОВІДЬ НЕЙТРОФІЛІВ ПЕРИФЕРІЙНОЇ КРОВІ І ЗАГАЛЬНА ІМУННА РЕАКТИВНІСТЬ ОРГАНІЗМУ ХВОРИХ НА САЛЬМОНЕЛЬОЗ

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології

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.