

**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



мультифакторного генезу, що характеризується підвищеною проліферативною активністю кератиноцитів. Важливу роль у патогенезі псоріазу відіграють нейроендокринні, імунні, обмінні розлади, захворювання органів травлення тощо. Окрім шкіри у 8-15% хворих на псоріаз уражаються суглоби, насамперед – дрібні суглоби кистів і ступнів. Артропатичний псоріаз може стати причиною інвалідності хворих, що визначає актуальність удосконалення методів лікування даної категорії пацієнтів.

Мета роботи – покращити результати лікування хворих на артропатичний псоріаз шляхом поєднаного застосування в їх комплексній терапії засобів із гепатопротекторною та антиоксидантною дією з урахуванням динаміки показників оксидантно-антиоксидантного гомеостазу пацієнтів.

Під спостереженням перебували 39 хворих на артропатичний псоріаз, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в КМУ “Чернівецький обласний шкірно-венерологічний диспансер”. Діагноз артропатичного псоріазу хворим виставляли на підставі клінічних, лабораторних і рентгенологічних даних, а також консультації суміжних фахівців – рентгенолога й ревматолога. Серед хворих на артропатичний псоріаз переважали особи чоловічої статі (32 особи – 82,1%), меншу частку (7 осіб – 17,9%) склали особи жіночої статі. Більше половини (23 особи – 59,0%) пацієнтів проживають у сільській місцевості Чернівецької області, решта (16 осіб – 41,0%) – в умовах міста. Артропатичний псоріаз частіше реєстрували в осіб старшого дієздатного віку (41-60 років), які склали 56,4%, а також середнього працездатного віку (31-40 років) – 25,6%, рідше артропатичний псоріаз діагностували серед осіб молодого працездатного віку (21-30 років) – 10,3% та осіб пенсійного віку (старших 61 року), які склали 7,7%. За даними анамнезу, третина (14 осіб – 35,9%) хворих на артропатичний псоріаз у минулому отримували лікування з приводу захворювань шлунково-кишкового тракту (гастродуоденіт, холецистит, панкреатит, коліт тощо).

У хворих на артропатичний псоріаз визначали показники оксидантної системи крові: вміст малонового альдегіду (МА) в еритроцитах і молекул середньої маси (МСМ) – у сироватці крові, а також чинники антиоксидантного захисту: вміст відновленого глутатіону (ВГ) і каталази (КА) в гемолізаті крові та вміст церулоплазміну (ЦП) у сироватці крові за відомими методиками. Групу контролю склали 18 практично здорових осіб (донорів) подібного віку.

Перед початком лікування у хворих на артропатичний псоріаз встановлено вірогідне порівняно з показниками осіб контрольної групи збільшення в еритроцитах рівня МА та в сироватці крові – МСМ (відповідно: на 48,3% та 11,3%; $p < 0,001$), що є свідченням активації процесів вільнорадикального окиснення ліпідів із проявами ендогенної інтоксикації. Водночас у цих пацієнтів виявлено зменшення у сироватці крові рівня ЦП, а в гемолізаті крові – ВГ (відповідно: на 26,4% та в 2,1 рази, $p < 0,001$), що вказує на зниження активності антиоксидантних чинників та обґрунтовує доцільність призначення в комплексній терапії хворих на артропатичний псоріаз засобів антиоксидантної дії.

У процесі лікування 20 хворим на артропатичний псоріаз (порівняльна група) призначали базове лікування дерматозу згідно Наказу МОЗ України №312. У комплексній терапії інших 19 хворих (основна група) на тлі базової терапії призначали тіотриазолін (2,5% розчин по 2 мл внутрішньом'язово через день №10) та антраль (по 1 табл. 0,2 г тричі на добу 2-3 тижні) – лікарські засоби гепатопротекторної групи, які також інгібують процеси перекисного окиснення ліпідів та підвищують активність факторів антиоксидантного захисту організму. Цим же хворим призначали аевіт – комплекс вітамінів А і Е (по 1 капс. на добу 3-4 тижні) та аскоцин – лікарський засіб із вмістом аскорбінової кислоти й цинку (по 1 табл. на добу 20 днів), які виявляють антиоксидантну дію, регулюють репаративні процеси в організмі.

Аналіз результатів лікування засвідчив, що поєднане застосування у комплексній терапії артропатичного псоріазу гепатопротекторних та антиоксидантних засобів сприяє прискоренню регресу еритематозних та інфільтративних проявів у ділянці висипки на шкірі з вірогідним зменшенням (на 73,6%) порівняно з початковим значенням індексу ураження шкіри і тяжкості псоріатичного процесу PASI, в той час як у пацієнтів, які отримали лише засоби базової терапії, індекс PASI зменшився лише на 57,3%.

Визначення показників про- й антиоксидантної систем крові у хворих на артропатичний псоріаз, які отримали засоби базової терапії, виявило лише вірогідне зростання вмісту в сироватці крові церулоплазміну (на 12,8%, $p < 0,05$) за тенденції до зниження ВГ (на 16,9%, $p < 0,05$). Водночас у хворих основної групи, яким у комплексній терапії призначали антиоксидантні засоби та гепатопротекторні препарати із антиоксидантною дією, встановлено вірогідне зменшення в еритроцитах рівня МА (на 14,1%, $p < 0,05$) і в сироватці крові – вмісту МСМ (на 6,3%, $p < 0,05$), а також зростання рівня ЦП в сироватці крові (та 26,8%, $p < 0,01$) та підвищення вмісту ВГ в еритроцитах (на 31,5%, $p < 0,01$) з наближенням до аналогічних показників осіб контрольної групи.

Таким чином, поєднане застосування у комплексній терапії артропатичного псоріазу лікарських засобів із гепатопротекторною й антиоксидантною дією – антралю, тіотриазоліну, аевіту й аскоцину покращує клінічні результати лікування дерматозу, а також сприяє нормалізації показників оксидантно-антиоксидантного гомеостазу пацієнтів.

Денисенко О.І., Писаренко Н.Ю., Суховерська О.Б.

ЗАСТОСУВАННЯ ЕМОЛІЄНТІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОЇ ЕКЗЕМИ

Кафедра дерматовенерології

Буковинський державний медичний університет

Екзема – це хронічне рецидивуюче алергічне захворювання шкіри, яке виникає на тлі полівалентної сенсibilізації і проявляється запальними процесами у поверхневих шарах шкіри з виникненням поширеної



симетричної поліморфної висипки з інтенсивним свербіжем. Екзема виникає гостро, однак згодом набуває рис хронічного дерматозу зі схильністю до рецидивів. Згідно сучасних досліджень, екзема – це поліетіологічний дерматоз, який розвивається внаслідок складного комплексу екзо- та ендогенних чинників. Дебют та рецидиви екземи найчастіше виникають після контакту з хімічними чинниками (миючі, дезінфікуючі й паливно-мастильні речовини, косметичні та зовнішні лікарські засоби тощо), проникненню яких в шкіру сприяє ксероз – сухість шкіри, яка притаманна хворим на хронічну екзему. У зв'язку з цим застосування ефективних зволожуючих засобів (емолієнтів), які покращують бар'єрні функції шкіри, є важливою задачею сучасної дерматології в плані попередження розвитку та загострень хронічної екземи.

Мета роботи – покращити результати лікування хворих на хронічну екзему шляхом застосування сучасного зволожуючого засобу – емолієнта.

Під спостереженням перебували 34 хворих на хронічну екзему віком від 27 до 76 років, з них 19 осіб жіночої та 15 – чоловічої статі. У 23 осіб (67,6%) діагностовано хронічну форму істинної екземи, у решти 11 (32,4%) – мікробні форми екземи (варикозна та нумулярна екзема) з тривалістю дерматозу 2-15 років. У більшості 28 (82,4%) хворих патологічний процес локалізувався на шкірі кінцівок з переважним ураженням кистів і ступнів. Клінічно у всіх хворих відзначали прояви гіперемії, інфільтрації, лущення та болючі тріщини, що істотно знижувало працездатність пацієнтів.

У процесі лікування хворі на екзему були розподілені на 2 групи: 18 пацієнтів (порівняльна група) отримали базове лікування дерматозу згідно Наказу МОЗ України №312, іншим 16 хворим (основна група) на тлі базової терапії призначали топічний зволожуючий засіб “Локобейз РІПЕА”, до складу якого входять: вазелін і рідкий парафін, які завдяки оклюзивним властивостям утворюють на поверхні шкіри водонепроникну плівку і зменшують трансепідермальну втрату води; гліцерин, який є гідратантом, що утримує воду в роговому шарі епідермісу, забезпечуючи зволожуючу дію; ліпіди, ідентичні ліпідам шкіри – холестерин, церамід III, олеїнова і пальмітинова кислоти, які поповнюють недостатній вміст ліпідів у шкірі та сприяють відновленню й попередженню подальшого пошкодження бар'єрної функції шкіри, забезпечуючи тривалу (до 24 год.) дію; наночастинки твердого парафіну, які сприяють переносу ліпідів у глибокі шари епідермісу; трометамін, який підтримує слабкокислий рН шкіри, оптимальний для забезпечення антибактеріальної дії шкіри. Слід зазначити, що відповідно до даних сучасних досліджень, які доводять, що для оптимального відновлення епідермального бар'єру повинно бути дотримано фізіологічне співвідношення (у рівних частинах) церамідів, холестерину та жирних кислот, у вмісті Локобейз РІПЕА церамід III, холестерин та жирні кислоти (олеїнова і пальмітинова) знаходяться у рівних співвідношеннях, що забезпечує швидке відновлення ліпідного епідермального бар'єру при нанесенні даного емолієнта на уражену шкіру з проявами ксерозу. Хворим на екзему основної групи у період загострення дерматозу емолієнт комбінували із топічними глюкокортикостероїдами, які наносили на вогнища ураження шкіри зранку, а Локобейз РІПЕА – у другій половині дня впродовж 20-25 днів, після чого рекомендували застосовувати емолієнт і в період ремісії дерматозу за наявності проявів ксерозу.

Ефективність лікування пацієнтів оцінювали за динамікою суб'єктивних та об'єктивних даних перебігу екземи, строками лікування та тривалістю стану клінічної ремісії дерматозу. Водночас у процесі динамічного спостереження слідували за переносимістю пацієнтами застосовуваного їм лікування. Як засвідчили результати клінічних досліджень, у хворих на екзему внаслідок включення у комплексне лікування сучасного топічного зволожуючого засобу “Локобейз РІПЕА” уже на 3-4-й день у вогнищах ураження зменшилися прояви лущення, відчуття свербіжу, а на 5-6-й день відзначено епітелізацію ерозій та тріщин у вогнищах ураження шкіри. В цілому терміни лікування хворих основної групи були на 4-5 днів коротшими порівняно із пацієнтами порівняльної групи, яким застосовували лише базове лікування дерматозу. Водночас у хворих основної групи констатовано подовження тривалості стану клінічної ремісії дерматозу в середньому на 4-6 місяців порівняно осіб групи порівняння, які у період ремісії не застосовували зволожуючі засоби. Слід відзначити хорошу переносимість емолієнту “Локобейз РІПЕА”, до складу якого не входять ароматизатори, консерванти і барвники, що є потужними сенсibilізаторами. Упродовж курсу використання Локобейз РІПЕА будь-яких ускладнень чи побічних реакцій у пацієнтів основної групи помічено не було.

Таким чином, застосування у комплексній терапії хронічної екземи із проявами ксерозу сучасного топічного зволожуючого засобу “Локобейз РІПЕА” сприяє підвищенню ефективності лікування таких пацієнтів – скорочує терміни їх лікування та подовжує тривалість стану клінічної ремісії дерматозу. Даний емолієнт не містить ароматизаторів, консервантів і барвників (сенсibilізаторів), що дозволяє широке застосування Локобейз РІПЕА хворим на алергічні дерматози, у т.ч. на хронічну екзему.

Єременчук І.В.

КОРЕЛЯЦІЙНИЙ АНАЛІЗ ІНТЕГРАЛЬНИХ ІНДЕКСІВ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ ІЗ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНІСТЮ

Кафедра фтизіатрії та пульмонології

Буковинський державний медичний університет

Туберкульоз відноситься до захворювань, які супроводжуються ендогенною інтоксикацією, тобто накопиченням в організмі кінцевих та проміжних продуктів метаболізму при порушеному обміні внаслідок запальної реакції.

Метою роботи була оцінка показників ендогенної інтоксикації у хворих на мультирезистентний туберкульоз легень.