

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



**МАТЕРІАЛИ
95 – ї
підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
(присвячена 70-річчю БДМУ)**

17, 19, 24 лютого 2014 року

Чернівці – 2014

УДК 001:378.12(477.85)
ББК 72:74.58
М 34

Матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2014. – 328 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 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 Андрієць О.А.
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 Польовий В.П.
доктор медичних наук, професор Слободян О.М.
доктор медичних наук, професор Ташук В.К.
доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.
доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.
доктор медичних наук, професор Шаплавський М.В.

ISBN 978-966-697-533-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2014



здійснювали забір венозної крові з ліктьової вени натше в ранковий час. У нормі кількість $CD4^+$ клітин становить від 570 до 1100 у мкл крові; $CD8^+$ клітин – від 450 до 850 у мкл крові, їх імунорегуляторний індекс (ІРІ) ($CD4^+/CD8^+$) – від 1,0 до 1,7.

Дослідження клітинного імунітету при різних клінічних стадіях ВІЛ-інфекції показало, що при I стадії недуги в 5 (27,8 %) з 18 хворих кількість $CD4^+$ клітин залишалася в межах норми, але в більшості вже була підвищена кількість $CD8^+$ клітин, і коефіцієнт $CD4^+/CD8^+$ виявився зниженим у 14 (77,8 %) пацієнтів з 18. При II стадії хвороби в абсолютній більшості пацієнтів була зменшена кількість $CD4^+$ клітин (у 31 із 35) і збільшена кількість $CD8^+$ (у 31 із 35 хворих – 88,6 %). З наростанням імунодефіциту $CD4^+/CD8^+$ (ІРІ) зменшується паралельно з кількістю $CD4^+$ клітин. Так, при III і IV стадіях ВІЛ-інфекції в усіх пацієнтів обидва зазначені показники були критично знижені. При I-II ступені дисбіозу/дисбактеріозу кількість $CD4^+$ клітин та ІРІ були критично знижені відповідно в 9 (81,8 %) з 11 та в 3 (75,0 %) із 4 хворих. II стадія недуги характеризувалася такими ж зіставними змінами $CD4^+$ та ІРІ. Причому III-IV ступінь дисбіозу/дисбактеріозу супроводжувався зниженням числа $CD4^+ < 570$ клітин в 1 мм³ крові та ІРІ відповідно в 9 із 10 (90,0 %) та всіх 5 (100,0 %) пацієнтів. При III стадії ВІЛ-інфекції кожен ступінь дисбіозу/дисбактеріозу неодмінно супроводжувався паралельним зниженням обох досліджуваних показників клітинного імунітету в усіх випадках. Так само в усіх хворих, які перебували в IV стадії ВІЛ-інфекції, кількість $CD4^+$ та рівень ІРІ були нижчі за норму при усіх ступенях дисбіозу/дисбактеріозу. Отже, ступінь дисбіозу/дисбактеріозу кишечника на даному етапі розвитку ВІЛ-інфекції певною мірою впливав на частоту зменшення $CD4^+$ клітин.

Для уточнення зв'язку біоценозу товстої кишки та імунітету зіставили вираженість змін досліджуваних параметрів клітинного імунітету зі ступенем дисбіозу/дисбактеріозу. Встановили, що при I клінічній стадії ВІЛ-інфекції кількість $CD4^+$ клітин становила $637 \pm 88,7$; при II – $377 \pm 69,8$; при III – $165,5 \pm 56,3$ і при IV – $81,4 \pm 23,4$ кл./мм³. Причому біоценоз товстої кишки накладав свій відбиток на рівень $CD4^+$ лімфоцитів. Так, з поглибленням ступеня дисбіозу/дисбактеріозу, попри відсутність статистично достовірних відмінностей, він проявляв чітку тенденцію до зниження: при I стадії недуги – від 808 ± 87 до 539 ± 96 кл./мм³, при II – від 530 до 319 ± 86 кл./мм³, при III – від 181 до 109 кл./мм³ і при IV – від 94 до 54 кл./мм³. Коефіцієнт $CD4^+/CD8^+$ демонстрував подібну динаміку. Зокрема, він також проявляв тенденцію до зниження при наростанні глибини дисбіозу/дисбактеріозу товстої кишки. Так, при I стадії ВІЛ-інфекції ІРІ коливався в межах $0,91 \pm 0,15$ – $0,78 \pm 0,09$, при II – $0,99$ – $0,56 \pm 0,17$, при III – $0,55 \pm 0,15$ – $0,50 \pm 0,16$ і при IV – $0,43$ – $0,28$. Отже, середні значення обох показників клітинного імунітету були знижені при всіх ступенях дисбіозу/дисбактеріозу товстої кишки, але тільки при III-IV клінічній стадії вони достовірно нижчі за норму. Величини обох параметрів клітинного імунітету з поглибленням дисбіозу/дисбактеріозу від 0 до IV ступеня демонструють чітку тенденцію до зниження. Таким чином, встановлено зв'язок між ступенем дисбіозу/дисбактеріозу і вираженістю імунологічних зрушень.

Значне зменшення $CD4^+$ Т-клітин при ВІЛ-інфекції підсилює процес мікробної транслокації. ВІЛ пошкоджує цілісність слизового епітелію, тим самим створюючи умови для розвитку дисбіозу/дисбактеріозу кишечника. Це дає підставу вважати, що дисбіоз/дисбактеріоз товстої кишки і параметри клітинного імунітету є взаємозалежними та взаємозумовленими явищами.

Отже, у хворих на ВІЛ-інфекцію з дисбіозом/дисбактеріозом товстої кишки середні значення $CD4^+$ лімфоцитів та (ІРІ) знижені при всіх ступенях дисбіозу товстої кишки, але тільки при III-IV клінічній стадії ВІЛ-інфекції вони достовірно нижчі за норму (кількість $CD4^+$ клітин < 570 , ІРІ $< 1,0$, $P < 0,05$). Дисбіоз/дисбактеріоз безпосередньо впливає на зазначені параметри клітинного імунітету.

Бессараб М.Ю., Москалюк В.Д.

ДЕЯКІ ПОКАЗНИКИ ГУМОРАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ПАРАГРИП

*Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології
Буковинський державний медичний університет*

Проведена комплексна терапія із включенням лаферобіону у 30 хворих на парагрип, в яких був підтверджений клінічний діагноз імунологічним методом за допомогою парних сироваток.

Першим етапом дослідження було вивчення впливу нової комплексної терапії із включенням лаферобіону на клінічний перебіг парагрипу.

Отримані результати клінічного обстеження хворих на парагрип у процесі лікування засобами комплексної терапії показали високу клінічну ефективність терапевтичної тактики, що включала лаферобіон. Призначення цього препарату уже через 2-3 дні призводило до зменшення маніфестації клінічних симптомів: виявлено поступове зниження температурної кривої в більшості хворих (73,33%): у 17 (56,67%) осіб зареєстрована субфебрильна температура тіла, у 3 (10%) – температура тіла була в межах $38,0$ – $39,0^\circ\text{C}$, у 2 (6,67%) хворих – у межах $36,0$ – $37,0^\circ\text{C}$ – знизилися до нормальної; припинився біль голови в 7 (23,33%) хворих; зменшилось дертя у горлі у 15 (50%) хворих, закладення носа та гіперемія слизових – у 18 (60%) хворих; зникнення симптомів кон'юнктивіту – у 12 (40%) хворих, фарингіту та ларингіту – у 20 (66,67%) хворих. Водночас, у перші дні лікування припинився пальпаторний біль у передніх шийних та підщелепних лімфатичних вузлах у 13 (43,33%) хворих на парагрип.

Традиційне лікування тривало до 7-10 діб залежно від самопочуття. Через цей період всі хворі (30 хворих – 100%) були виписані із стаціонару у задовільному та доброму стані.



Позитивний вплив лаферобіону на перебіг парагрипу, з нашого погляду, залежить від позитивного впливу інтерферону (лаферобіону) на фактори неспецифічного та специфічного імунного протівірусного захисту. Протівірусний ефект лаферобіону пов'язаний з попередженням можливості інфікування нових клітин (епітеліоцитів ротоглотки, кон'юнктиви), а також за рахунок його сприяння до зростання концентрації імуноглобулінів у крові та підсилення клітинної імунної відповіді стосовно уражених вірусом клітин.

Проведені клініко-імунологічні дослідження у хворих на парагрип, яким здійснено комплексне лікування із включенням лаферобіону, показали, що концентрація ІФН- α суттєво ($P < 0,05$) зросла (у 2,3 рази), а також зростала концентрація ІgM – на 59,3%. Останнє є свідченням того, що лаферобіон сприяє покращенню формування первинної гуморальної імунної відповіді на парагрипозну інфекцію. При цьому формується тенденція щодо зростання імуноглобулінів основних класів: ІgG – на 6,4%, ІgA – на 28,0%.

Отже, використання запропонованого нами комплексного лікування парагрипу, яке включає базову терапію та лаферобіон призводить до суттєвого зростання концентрації ІФН- α та ІgM, а також формується тенденція до зростання ІgA та ІgG.

Бойко А.В.

ПРИЧИНИ ЗНИЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ, ПРОФІЛАКТИКА РОЗВИТКУ ВТОРИННОЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ МБТ

Кафедра фтизіатрії та пульмонології

Буковинський державний медичний університет

Проведено аналіз результатів лікування хворих з низькою прихильністю до лікування туберкульозу в умовах Чернівецького обласного протитуберкульозного диспансеру. У всіх хворих був розповсюджений туберкульоз. Серед хворих, які є бактеріовиділювачами (80%), у 25% виявлено хіміорезистентність МБТ. Як правило, стан хворих при вступі був тяжким. Навіть серед хворих на вперше діагностований туберкульоз легень (категорія I) більшість поступали у дуже занедбаному стані із масивним бактеріовиділенням, множинними деструкціями в обох легенях, кахексією, виразними явищами легенево-серцевої недостатності, вираженою туберкульозною інтоксикацією і рядом супутніх захворювань. Попереднє рентгенологічне обстеження легень виконувалося, в кращому випадку, 5-10 років тому. Як правило, після певного клінічного покращання хворі залишали стаціонар або починали зловживати алкоголем і (або) психотропними засобами. Повертало цих хворих до стаціонару лише прогресування туберкульозу, легенева кровотеча, легенево-серцева недостатність. Зазначена картина спостерігалася стосовно практично всіх хворих першої, другої та четвертої категорій. Так, у термін до двох місяців, залишили стаціонар майже 36 %, від 2 до 3 місяців – понад 21%, від 3 до 4 місяців – близько 10%.

Вивчення цього питання показало, що найчастішою причиною припинення лікування була нестача грошей (пошук роботи, відсутність коштів для прожиття, страх втратити роботу) – 43,1%. Це означає, що хворі на туберкульоз, які припиняють лікування, це особи, які відносяться до більш вразливих та соціально-дезадаптованих груп населення (непрацюючі, ті що не мають постійного місця проживання, звільнені в минулому з місць позбавлення волі, зловживали алкоголем). На другому місці серед причин самовільного припинення лікування була велика питома вага хворих, які заперечували своє захворювання (23,0%). В літературі така поведінка хворих пояснюється запереченням свого захворювання із-за стигматизації, страху втратити роботу, страху дискримінації в суспільстві. В цьому випадку основну роль відіграють інформаційна недостатність, дезінформація, з чого і впливає стигматизація осіб, які страждають подібними захворюваннями.

Вивчення факторів, що впливають на відношення до лікування вперше виявленого хворого на туберкульоз, направило на пошук засобів, які б скоротили дострокову виписку пацієнта із стаціонару, та було основою для розробки системи формування інформаційного поля пацієнта. В даній методиці фактором впливу на пацієнта є інформація, яка містить всю логічну модель картини хвороби. Цикл навчання включає 6 занять по 20-25 хвилин кожне, яке проводилося 1 раз на тиждень в умовах Чернівецького обласного протитуберкульозного клінічного диспансеру індивідуально. В структурі занять 70,0% займало вербальне навчання – надання інформації та 30,0% інтерактивне – відповіді на питання пацієнта, анкетування. Лікувальна інформація надавалася вербальним та візуальним засобами (наглядні матеріали, фільми, брошури). На кожному занятті обговорювались питання щодо працевлаштування, бесіди щодо корекції сімейних відношень.

До початку навчання проводиться тестування пацієнта з використанням розробленого діагностичного комплексу для виявлення осіб з підвищеним ризиком відриву від лікування. На основі тестування із 70 осіб із першої групи виділена група із 19 осіб (27,1%) з низькою прихильністю до лікування. З цими пацієнтами проводили додатково індивідуальну роботу у вигляді бесід по 10-15 хвилин з метою закріплення інформації. Програма навчання включає загальні поняття про захворювання та детальне висвітлення питань лікування, правил профілактики, поведінки хворого в стаціонарі та в сім'ї. При зіставленні початкового рівня знань пацієнтів про туберкульоз в середній кількості вірних відповідей на першому етапі між першою та другою групами суттєвих розбіжностей не виявлено. А при кінцевому тестуванні було отримано 93,0% правильних відповідей в першій групі та 54,0% – у другій.

Особи, хворі на туберкульоз легень з асоціальною поведінкою, представляють контингент, який істотно впливає на формування резервуару туберкульозної інфекції а також на розвиток вторинної



стійкості мікобактерій до протитуберкульозних препаратів, оскільки 70,9% пацієнтів не дотримуються навіть основного курсу протитуберкульозної терапії. При дотриманні хоча б основного курсу лікування досягається покращання у 75,0% пацієнтів із числа зазначеного контингенту. «Перерва лікування» на момент завершення основного курсу хіміотерапії у середньому встановлена у 30% хворих на мультирезистентний туберкульоз.

Височанська Т.П.

СТАН ЗАХВОРЮВАНOSTI ТА ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВУЛЬГАРНІЙ ТА АРТРОПАТИЧНИЙ ПСОРИАЗ У РІЗНИХ ЛАНДШАФТНИХ РЕГІОНАХ ПІВНІЧНОЇ БУКОВИНИ

Кафедра дерматовенерології

Буковинський державний медичний університет

Псоріаз – хронічно-рецидивуюче захворювання шкіри, на яке страждає від 2 до 4% населення світу, а в Україні на сьогодні реєструють понад 1 млн. хворих на псоріаз. Актуальність вивчення псоріазу визначає характер його клінічного перебігу – поширене ураження шкіри, розвиток ускладнень, у т.ч. ураження опорно-рухового апарату, що обґрунтовує актуальність наукових досліджень щодо покращення лікування даного дерматозу.

Метою роботи було з'ясувати стан захворюваності та покращити результатів лікування хворих на вульгарний та артропатичний псоріаз із різних ландшафтних регіонів Чернівецької області (Північної Буковини) шляхом диференційованого призначення елементвмісних лікарських засобів на основі визначених у біосубстратах хворих елементних порушень.

Аналіз стану захворюваності на псоріаз у мешканців різних (рівнинних, передгірних, гірських) районів Чернівецької області (згідно їх фізико-географічного районування) за останні 3 роки (2010-2012 рр.) засвідчив, що серед рівнинних районів найбільш високі показники поширеності псоріазу з тенденцією до зростання у 2010-2012 рр. – у Хотинському (відповідно з 539,5 до 567,6 випадків на 100 тис. населення), Кіцманському (з 283,8 до 303,7 – на 100 тис. нас.) і Новоселицькому (з 84,4 до 109,5 – на 100 тис. нас.) районах, а в передгірних – у Герцаївському (з 311,7 до 356,5 випадків на 100 тис. нас.) та Сторожинецькому (з 220,7 до 243,7 – на 100 тис. нас.) 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 (відповідно: у Вижицькому – з 172,7 до 201,2 випадків на 100 тис. нас.; у Путильському – з 226,3 до 240,1 випадків на 100 тис. нас.).

Проведено клініко-лабораторне обстеження 71 хворого на псоріаз (41 чоловік, 30 жінок) віком 18 - 80 років, з них 30 пацієнтів з артропатичною формою дерматозу, які проживають на території різних фізико-географічних ландшафтних регіонів Чернівецької області (Північної Буковини): 23 (32,4%) хворих – у рівнинних, 28 (39,4%) – у передгірних і 21 (29,6%) – у гірських районах області. У всіх обстежених хворих дерматоз мав хронічний перебіг і тривав від 6 місяців до 35 років. У хворих на вульгарний та артропатичний псоріаз було визначено вміст окремих макро- й мікроелементів (заліза, цинку, кальцію, марганцю) у біосубстратах (крові, волоссі, нігтях) методом спектрофотометричного аналізу. Встановлено, що у хворих на вульгарний та артропатичний псоріаз – мешканців рівнинних регіонів вірогідно знижений порівняно з особами контрольної групи вміст у крові заліза (на 25,4%, $p < 0,01$), у волоссі – цинку (на 24,8%, $p < 0,001$), у нігтях – заліза, цинку й марганцю (відповідно: на 19,6%, $p < 0,01$, 11,3%, $p < 0,05$ й у 2,08 рази, $p < 0,001$). У хворих на псоріаз із передгірних регіонів вірогідно знижений вміст у крові кальцію (на 27,8%, $p < 0,05$), а у нігтях – заліза та марганцю (відповідно: на 27,8% та 41,3%, $p < 0,001$). У хворих на псоріаз із гірських регіонів, особливо з артропатичною формою, вірогідно знижений вміст у крові кальцію (в 2,14 рази, $p < 0,001$), у нігтя – цинку та заліза (відповідно: на 36,6% та 34,9%, $p < 0,001$).

У процесі лікування хворі на вульгарний та артропатичний псоріаз із різних регіонів були поділені на наступні 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 вульгарний та артропатичний псоріаз основної групи з рівнинного регіону до складу лікування 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 26,9%; до лікування – 141,1±5,82 мг/кг, після лікування – 179,1±5,18 мг/кг), а в нігтях – марганцю (на 32,7%; відповідно: 0,784±0,062 мг/кг і 1,04±0,071 мг/кг) і заліза (на 22,8%; відповідно: 25,9±1,54 мг/кг і 31,8±1,66 мг/кг) за лише тенденції до зростання вмісту заліза в нігтях хворих порівняльної групи. До базового лікування хворих на вульгарний та 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 6-8 місяців у цих пацієнтів встановлено вірогідне ($p < 0,05$) зростання в нігтях вмісту марганцю (на 67,9%; до лікування – 0,822±0,060 мг/кг, після лікування – 1,38±0,072 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 6-8 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 35,3%; відповідно: 3,23±0,131 мг/кг і 4,37±0,170 мг/кг) і заліза (на 12,4%; відповідно: 43,3±1,49 мг/кг і 49,5±1,74 мг/кг), а в нігтях – збільшення порівняно з початковим рівнем вмісту заліза (на 22,13%; 25,4±1,76 мг/кг і 32,7±1,56 мг/кг) і цинку (на 18,7%; 179,7±5,63 мг/кг і 221,1±9,11 мг/кг).

Таким чином, диференційоване призначення хворим на псоріаз на тлі базової терапії лікарських засобів із вмістом дефіцитних у пацієнтів з різних ландшафтних регіонів есенційних мікро- й мікроелементів (“Цинктерал”, “Феррум-лек”, “Тотема”, “Кальцій-Д3 Нікомед форте”) сприяє нормалізації чи тенденції до нормалізації елементного складу біологічних субстратів таких пацієнтів.

Волошина Н.О.

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ СИСТЕМНОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ВУЛЬГАРНІ ВУГРИ ІЗ СУПУТНЬОЮ ХЕЛІКОБАКТЕРНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ У ПРОЦЕСІ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ

Кафедра дерматовенерології

Буковинський державний медичний університет

Актуальність вульгарних вугрів зумовлена їх значною поширеністю (вульгарні акне реєструють у 80-90% осіб юнацького й молодого дїездатного віку), локалізацією висипки на відкритих ділянках шкіри, хронічний перебіг дерматозу із затяжними рецидивами, збільшення частки хворих із важкими формами акне і розвитком рубцевих змін шкіри, що є причиною погіршення якості життя пацієнтів, зниження їх дїездатності та соціальної активності.

Згідно сучасних досліджень, вульгарні вугри виникають внаслідок комплексної дії екзо- та ендогенних чинників, серед яких істотне значення відводять генетичній детермінованості, дисфункції нейроендокринної регуляції, імунним порушенням тощо. Є окремі повідомлення щодо значення у розвитку й перебігу вугрової хвороби хронічної фокальної інфекції, зокрема *Helicobacter pylori* (H.p.) – збудника гастроудоденальної патології, яка зумовлює вторинний імунодефіцитний стан, прояви інтоксикації тощо.

Метою роботи було розробити та визначити ефективність комплексного методу лікування хворих на вульгарні вугри з наявністю супутньої хелікобактерної інфекції гастроудоденальної локалізації на підставі аналізу динаміки показників системного імунітету.

Під спостереженням перебували 96 хворих на вугри вульгарні (жінок – 54 особи, чоловіків – 42) віком від 16 до 29 років. У більшості (у 71 – 73,9%) обстежених пацієнтів діагностовано середній ступінь тяжкості дерматозу, у 19 (19,8%) хворих – тяжкий перебіг, а у 6 (6,3%) осіб – легка форма акне. Тривалість дерматозу в обстежених хворих коливалася від 1,5 до 5,5 років (у середньому 4,1 роки). При комплексному клініко-лабораторному обстеженні практично у половини (у 44 – 47,92%) обстежених хворих на вугри вульгарні виявлено хелікобактер-асоційовану патологію гастроудоденальної зони. Хворим на вульгарні вугри проводили імунологічне дослідження крові з визначенням показників Т- і В- ланки імунітету (імуноферментним методом із використанням специфічних моноклональних антитіл – CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺, CD28⁺), вмісту імуноглобулінів класів М, G, А та концентрації ЦІК у сироватці крові за відомими методами. Групу контролю склали 20 практично здорових осіб подібного віку. У процесі лікування хворі на вульгарні вугри були поділені на дві групи: основну (44 особи), в яких була виявлена хелікобактер-асоційовану патологію гастроудоденальної зони, та групу порівняння (52 особи) – хворі на акне без гастроудоденальної патології. Порівняльний аналіз показників системного імунітету у хворих на вульгарні вугри основної та порівняльної груп виявив однотипні та вірогідні порівняно з показниками контрольної групи зміни імунограми з проявами вторинного імунодефіцитного стану за Т-клітинною ланкою, проте групі порівняння переважно домінував – перший ступінь імунних порушень, а в основній групі – другий ступінь.

Хворим на вугри вульгарні обох груп призначали базове лікування згідно Наказу МОЗ України № 312 від 08.05.2009 р., яке включало антибактеріальні препарати, пробіотики, препарати цинку, зовнішню – топічні антибактеріальні та протизапальні мазі й креми. Пацієнтам основної групи з наявністю хелікобактерної інфекції гастроудоденальної локалізації призначали антибактеріальні засоби із антихелікобактерною дією (згідно Маастріхтського консенсусу IV, 2011 р.): кларитроміцин (по 500 мг) та амоксицилін (по 1000 мг) двічі на добу на тлі інгібітора протонної помпи пантопрозолу (по 40 мг на добу після їди) впродовж 10 днів при легкому й середньому ступенях тяжкості акне та впродовж 14 днів – у випадку важкого перебігу акне, а також пробіотик «Лактовіт-форте» і препарат цинку (цинкіт), після чого додатково призначали імуностимулюючий засіб «Тималін» по 2 мл внутрішньом'язово через день (8-10 ін'єкцій при легкій і середній та 10-12 ін'єкцій на курс – при важкій формі акне).

Аналіз динаміки імунологічних показників крові у хворих на вульгарні вугри у процесі лікування засвідчив, що у пацієнтів основної групи відбулося вірогідне ($p < 0,05$) збільшення порівняно з початковими значеннями CD3⁺ (на 32,1%; у групі порівняння – на 14,2%), CD4⁺ (на 36,6%; у групі порівняння – на 14,1%) і CD8⁺ (на 15,1%), що в цілому зумовило тенденцію до нормалізації імунорегуляторного індексу – ІРІ (збільшення на 19,1%, $p > 0,05$), а також вірогідне ($p < 0,05$) зростання більшості показників фагоцитарної здатності організму, які характеризують початкові стадії фагоцитозу (ФЧ – на 22,5%), а також завершальні його стадії: НСТ-тесту спонтанного (на 23,1%), НСТ-тесту стимульованого (на 45,5% – з вірогідною