

**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



Гулей Л.О., Перепічка М.П.

## ОЦІНКА КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ДЕРМАТОЗИ ІЗ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ ШЛЯХОМ ЗАСТОСУВАННЯ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНИХ ТА АНТИОКСИДАНТНИХ ЗАСОБІВ

Кафедра дерматовенерології

Буковинський державний медичний університет

За даними сучасних досліджень, хронічні дерматози – це поліетіологічні захворювання шкіри, при яких значну роль відіграють порушення з боку органів травної системи, провідне місце серед яких займають, порушення функції гепатобіліарної системи. Кожний рік у країнах пострадянського простору реєструють від 500 тис. до 1 млн. людей, які страждають на захворювання печінки. В Україні за останні 10 років поширеність хронічних гепатитів та цирозу печінки збільшилася не менше, ніж у 2,5 рази. У зв'язку з цим актуальною задачею сучасної дерматології є визначення патогенетичних чинників хронічних дерматозів, зокрема наявності супутньої патології ГБС, з метою удосконалення їх лікування та профілактики.

Мета дослідження – підвищити ефективність лікування хворих на хронічні дерматози з наявністю супутнього дифузного ураження печінки шляхом застосування комплексного лікування із комбінованим застосуванням засобів гепатопротекторної та антиоксидантної дії. Завданнями досліджень було з'ясувати стан оксидантно-антиоксидантного гомеостазу у хворих на хронічні дерматози з наявністю супутніх дифузних уражень печінки – мешканців Чернівецької області (Північної Буковини); розробити новий патогенетично обґрунтований диференційований метод лікування хронічних дерматозів у пацієнтів з наявністю супутнього дифузного ураження печінки; провести порівняльну оцінку клінічної ефективності стандартного лікування та запропонованого методу комплексної терапії хворих на хронічні дерматози з патологією гепатобіліарної системи; оцінити клінічні результати призначених схем терапії.

Для вирішення поставленої мети обстежено 49 хворих на хронічні дерматози з наявністю супутніх дифузних уражень печінки, що мешкають у Чернівецькій області, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в КМУ «Чернівецький обласний шкірно-венерологічний диспансер» у 2012-2013 рр., у 12 (24,5%) осіб діагностовано алергічні дерматози (алергічний контактний дерматит, екзема), у 23 (46,9%) осіб – еритемо-сквамозні дерматози (псоріаз, червоний плоский лишай, парапсоріаз), у 3 (6,15%) – піодермії, у 3 (6,15%) – шкірні форми дифузних захворювань сполучної тканини (ДЗСТ), у 3 (6,15%) – вульгарна міхурчатка, у 3 (6,15%) – рожеві вугрі, у 1 (2%) – алопеція та у 1 (2%) – еритема мігруюча (шкірні прояви бореліозу). У 32 (65,3%) пацієнтів захворювання шкіри мало хронічний перебіг, у 17 (34,7%) – було діагностовано вперше. Серед контингенту обстежених хворих на хронічні дерматози з наявністю супутнього дифузного ураження печінки було 12 осіб чоловічої та 37 – жіночої статі, вік пацієнтів склав від 22 до 80 років. В умовах міста мешкали 29 (59,2%) обстежених осіб, решта 20 (40,8%) – у сільських населених пунктах області.

До початку обстеження лише 9 із обстежених хворих на хронічні дерматози не знаходилися на обліку в лікаря – гастроентеролога (з приводу захворювань з боку шлунково-кишкового тракту). У процесі обстеження у всіх хворих на хронічні дерматози було виявлено дифузне ураження печінки, а також діагностовано супутні, часто комбіновані, захворювання з боку гепатобіліарної системи чи кишкового тракту (11 – хронічні гепатити змішаної етіології, у 29 – хронічний холецистит, у 20 – хронічний панкреатит, у 7 – хронічний гастродуоденіт, хронічний гастрит – 2, виразкова хвороба – 1, у 3 – кісти печінки, у 5 – жирова інфільтрація печінки).

Всім обстеженим хворим на хронічні дерматози було призначено базове лікування згідно Наказу МОЗ України №312, яке включало препарати гепатопротекторної дії, а саме глутаргін по 0,75 г тричі на добу протягом 15 днів. Однак, враховуючи виявлені у хворих на хронічні дерматози зміни з боку показників про- й антиоксидантної систем крові, було доцільним з'ясувати можливість оптимізації схеми їх лікування за допомогою антиоксидантних засобів. Для цього хворих досліджуваної групи було розподілено на дві групи: основну (25 осіб) та групу порівняння (24 особи). У схему лікування хворих з основної групи було включено, крім базової терапії та глутаргину, гепатопротекторний засіб із антиоксидантною дією «Тіотриазолін» (2,5% розчин по 2 мл внутрішньом'язово щоденно, на курс – 10 ін'єкцій), а також вітамінний препарат «Аевіт» (по 1 драже 2 рази на день упродовж місяця) та аскорбінову кислоту (5% розчин по 2,0 мл внутрішньом'язово, на курс – 10 ін'єкцій) впродовж місяця.

Ефективність лікування хворих на хронічні дерматози з наявністю дифузних змін печінки із застосуванням базової та комбінованої (із комбінованим застосуванням гепатопротекторних та антиоксидантних препаратів «Глутаргін», «Тіотриазолін», «Аевіт», «Аскорбінова кислота») терапії також оцінювали за динамікою клінічних проявів дерматозів (термінів припинення появи свіжої висипки та її периферичного росту, зменшення інтенсивності гіперемії, припинення свербіжу, покращання сну, швидкістю регресу еритематозних, інфільтративних проявів, припинення мокноття, регресу папул, пустул тощо), тривалістю лікування, ступенем зменшення індексу PASI у хворих на псоріаз. Регрес проявів хронічних дерматозів у середньому відбувався на 6-7 днів швидше у пацієнтів основної групи, ніж у групи порівняння, що дало можливість скоротити терміни лікування таких хворих (у середньому на 3,9 ліжко-дня) у порівнянні з пацієнтами групи порівняння, які отримали лише препарати базової терапії дерматозів (відповідно: 20,6±0,58 та 24,5±0,43 ліжко-дня, p<0,001).



Денисенко О.І.

## КОМБІНОВАНЕ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ АНТИОКСИДАНТНОЇ ДІЇ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ АРТРОПАТИЧНОГО ПСОРИАЗУ

Кафедра дерматовенерології

Буковинський державний медичний університет

На сучасному етапі псоріаз розглядають як системне захворювання, при якому окрім шкіри можуть уражатися внутрішні органи і системи. За статистичними даними, у 8-15% хворих псоріаз ускладнюється ураженням опорно-рухового апарату у вигляді псоріатичного артриту. При артропатичному псоріазі насамперед уражаються дрібні суглоби кистей і ступнів, що призводить до тимчасової чи стійкої втрати хворими дієздатності, зниження якості їх життя та соціальної активності. Все це визначає важливе медичне та соціальне значення артропатичної форми дерматозу і обґрунтовує актуальність удосконалення методів лікування даної категорії пацієнтів.

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

Під спостереженням перебували 34 хворих на артропатичний псоріаз у віці від 23 до 77 років. Діагноз артропатичного псоріазу у всіх пацієнтів був виставлений на підставі клінічних, лабораторних і рентгенологічних даних, а також консультації суміжних фахівців – рентгенолога й ревматолога. Серед хворих на артропатичний псоріаз переважну більшість (28 осіб – 82,4%) склали пацієнти чоловічої статі, значно рідше (у 6 – 17,6%) дану форму псоріазу діагностували у осіб жіночої статі. Більше половини обстежених осіб (20 – 58,8%) проживали у сільській місцевості Чернівецької області, решта (14 – 41,2%) – мешкали в умовах міста. Частіше артропатичний псоріаз реєстрували у хворих старшого працездатного віку (41-60 років), які склали 64,8%, а також середнього працездатного віку (31-40 років) – 17,6%, рідше артропатичний псоріаз діагностували серед осіб молодого працездатного віку (21-30 років) – у 8,8% та осіб пенсійного віку (8,8%). Практично у всіх (33 – 97,1%) обстежених хворих псоріаз мав хронічний перебіг, лише у одного (2,9%) – діагностований вперше. У більшості (29 – 85,3%) пацієнтів артропатична форма псоріазу тривала більше 10 років, у кожного другого (47,1%) – більше 20 років з частими (3 і більше на рік) рецидивами.

У хворих на артропатичний псоріаз визначали показники оксидантної системи крові: вміст маломолекулового альдегіду (МА) в еритроцитах і молекул середньої маси (МСМ) – у сироватці крові, а також чинники антиоксидантного захисту: рівень відновленого глутатіону (ВГ) і активність 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.

Внаслідок проведених досліджень у хворих на артропатичний псоріаз встановлено вірогідне порівняно з показниками осіб контрольної групи збільшення в еритроцитах рівня МА (на 49,2%, <0,001) і в сироватці крові вмісту МСМ (на 10,4%, p<0,001), а також зменшення у сироватці крові рівня ЦП (на 28,5%, p<0,001) і в гемолізаті крові – вмісту ВГ (у 2,08 рази, p<0,001) за тенденції до зниження активності КА (на 15,3%, p>0,05), що є свідченням активації процесів вільнорадикального окиснення ліпідів з проявами ендогенної інтоксикації на тлі зниження активності антиоксидантних чинників пацієнтів.

У процесі лікування 16 обстеженим хворим на артропатичний псоріаз (порівняльна група) було призначено базове лікування дерматозу згідно Наказу МОЗ України №312. У комплексній терапії інших 18 хворих (основна група), зважаючи на встановлені зміни про- й антиоксидантної систем крові, на тлі базової терапії призначали антраль (по 1 табл. 0,2 г тричі на добу 2-3 тижні), тіотриазолін (2,5% розчин по 2 мл внутрішньом'язово через день №10), аевіт (по 1 капс. на добу 3-4 тижні) та аскоцин (по 1 табл. на добу впродовж 20 днів). Тіотриазолін і антраль – лікарські засоби гепатопротекторної групи, які також інгібують процеси перекисного окиснення ліпідів, сприяють активації чинників антиоксидантного захисту. Аевіт – комплекс вітамінів А і Е, а аскоцин – лікарський засіб із вмістом аскорбінової кислоти й цинку, які виявляють антиоксидантну дію, регулюють окисно-відновні та репаративні процеси в організмі хворих.

Визначення показників про- й антиоксидантної систем крові у обстежених хворих наприкінці лікування показало, що поєднане застосування у комплексній терапії хворих на артропатичний псоріаз основної групи антралю й тіотриазоліну – гепатопротекторних препаратів з антиоксидантною дією, а також антиоксидантних засобів – аевіту й аскоцину, сприяє вірогідному зменшенню в еритроцитах рівня МА (на 12,3%, p<0,05) і в сироватці крові – вмісту МСМ (на 5,43%, p<0,05), а також зростання рівня ЦП в сироватці крові (на 27,5%, p<0,001) та підвищення вмісту ВГ в еритроцитах (на 34,4%, p<0,01). У хворих порівняльної групи, які отримали засоби базової терапії, виявлено лише зростання в сироватці крові вмісту ЦП (на 13,9%, p<0,05) за тенденції до зниження ВГ (на 17,7%, p<0,05) без істотних змін інших досліджуваних показників оксидантно-антиоксидантного гомеостазу.

Аналіз клінічних результатів лікування пацієнтів засвідчив, що поєднане застосування у комплексній терапії артропатичного псоріазу препаратів із гепатопротекторною та антиоксидантною діями, сприяє прискоренню регресу елементів висипки на шкірі й проявів псоріатичного артриту з покращанням самопочуття пацієнтів і вірогідним зменшенням (на 71,3%) індексу ураження шкіри і тяжкості псоріатичного процесу PASI (у групі порівняння – на 58,9%).





Таким чином, комбіноване застосування у комплексній терапії артропатичного псоріазу лікарських засобів із гепатопротекторною та антиоксидантною діями (антралю, тіотриазоліну, аевіту, аскоцину) покращує клінічні результати лікування дерматозу, а також сприяє нормалізації показників про-й антиоксидантної систем крові даної категорії хворих.

**Єременчук І.В.**

### **КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ІН'ЕКЦІЙНИХ ФТОРХІНОЛОНІВ У ХВОРИХ ІЗ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНІСТЮ ЗА КЛІНІЧНО-ЛАБОРАТОРНИМИ ПОКАЗНИКАМИ**

*Кафедра фтизіатрії та пульмонології*

*Буковинський державний медичний університет*

Оцінити клінічну ефективність застосування ін'екційних фторхінолонів в інтенсивній фазі хіміотерапії у хворих на мультирезистентний туберкульоз легень.

У відкрите рандомізоване дослідження включено 57 хворих (74,3 % чоловіків, 25,7 % жінок) віком від 20 до 76 років. Після отримання тесту медикаментозної чутливості (ТМЧ) хворих віднесено до 4-ї категорії, підкатегорії 4.1 (протокол № 1091 від 21.12.12 р.). Усім хворим в інтенсивну фазу лікування у режимі хіміотерапії, згідно клінічного протоколу № 1091, у перший місяць лікування призначали ін'екційні форми респіраторних ФХ: левофлоксацин (Lfx), гатифлоксацин (Gfx) та моксифлоксацин (Mfx).

Оцінку індивідуальних режимів хіміотерапії за клінічно-лабораторними показниками проводили через 1 міс. після завершення застосування ін'екційних форм ФХ 3-го та 4-го покоління. Аналіз отриманих даних показав, що у динаміці лікування при призначенні ін'екційного ФХ Mfx в схемах хіміотерапії (через 1 міс.) спостерігали припинення бактеріовиділення у 62,7% пацієнтів і воно залишалося стабільним, при призначенні Gfx в 59,1% випадків припинилося бактеріовиділення і, відповідно, при застосуванні Lfx – у 37,3% осіб.

Нормалізацію показників загального аналізу крові у групах з призначенням Lfx, Mfx та Gfx через 1 місяць лікування відмічено відповідно у 34,8%, 35,8 % та 37,9% осіб. Відсутність основних клінічних проявів через 1 місяць лікування при призначенні Lfx спостерігалось в 52,2% осіб, Gfx - у 57,9% випадків, відповідно Mfx – у 59,2%.

Проведений порівняльний аналіз ефективності ін'екційних форм ФХ 3-го та 4-го покоління у пацієнтів із МРТБ продемонстрував вірогідно вищу ефективність препаратів 4-ої генерації. При порівнянні ФХ 4-го покоління гатифлоксацину та моксифлоксацину різниця показників ефективності дії є незначною (припинення бактеріовиділення у 59,1% та 62,7% випадків відповідно), але він поступився моксифлоксацину за рахунок прояву побічних реакцій у вигляді флебітів – 5,9% випадків, артралгій – 8,1% та фотосенсибілізації – 86%. Слід врахувати ще й той факт, що гатифлоксацин має найвищий показник зв'язування з білками крові (що нижчий цей показник (найнижчий у моксифлоксацину та левофлоксацину), то гірша дифузія ФХ у тканини і внутрішньоклітинно), що невигідно вирізняє цей препарат серед інших ФХ.

Отже, у хворих на МРТБ легень моксифлоксацин виявив найбільш високий клінічний ефект та задовільну переносимість у складі комплексних режимів хіміотерапії, що дозволило підвищити ефективність лікування та комплаєнтність у пацієнтів досліджуваної групи.

**Кадельник Л.О., Денисенко О.І., Мойсюк С.В., Крайс О.В.**

### **ЗАСТОСУВАННЯ ФОТОТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПСОРИАЗУ**

*Кафедра дерматовенерології*

*Буковинський державний медичний університет*

За даними сучасних досліджень, псоріаз – мультифакторний хронічний імунозалежний дерматоз, який характеризується активацією та порушенням проліферації кератиноцитів з розвитком запальних процесів у шкірі, а також можливим залученням у патологічний процес нігтів, суглобів, внутрішніх органів. За даними різних авторів, частка псоріазу становить 12-15% від загальної кількості захворювань шкіри. В Україні нараховують приблизно 1,5 млн. хворих на псоріаз. Зважаючи на поширеність та можливий системний характер дерматозу, особливо актуальним є вибір ефективних методів лікування псоріазу залежно від стадії процесу, поширеності та інших клінічних особливостей перебігу даного захворювання.

Сучасні терапевтичні методи терапії псоріазу можна розділити на три основні категорії: топічні препарати, системні засоби, фототерапія. Останнім часом все ширшого застосування набувають фототерапевтичні методи лікування псоріазу. Для лікування псоріазу використовують різну довжину УФ хвиль (діапазон А та В): УФВ-терапія, УФА/Б-терапія, фотохіміотерапія (ПУВА). Фотохіміотерапія поєднує первинне системне застосування препаратів з групи фотосенсибілізаторів з подальшим призначенням сеансу УФ фототерапії. Спочатку застосовували широкопалітне УФ випромінювання з довжиною хвилі 280-315 нм для лікування псоріазу.

З 80-х років минулого століття для фототерапії частіше використовували більш вузький спектр УФВ. Таким чином, з'явився термін "селективна УФ-терапія (СУФТ)", який використовували для опису застосування різних компонентів фототерапії. Надалі термін СУФТ використовується для позначення використання поліхромних пучків світла з довжиною хвилі 300-320 нм. Вузькосмугова УФВ терапія стала



можливою з розвитком флуоресцентних труб з піком випромінювання близько 311 нм. В останні роки з появою ексимерних лазерів були розроблені обладнання з випромінюванням монохроматичного світла УФВ (λ-308 нм). Після створення псоралену - першого фотосенсибілізатора для лікування псоріазу, з'явився термін фотохіміотерапія. Для фотохіміотерапії застосовують УФА випромінювання (315-400 нм). Псорален може застосовуватися системно-перорально (ПУВА-терапія), або топічно – у вигляді ванн або крему. Механізм дії фототерапії полягає в тому, що фототерапія запускає різні біологічні ефекти, які полягають в основі клінічної дії при лікуванні псоріазу. Протизапальна дія фототерапії пов'язана зі зниженням рухливості антиген-презентуючих клітин Лангерганса, пригнічення активації Т-лімфоцитів, а також пригнічення індукції апоптозу активованих Т-лімфоцитів. Крім того, фототерапія знижує епідермальну гіперпроліферацію і пригнічує взаємодію ДНК кератиноцитів. ПУВА негативно впливає на синтез ДНК. Показами до застосування методів фототерапії при псоріазі є як легка форма псоріазу, так і середньоважка та важка форма псоріазу. Побічні ефекти від фототерапії можуть виникнути лише у випадку одночасного призначення хворим на псоріаз фотодинамічних препаратів (тетрациклінів та ін.), вживання фотодинамічних продуктів та добавок (петрушка, цикламата тощо). Слід зазначити, що рекомендована початкова доза та поступове збільшення доз опромінення при методах фототерапії, окрім клінічних особливостей дерматозу, визначаються також типом шкіри хворих на псоріаз.

Таким чином, фототерапія – це перспективний напрямок у лікуванні псоріазу, завдяки доступності та безпеці застосування, можливості призначення вагітним та дітям, а також встановленій ефективності при різному клінічному перебігу даного дерматозу.

**Карвацька Ю.П.**

### **КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЗВИЧАЙНІ (ВУЛЬГАРНІ) ВУГРИ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ МУЛЬТИПРОБІОТИКІВ**

*Кафедра дерматовенерології*

*Буковинський державний медичний університет*

Вульгарні вугри (*Acne vulgaris*) представляють одну з найбільш актуальних проблем сучасної дерматології. Значна поширеність вугрової хвороби серед осіб юнацького і молодого працездатного віку, локалізація висипу на відкритих ділянках шкіри, хронічний рецидивуючий перебіг дерматозу є причиною погіршення якості життя пацієнтів, що в цілому і визначає важливе медико-соціальне значення даного дерматозу. Аналіз динаміки кількості хворих на вугри звичайні (вульгарні) у структурі пацієнтів, госпіталізованих у стаціонарні відділення Чернівецького ОШВД показав, що упродовж останніх 3-х років у Чернівецькій області відзначається тенденція до збільшення частки хворих на вугри звичайні.

Встановлено, що вульгарні вугри – це мультифакторний хронічний дерматоз. За даними літератури, однією з причин ініціювання та підтримання хронічного характеру ураження шкіри людини є захворювання травного каналу, а саме дисбіотичних його порушень. Кишкова мікрофлора є важливим органом, який у вигляді піни вкриває всю поверхню кишечника, причому кількість та різноманіття видів мікроорганізмів прогресивно збільшується від його верхніх до нижніх відділів. Мікробіоценоз кишечника – це мікроекологічна система, що еволюційно склалася, в якій мікрофлора з певним видовим складом знаходиться у стані динамічної рівноваги й відповідає поняттю норми. Зміна кількісного та якісного складу кишкових мікроорганізмів прийнятно визначати як кишковий дисбіоз. При дисбіозі відбувається зниження корисних властивостей нормальної мікрофлори: зниження імуностимулювальної функції, місцевого імунітету, біосинтетичної діяльності, детоксикаційної функціональної здатності і, зрештою, травної діяльності.

Біологічні бактерійні препарати, що застосовують як для корекції мікробіоти кишечника так і для лікування дисбіозу поділяють на пробіотики, пребіотики, синбіотики. Існують вимоги до мікроорганізмів, що використовуються у якості пробіотиків і результати клінічних досліджень свідчать, що саме полікомпонентні комбіновані пробіотичні препарати є найбільш ефективними. Отже, з'ясування патогенетичних ланок вульгарних вугрів з метою розробки високоефективних, патогенетично обґрунтованих методів їх лікування є однією з найбільш актуальних задач сучасної дерматології, що і визначає актуальність проведених наукових досліджень.

Метою роботи було визначити показники мікробіотики кишечника хворих на вульгарні вугри з супутніми латентними захворюваннями гепатобіліарної системи та кишкового тракту та визначити ефективність впливу мультикомпонентних комбінованих пробіотиків на зміни в мікробіоті кишківника.

З цією метою проведено клінічне та лабораторне обстеження 38 хворих на вульгарні вугри віком від 18 до 27 років. Серед обстежених було 23 юнаки та 15 дівчат, з яких 29 осіб проживають в умовах міста, а 9 – мешкають у сільській місцевості Чернівецької області (Північної Буковини). У всіх обстежених пацієнтів дерматоз мав хронічний перебіг із тривалістю вульгарних вугрів від 5 місяців до 7 років. У 32 (84,2%) пацієнтів діагностовано дерматоз легкого та середнього ступеню тяжкості і у 6 (15,8%) пацієнтів процес набував тяжкого перебігу з утворенням конглобатних вугрів із подальшим формуванням рубцевих змін шкіри. З анамнезу відомо, що у 21 (55,26%) пацієнта були перенесені захворювання органів травлення, а в інших спостерігалися періодичні скарги на порушення функцій шлунково-кишкового тракту. На момент обстеження і лікування у дерматолога активних проявів захворювань органів травлення у взятих на облік пацієнтів виявлено не було.