

**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



При дослідженні через 6 міс у 60% обстежених цієї групи спостерігалось незначне чи помірне зниження, у 30% – незначне чи помірне підвищення, а в одного пацієнта (10%) – значне підвищення активності цитолітичних ферментів. Нормалізації показників активності АЛАТ не відбулося у жодного пацієнта, тоді як показники АсАТ нормалізувалися у двох обстежуваних. Середні значення показників активності АЛАТ та АсАТ у цій групі при дослідженні через 6 міс відповідно становили $144,4 \pm 15,5$ Од/л і $69 \pm 4,3$ Од/л.

Призначене пацієнтам першої групи патогенетичне лікування жодним чином не впливало на концентрацію вірусу у крові. Спочатку у цій групі середній показник вірусного навантаження дещо знизився, однак через 6 місяців від початку лікування він став вищим за початковий і становив $1,61 \times 10^6$ коп/мл. У пацієнтів другої групи уже через 1 міс. від початку спостереження намітилася тенденція до зниження активності цитолітичних ферментів, а через 3 міс. середні значення показників активності АЛАТ та АсАТ у сироватці крові були достовірно нижчими за початковий рівень і, відповідно, становили $107,8 \pm 12,6$ Од/л і $66,2 \pm 4,6$ Од/л. У наступні 3 місяці динаміка зниження показників активності цитолітичних ферментів у пацієнтів цієї групи дещо сповільнилася. Через 6 місяців від початку спостереження середні значення показників активності АЛАТ та АсАТ у сироватці крові становили $89,3 \pm 12,6$ Од/л та $53,8 \pm 4,2$ Од/л, причому, в одного пацієнта відбулася нормалізація показників активності АЛАТ, у трьох пацієнтів – АсАТ. Разом з цим у 2-х пацієнтів показники активності цитолітичних ферментів незначно зросли.

Показники вірусного навантаження у пацієнтів другої групи також поступово знижувалися впродовж усього періоду спостереження. Середні показники концентрації НСВ у сироватці крові через 3 та 6 міс. від початку лікування відповідно склали $7,93 \times 10^5$ коп/мл та $5,24 \times 10^5$ коп/мл. Причому, через 6 міс. від початку лікування концентрація НСВ у сироватці крові у 5-х пацієнтів знизилася у 10 і більше разів, у 2-х – у 4-9 рази, у решти залишалася такою ж як і на початку спостереження або незначно знижувалася чи зростала.

Отже, застосування у хворих на хронічний гепатит С імуномодуючого засобу неовір у комбінації з протівірусним препаратом рибавірін призводить до сповільнення некробіотичних процесів у печінці та зниження концентрації вірусу в сироватці крові. Комбінація вищезазначених лікарських засобів може пропонуватися до застосування як альтернативний метод етіотропної терапії хронічного гепатиту С.

Сем'янів І.О., Бойко А.В.

НЕБУЛАЙЗЕРНА ТЕРАПІЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ РОЗЧИНОМ ІЗНІАЗИДУ

Кафедра фтизіатрії та пульмонології

Буквинський державний медичний університет

Розробка методів для доставки протитуберкульозних препаратів безпосередньо в легені через дихальні шляхи є важливою терапевтичною метою. Очевидні переваги інгаляційної терапії включають в себе можливість безпосереднього і швидкого впливу на зону запалення в слизовій оболонці, орієнтацію на альвеолярні макрофаги, що несуть мікобактерії, знижений ризик системної токсичності та поліпшення дотримання пацієнтом прийому препаратів.

Мета дослідження - оцінити ефективність комбінованого застосування розчину ізоніазиду у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень (ВДТБЛ) зі збереженою чутливістю до протитуберкульозних препаратів.

Обстежено 30 хворих на ВДТБ, які були розподілені на 2 групи. Група 1 (гр.1) - 16 пацієнтів, які приймали таблетований ізоніазид, група 2 (гр.2) - 14 пацієнтів, яким застосовували ізоніазид інгаляційно протягом інтенсивної фази (ІФ). Визначали ефективність методу враховуючи динаміку основних симптомів та ступінь їх вираженості в балах, дані мікроскопічного дослідження мокротиння на наявність мікобактерій туберкульозу та даних рентгенологічного дослідження органів грудної порожнини.

При аналізі даних встановлено, що залишка в гр.1 зменшилась з $1,61 \pm 0,563$ до $0,937 \pm 0,442$ балів, а в гр.2 з $1,28 \pm 0,730$ до $0,43 \pm 0,516$. Щодо кашлю, то його прояви в гр.1 зменшилися з $2,31 \pm 0,793$ до $1,875 \pm 0,619$ балів, а в гр.2 з $1,625 \pm 0,5$ до $0,687 \pm 0,478$ балів. Загальна слабкість в гр.1 зменшилась з $1,312 \pm 0,478$ до $0,985 \pm 0,436$, а в гр.2 з $1,125 \pm 0,341$ до $0,375 \pm 0,5$. Пітливість в гр.1 зменшилась з $1,437 \pm 0,813$ до $0,925 \pm 0,619$, а в гр.2 з $0,875 \pm 0,619$ до $0,125 \pm 0,341$. Слід відмітити, що конверсія зразка мокротиння в кінці ІФ відбулася у 12 хворих гр.2 та у 10 – в гр.1. Щодо рентгенологічної картини легень, то в кінці ІФ виражена позитивна динаміка спостерігалась у пацієнтів гр.2 у вигляді зменшення розмірів інфільтративних тіней, деструкцій.

Отже, інгаляційне застосування ізоніазиду призводить до зменшення контамінації дихальних шляхів мікобактеріями туберкульозу, покращення перфузії уражених ділянок легень та покращує прихильність пацієнта до лікування так, як призводить до зниження інтоксикації організму та покращення самопочуття пацієнта.

Sydorchuk A.S., Bogachyk N.A., Venhlovs'ka Ya.V.

EFFECTIVENESS OF ROTABIOTIC IN PATIENTS WITH ACUTE FOOD-BORNE INFECTIONS AT BUKOVINA

Department of infectious diseases and epidemiology

Bukovinian State Medical University

Food-borne infections encompass a wide spectrum of illnesses and are a growing public health problem worldwide. They are the result of ingestion of foodstuffs contaminated with microorganisms (bacteria, viruses,



protozoa). The contamination of food may occur at any stage in the process from food production to consumption and can result from environmental contamination, including pollution of water, soil or air. Annually over the world more than 1 billion of diarrhea cases occur, including Ukraine. During the summer-autumn period the increasing of bacterial food poisoning and rotavirus diarrhea is observed in Western Ukraine (Bukovina) more likely sporadic incidence. The most common clinical presentation of food-borne disease takes the form of gastrointestinal symptoms; however, such diseases can also have neurological, gynaecological, immunological and other symptoms. Multiorgan failure and even cancer may result from the ingestion of contaminated foodstuffs, thus representing a considerable burden of disability as well as mortality. The course of food-borne infections accompanied and developed with disorders of intestinal microbiota, which may intensified with further antimicrobial medications. Resulting this, deeper dysbiotic changes in the gut support intoxication and create the chance for translocation of opportunistic microbes to peritoneum and other internal organs.

Research purpose was to estimate the effectiveness of rotabiotic in patients with acute food-borne infections at Bukovina.

At the Department of Intestinal Infections of Chernivtsi Regional Clinical Hospital the prospective clinical and microbiological study had been conducted in 2012-2013. This study enrolled 37 cases of acute intestinal infections (food-borne poisonings and rotavirus infections). Aimed to confirm the each patient diagnosis the combined microbiological investigations had performed as well as routine clinical tests. Stool culture had obtained at bacteriological laboratory of Regional Clinical Hospital. The basic group aged 18-65 years included 51,3% males and 48,7% females. Control group included 15 patients, which got only basic treatment (poli-salt solutions for rehydration, glucose solution, antimicrobial drugs, enterosgel, pancreatin). Both groups were matched by gender, age and severity of disease. It was estimated also the integrative indexes of intoxication. Rotabiotic is a contemporary combined symbiotic contained strains of *Lactobacillus bulgaricus*, *Lactobacillus acidophilus*, *Bifidobacterium ssp.*, *Streptococcus thermophilus*, and inulin (functioned as prebiotic).

All investigated patients were hospitalized with clinical symptoms of acute infectious intestinal disease. Clinically the moderate course and gastroenteritis variant were prevalent (short incubation, acute onset after consumption of contaminated food, short-termed hyperthermia, nausea, vomiting, diarrhea, abdominal pain, watery stool up to 6 times per day). The clear dependence between course of disease and etiologic factor hadn't determined. Bacteriologic investigations proved the etiology of food-borne poisoning in 29 (78,3 %) patients: *Proteus mirabilis* – 5 (17,2 %), *Citrobacter* – 15 (51,7 %), *St. aureus* – 9 (31,03 %). Rotaviruses were detected in 8 (21,6 %) patients. All investigated persons presented in manifestation period the disorders of intestinal microbiota – parameters of species composition and populational level; As well as the changes of integrative indexes of intoxication: elevation of leucocytic index of intoxication – $2,09 \pm 0,26$, index of shift of leucocytes – $3,46 \pm 0,32$, and hematologic index of intoxication – $4,02 \pm 0,37$.

Holiatry treatment in addition to the standart included rotabiotic – 1 capsule three times per day 30 min before meals with duration 7 days. Simultaneously with recovery process, disappear of intoxication signs the integrative indexes of intoxication were normalized too. In 15 patients used only basic medications the integrative indexes of intoxication left a little elevated even in recovery stage of disease. This fact could be explained by the detoxicative role of normal microflora representers contained rotabiotic. Clinical efficacy of holiatry treatment with rotabiotic had been estimated in a dynamics. This proved the earlier reduction of intoxication, fever syndrome, general weakness, quicker normalization of stool, regression of flatulence and abdominal discomfort.

The course of acute intestinal infections and concomitant prescription of antibacterial drugs in the treatment of adult patients leads to dysbiotic disorders. Application of rotabiotic in patients with rotavirus gastroenteritis and food toxic infection not accompanied with any adverse reactions. Assign of rotabiotic to the standard therapy gives a positive clinical effect, that leads to more rapid disappearance of intoxication syndrome, normalization of bowel movement, reduction of abdominal discomfort. Clinical efficacy of rotabiotic in the scheme of comprehensive treatment of patients with intestinal infections is well complemented by a reduction of intoxicative processes of organism that proved by the normalization of integrative indexes of intoxication.

Сливка В.І.

ПАТОГЕНЕТИЧНА РОЛЬ ПРОСТАГЛАНДИНІВ У ПОРУШЕННІ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У ХВОРИХ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Кафедра фтизіатрії та пульмонології,

Буквинський державний медичний університет

Мета дослідження - дослідити роль простагландинів (PG) у розвитку дихальної недостатності у хворих на мультирезистентний туберкульоз легень та провести корекцію порушень функції зовнішнього дихання. З'ясувати вплив препарату «Глутоксим» на функцію зовнішнього дихання і вміст у плазмі крові та конденсаті повітря що видихається (КПВ) простагландинів у хворих на мультирезистентний туберкульоз легень, а також порівняти ефективність лікування туберкульозу легень з точки зору терміну припинення бактеріовиділення, закриття порожнин розпаду і покращення функції зовнішнього дихання згідно уніфікованого клінічного протоколу (наказ № 1091 від 21.12.12 р.).

Регуляцію зовнішнього дихання вивчали шляхом радіоімунологічного визначення вмісту (PG) E2, F2α, 6-кето-F1α, тромбоксану (TX) B2 і лейкотрієну (LT) B4 у КПВ і в плазмі крові хворих на мультирезистентний туберкульоз легень при різних типах дихальної недостатності.



Лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз проводили за рекомендаціями згідно уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Основну групу склали 13 хворих на мультирезистентний туберкульоз. Контрольну групу (група порівняння) склали 11 хворих. Хворі основної групи додатково отримували «Глутоксим». Вперше виявлені склали – 23%; раніше ліковані – 77%; інтоксикація спостерігалася у 80,1%; катаральні явища у 83,7%; ускладнення – 43,2%; МБТ – 73%; рестриктивний тип дихальної недостатності (РТДН) – 53,9%; обструктивний тип дихальної недостатності (ОТДН) – 22,7%; змішаний тип дихальної недостатності (ЗТДН) – 23,4%.

У хворих на мультирезистентний туберкульоз легень при всіх типах дихальної недостатності в плазмі крові зростає вміст $PGF_{2\alpha}$, тромбоксану B_2 і лейкотрієну B_4 , при рестриктивному типі дихальної недостатності відбувається переважне підвищення вмісту в крові та в КПВ PGE_2 на тлі одночасного збільшення кількості тромбоксану B_2 і лейкотрієну B_4 , а за обструктивного типу дихальної недостатності суттєво зростає рівень простагландинів, що володіють констрикторним ефектом на гладку мускулатуру судин та бронхів.

Застосування в комплексному лікуванні «Глутоксим» приводило до зменшення у КПВ PGE_2 на 30,9%, $PGF_{2\alpha}$ – на 40,4%, 6-keto- $PGF_{1\alpha}$ – на 27,4%, TXB_2 – на 17,2%, LTB_4 – на 31,3%. Тобто рівні $PGF_{2\alpha}$ і 6-keto- $PGF_{1\alpha}$ нормалізувалися, тоді як кількість PGE_2 , TXB_2 і LTB_4 залишалася більшою за контрольні показники (достовірність зазначених змін становила від $p < 0,05$ до $p < 0,001$). При цьому спостерігалася поліпшення бронхіальної прохідності (збільшення показників проби Тифно).

Отже, ефективність комплексної терапії хворих на мультирезистентний туберкульоз легень була вищою в разі застосування препарату «Глутоксим», що проявлялося скороченням терміну детоксикації (в середньому на $7,5 \pm 2,2$ днів), прискоренням розсмоктування зон інфільтрації в легенях, підвищенням частоти припинення бактеріовиділення, скороченням його терміну (в середньому на 0,9 міс.) та скороченням часу загоєння порожнин розпаду в легеневій тканині (в середньому на 0,8 міс.).

Комплексне лікування з використанням «Глутоксим» не впливало на частоту дихання, значно збільшувало дихальний об'єм вдиху і підвищення резервного об'єму видиху. При цьому ЖЄЛ практично не змінювалася. Водночас спостерігалася суттєве збільшення об'єму хвилинного споживання кисню. Показник тесту Тифно зростає (на 23 %), збільшувалася максимальна об'ємна швидкість (МОШ 75), а середня об'ємна швидкість (СОШ 25-75) підвищувалася як до, так і після навантаження. Окрім того, після навантаження підвищувалися показники ЖЄЛ.

Таким чином, застосування «Глутоксим» поліпшує прохідність дихальних шляхів як на рівні крупних бронхів, так і на рівні бронхіол, а їх позитивний вплив на об'єм хвилинного споживання кисню свідчить про покращення вентиляційно-перфузійних співвідношень.

Соколенко М.О.

ЗАСТОСУВАННЯ ВААРТ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

*Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології
Буковинський державний медичний університет*

Поширення ВІЛ-інфекції в Україні набуло епідемічного характеру, починаючи з середини 90-х років ХХ століття. У зв'язку зі зростанням в Україні кількості випадків ВІЛ-інфекції серед жінок репродуктивного віку збільшується кількість народжених ними дітей, в тому числі хворих на ВІЛ-інфекцію.

На основі ретроспективних даних встановлено, що з 1987 року (часу виявлення першого випадку ВІЛ-інфекції у Чернівецькій області) до вересня 2013 року включно, в Чернівецькій області офіційно зареєстровано 193 дітей, які народилися від ВІЛ-інфікованих жінок. На 01.04.2013р. на диспансерному обліку в Чернівецькому обласному центрі з профілактики та боротьби зі СНІДом перебуває 127 дітей, із них 92 – із встановленим діагнозом та 35 – у стадії підтвердження.

Для лікування хворих на ВІЛ-інфекцію дітей використовується високоактивна антиретровірусна терапія (ВААРТ) – комбінація трьох і більше антиретровірусних препаратів, які призначаються одночасно. Застосування ВААРТ зменшує вірусне навантаження до невизначального рівня, запобігає розвитку стійкості ВІЛ до антиретровірусних препаратів. Монотерапія (лікування одним АРВ-препаратом) або бітерапія (лікування двома АРВ-препаратами) призводить до швидкого формування стійкості ВІЛ до АРВ-лікв, і тому не застосовується.

Впровадження АРВ лікування призвело до трансформації ВІЛ-інфекції з прогресуючої невиліковної смертельної недуги в хронічне захворювання, що підлягає постійному лікуванню.

Станом на 01.04.2013 року ВААРТ отримують 90 (97,8%) ВІЛ-інфікованих дітей. Із них - 13 дітей (14,4%) отримують препарати першої лінії, 76 дітей (84,5%) – другої-третьої лінії, і одна дитина (1,1%) отримує «схему порятунку», яка складається з 5 препаратів ВААРТ (TDF-3TC-DRV-rtv-RAL), призначення якої пов'язане з повною вірусологічною (не досягнуто «невизначуваного» показника вірусного навантаження ВІЛ) та імунологічною (кількість $CD4+$ Т-лімфоцитів продовжувала зменшуватися) неефективністю 1-4 ліній схем ВААРТ із 3-х препаратів. Схеми ВААРТ, що застосовуються для



лікування ВІЛ-інфікованих дітей Чернівецької області: AZT-3TC-Lpv/r – 38 дітей (42,2%), ABC-3TC-Lpv/r – 33 дитини (36,6%), TDF-FTC- Lpv/r – 5 дітей (5,5%), TDF-FTC-EFV – 3 дитини (3,3%), AZT-3TC-NVP – 3 дитини (3,3%), AZT-3TC-EFV – 7 дітей (7,7%), TDF-3TC-DRV-rtv-RAL – 1 дитина (1,1%).

Отже, активне застосування ВААРТ для лікування ВІЛ-інфекції у дитячого населення Чернівецької області (97,8% ВІЛ-інфікованих дітей отримують ВААРТ) є запорукою позитивних перспектив у подоланні розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в майбутньому.

Степан Н.А.

ПОКАЗНИКИ ПРО- Й АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМ КРОВІ У ХВОРИХ НА ЕКЗЕМУ З РІЗНИМ КЛІНІЧНИМ ПЕРЕБІГОМ ДЕРМАТОЗУ

Кафедра дерматовенерології

Буковинський державний медичний університет

Екзема – одне з найбільш поширених захворювань шкіри, яке в Україні в структурі дерматологічної захворюваності складає 20-40%. На сучасному етапі екзема характеризується часто рецидивуючим перебігом зі збільшенням частки поширених й ускладнених форм, торпідних до засобів базової терапії дерматозу, що є причиною тривалої неієздатності, зниженням якості життя та соціальної активності пацієнтів. За даними сучасних досліджень, екзема це алергодерматоз із складним мультифакторним патогенезом, у розвитку й перебігу якого вагоме значення мають зміни імунної й нейроендокринної регуляції, обмінні розлади, а також дисбаланс оксидантно-антиоксидантного гомеостазу, що слід враховувати при розробці таким пацієнтам адекватної патогенетично обґрунтованої терапії.

Метою роботи було визначити у хворих на екзему з різним клінічним перебігом дерматозу показники про- й антиоксидантної систем крові.

Для вирішення поставленої мети проведено клінічне та лабораторне обстеження 24 хворих на екзему, які перебували на стаціонарному лікуванні в КМУ “Чернівецький обласний шкірно-венерологічний диспансер” у 2012-2013 рр. Серед обстежених хворих на екзему більшість (16 осіб – 66,7%) склали пацієнти чоловічої статі, рідше (8 осіб – 33,3%) екзема виникала у осіб жіночої статі. Більшу частку (15 осіб – 62,5%) серед хворих на екзему склали мешканці міст, рідше (у 9 осіб – 37,5%) екзему діагностували серед мешканців сільських населених пунктів області. Переважна кількість (18 осіб – 75,0%) хворих на екзему – особи активного дієздатного віку (21-58 років), решта 6 (25,0%) осіб – пенсійного віку. При постановці клінічного діагнозу у хворих на екзему брали до уваги скарги пацієнтів, дані анамнезу, характер клінічної картини дерматозу. Найчастіше (у 16 осіб – 66,7%) серед обстежених хворих діагностували мікробну форму екземи, у т.ч. варикозну, паратравматичну і мікотичну, рідше (у 8 осіб – 33,3%) – справжню (істинну) екзему. У більшості (у 16 осіб – 66,7%) пацієнтів патологічний процес на шкірі мав поширений характер, у 8 (33,3%) осіб – був обмеженим. У 19 (79,2%) пацієнтів дерматоз мав хронічний перебіг упродовж 1-32 років, у 5 (20,8%) осіб – було діагностовано вперше.

У взятих на облік хворих на екзему проведено визначення показників про- й антиоксидантної систем крові. Стан оксидантної системи крові у хворих на екзему оцінювали за вмістом малонового альдегіду (МА) в еритроцитах і плазмі, молекул середньої маси (МСМ) та фракцій окиснювальної модифікації білків, визначених за альдегідо- й кетонпохідними нейтрального (ОМБ E_{370}) та основного (ОМБ E_{430}) характеру у сироватці крові. Стан антиоксидантної системи крові оцінювали за рівнем відновленого глутатіону (ВГ) й активності каталази (КА) в гемолізаті крові та вмістом церулоплазміну (ЦП) у сироватці крові за відомими методиками. Результати обстеження хворих на екзему порівнювали з аналогічними показниками у 16 практично здорових осіб подібного віку, які склали групу контролю. За результатами проведених досліджень у хворих на екзему встановлено вірогідне порівняно з контрольною групою збільшення вмісту МА в еритроцитах (на 17,1%, $p < 0,001$) і МА та МСМ, визначених у плазмі (відповідно: в 2,29 рази і в 1,4 рази, $p < 0,001$), а також зростання показників ОМБ E_{370} та ОМБ E_{430} у сироватці крові (відповідно: в 1,55 рази та в 1,92 рази, $p < 0,001$). Водночас у хворих на екзему встановлено вірогідне зменшення вмісту ЦП у сироватці крові (в 1,90 рази, $p < 0,001$) та рівня ВГ у гемолізаті крові (на 20,0%, $p < 0,01$) на тлі підвищення активності КА (на 12,1%; $p < 0,05$).

Аналіз досліджуваних показників про- й антиоксидантної систем крові у хворих на екзему виявив вірогідно вищі показники МА у плазмі й ОМБ E_{430} у пацієнтів чоловічої статі порівняно з хворими на екзему жіночої статі (відповідно: на 20,7% та 27,3%, $p < 0,05$) за відсутності вірогідних відмінностей залежно від місця проживання пацієнтів. Водночас у хворих на мікробні форми екземи порівняно з пацієнтами з істинною екземою встановлено вірогідно вищі показники ОМБ E_{370} і ОМБ E_{430} (відповідно: на 25,5% та 23,8%, $p < 0,05$), а також вірогідне зниження рівня ВГ (на 8,9%, $p < 0,05$). Також виявлено вірогідно більший рівень ОМБ E_{370} (на 16,5%, $p < 0,05$) за тенденції до зростання ОМБ E_{430} (на 11,8%, $p > 0,05$) у хворих на екзему з поширеним ураженням шкіри порівняно з обмеженими формами дерматозу, а також підвищений вміст МСМ (на 13,9%, $p < 0,05$) у пацієнтів із тривалістю дерматозу більше 5 років.

Таким чином, у хворих на екзему встановлено вірогідні зміни показників оксидантної системи крові – зростання МА (в еритроцитах і плазмі), МСМ та фракцій ОМБ, що свідчить про активацію в період загострення дерматозу процесів вільнорадикального окиснення ліпідів та білків. Водночас у хворих на екзему встановлено вірогідне підвищення активності КА та тлі зниження показників ЦП і ВГ, що свідчить