

Міністерство охорони здоров'я України
Буковинський державний медичний університет

МАТЕРІАЛИ

94-ї

підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
Буковинського
державного медичного університету

18, 20, 25 лютого 2013р.



Чернівці - 2013

Дмитренко Р.Р. ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ФІБРИНОЛІТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ЯСЕН ЩУРІВ ПРИ ГІПОБАРИЧНІЙ ГІПОКСІЇ ТА ЗІЗНОЇ ТРИВАЛОСТІ ФОТОПЕРІОДУ	184
Ішков М.О. ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ «ПУЛЬПОТЕК» ПРИ ЛІКУВАННІ ПУЛЬПІТУ МОЛЯРІВ МЕТОДОМ ВІТАЛЬНОЇ АМПУТАЦІЇ	184
Калинчук А.І. ПЕРИНАТАЛЬНА АНАТОМІЯ ЖУВАЛЬНОГО М'ЯЗА	185
Караван Я.Р. ГЕНДЕРНИЙ АНАЛІЗ ОНКОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ У МІЖКАНЦІВ БУКОВИНИ	185
Кузняк Н.Б., Навольський Н.М. СУЧАСНІ ВІДОМОСТІ ПРО РОЗПОВСЮДЖЕННІСТЬ ТА ВИДИ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ У ДІТЕЙ	186
Кузняк Н.Б., Трифаненко С.І. ЗБАГАЧЕНА ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМА КРОВІ ПРИ ЛІКУВАННІ ПЕРЕЛОМІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ З УСКЛАДНЕНИМ КЛІНІЧНИМ ПЕРЕБІГОМ	187
Левандовський Р.А. КЛЮЧ ІНДИВІДУАЛЬНОГО КОРИСТУВАННЯ ДЛЯ ЗНЯТТЯ ПОСТРЕЗЕКЦІЙНОЇ ОРТОПЕДИЧНОЇ АПАРАТУРИ	187
Хомич Н.М. ЗАСТОСУВАННЯ ЛОКАЛЬНОЇ ГІПОТЕРМІЇ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ АТИПОВОГО ВИДАЛЕННЯ ТРЕТІХ МОЛЯРІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ	188
Хухліна О.І. ВПЛИВ МЕТАЛЕВИХ ВКЛЮЧЕНЬ ПРОТЕЗІВ НА СТАН ТКАНИН ПАРОДОНТУ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ШЛУНКА	188
СЕКЦІЯ 13 КЛІНІЧНА ОНКОЛОГІЯ, ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ТА ПРОМЕНЕВА ТЕРАПІЯ	
Кравчук С.Ю. ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ПУХЛИН ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ	190
Крук Т.В. СУЧАСНІ ДІАГНОСТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ ДЛЯ ТЕСТУВАННЯ МУТАЦІЙ ГЕНА BRCA1 У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ	190
Мойсюк Т.Г., Унгурян В.П. ДІАГНОСТИКА ТА ДИФЕРЕНЦІАЦІЯ ПАТОЛОГІЧНИХ СТАНІВ ТКАНИНИ ШЛУНКА МЕТОДОМ ПОЛЯРИЗАЦІЙНОЇ ФЛУОРЕСЦЕНЦІЇ	191
Олійник Е.В. ХІМІОТЕРАПІЯ РАКУ ЛЕГЕНЬ ПЕМЕТРЕКСЕДОМ	192
Пересунько О.П., Зелінська Н.В. КОМПЮТЕРНА МІКРОСПЕКТРОФОТОМЕТРИЯ СИСТЕМИ «ЕПІТЕЛІЙ-СПОЛУЧНА ТКАНИНА» В ДІАГНОСТИЦІ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ	193
Семотович Р.В., Іващук О.І. ПАЛІАТИВНА ТЕРАПІЯ РАКУ ШЛУНКА (ДОСВІД 1 РОКУ)	195
Шульгіна В.В. ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ	196
Шумко Б.І., Гушул І.Я. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ РАКУ ГОРТАНОГЛОТКИ	197
СЕКЦІЯ 14 АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ШКІРНО-ВЕНЕРИЧНИХ, ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ ТА ТУБЕРКУЛЬОЗУ	
Баланюк І.В. ПЕРЕБІГ ВІТРИНОЇ ВІСПИ У ДОРΟΣЛИХ НА БУКОВИНІ	197
✓ Бойко А.В. ПРОБЛЕМА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ З НИЗЬКОЮ ПРИХИЛЬНІСТЮ ДО АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ	198
Височанська Т.П. ДИНАМІКА ЕЛЕМЕНТНОГО СКЛАДУ БІОСУБСТРАТИВ У ХВОРИХ НА ЗВИЧАЙНИЙ ТА АРТРОПАТИЧНИЙ ПСОРИАЗ ВНАСЛІДОК КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ЕЛЕМЕНТОВМІСНИХ ЗАСОБІВ	199
Возна Х.І. КЛІНІКО – ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ НА БУКОВИНІ	199
Волошина Н.О., Денисенко О.І. ПОШИРЕНІСТЬ ІНФЕКЦІЇ HELICOBACTER PYLORI ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ У ХВОРИХ НА ВУЛЬГАРНІ ВУГРИ	200
Гасвська М.Ю., Денисенко О.І., Круцяк О.В. КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОЇ ТА АНТИОКСИДАНТНОЇ ДІЇ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПСОРИАЗУ	201
✓ Герман А.О. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ	202
Голяр О.І. ВІДНОВЛЮВАЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ «БІФІФОРМУ ДИТЯЧОГО ПОРОШКУ №21» МІКРОФЛОРИ ДИСТАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ТОНКОЇ КИШКИ БІЛИХ ЩУРІВ З ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИМ ДИСБАКТЕРІОЗОМ	202
Гулей Л.О., Перепічка М.П. ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ДЕРМАТОЗИ ІЗ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ ШЛЯХОМ ЗАСТОСУВАННЯ ГЕПАТОПРОТЕКТОРІВ ТА АНТИОКСИДАНТІВ	203
Давиденко О.М., Мироник О.В. КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ РЕАМБЕРИНУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ЖОВТЯНИЧНІ ФОРМИ ЛЕПТОСПІРОЗУ	204
Денисенко О. І. КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА УСКЛАДНЕНІ ФОРМИ ПСОРИАЗУ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ЗАСОБІВ АНТИОКСИДАНТНОЇ ДІЇ	204
✓ Єременчук І.В. ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНА АКТИВНІСТЬ ПОХІДНИХ ІМІДАЗОЛУ	205
Карвацька Ю.П. ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОБІОТИКІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ВУЛЬГАРНІ ВУГРИ	206
Крайс О.В., Мойсюк С.В., Яцина О.С. ЗАСТОСУВАННЯ ІМУНОБІОЛОГІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПСОРИАЗУ	207
✓ Мигайлюк Л.Д. ІНГАЛЯЦІЙНА ТЕРАПІЯ У ХВОРИХ НА ПОЗАГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ	208

лікування хворих на ускладнені форми псоріазу (артропатичний, ексудативний, пустульозний, псоріатичну еритродермію) із застосуванням засобів антиоксидантної дії з урахуванням показників оксидантно-антиоксидантного гомеостазу пацієнтів.

Під спостереженням перебувало 46 осіб (29 чоловіків та 17 жінок віком від 26 до 73 років), хворих на псоріаз. У 28 пацієнтів (основна група) діагностовано ускладнені форми псоріазу: у 14 – артропатичний псоріаз, у 7 – ексудативну форму псоріазу, у 4 – пустульозний псоріаз, у 3 – псоріатичну еритродермію; у 18 осіб (порівняльна група) діагностовано псоріаз звичайний. Групу контролю склали 16 практично здорових осіб (донорів) подібного віку.

У хворих на 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 організму: рівень відновленого глутатіону (ВГ) в еритроцитах та вміст перулоплазміну (ІП) у сироватці крові за відомих методів.

У обстежених хворих на ускладнені форми псоріазу (артропатичний, ексудативний, пустульозний, псоріатична еритродермія) перед початком лікування встановлено вірогідне зростання в еритроцитах вмісту МА як порівняно з показником осіб контрольної групи (в 1,78 раза, $p < 0,001$), так і обстеженими хворими на звичайний псоріаз (на 18,3%; $p < 0,01$). Також у хворих на ускладнені форми псоріазу констатовано зростання в сироватці крові вмісту МСМ як порівняно з показником осіб контрольної групи (на 47,2%, $p < 0,01$), так і обстеженими хворими на звичайний псоріаз (на 16,7%; $p < 0,05$). Водночас у хворих на ускладнені форми псоріазу виявлено вірогідне щодо показника осіб контрольної групи зменшення у сироватці крові рівня ЦП (на 39,7%; $p < 0,001$), однак за відсутності вірогідної різниці з аналогічним показником у пацієнтів порівняльної групи. Разом з тим, вміст ВГ в еритроцитах хворих основної групи був вірогідно меншим як порівняно з показником осіб контрольної групи (на 39,7%, $p < 0,01$), так і хворими на звичайний псоріаз (на 14,9%; $p < 0,05$).

Отже, у хворих на ускладнені форми псоріазу виявлено зміни показників про- й антиоксидантної систем крові, які були більш істотними порівняно з показниками хворих на псоріаз звичайний. Виявлені у хворих на ускладнені форми псоріазу вірогідні зміни показників про- й антиоксидантної систем крові є свідченням активації процесів вільнорадикального окиснення ліпідів з проявами ендогенної інтоксикації на тлі зниження рівня антиоксидантних чинників, що вказує на важливе значення змін оксидантно-антиоксидантного гомеостазу в патогенезі ускладнених форм псоріазу та доцільність призначення в їх комплексному лікуванні засобів антиоксидантної дії.

Всім обстеженим хворим на псоріаз було призначено базове лікування згідно Наказу МОЗ України №312, водночас з метою підвищення ефективності лікування хворих на ускладнені форми псоріазу (артропатичний, ексудативний, пустульозний тощо), зважаючи на встановлені у пацієнтів зміни про- й антиоксидантної систем крові, на тлі базової терапії 15 хворих призначали антраль та аскоцин. Антраль – це лікарський засіб гепатопротекторної групи, який являє собою сполуку алюмінію з амінокарбоновою кислотою. За даними клінічних досліджень, антраль виявляє мембраностабілізуючу дію, захищає і відновлює структуру та функції гепатоцитів, а також інгібує процеси перекисного окиснення ліпідів та підвищує активність антиоксидантних систем організму. Аскоцин – лікарський засіб із вмістом аскорбінової кислоти й цинку, які виявляють антиоксидантну дію, регулюють окисно-відновні та репаративні процеси в організмі й шкірі зокрема.

Аналіз результатів лікування засвідчив, що поєднане застосування у комплексній терапії ускладнених форм псоріазу (артропатичний, ексудативний тощо) антралю й аскоцину, які володіють антиоксидантною дією, сприяє прискоренню регресу еритематозних та інфільтративних проявів у ділянці висипки на шкірі з вірогідним зменшенням (на 69,1%) 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 56,7%. Водночас у хворих на ускладнені форми псоріазу, яким на тлі базової терапії призначали лікарські засоби із антиоксидантною дією, відзначено вірогідне зменшення вмісту МА й МСМ (відповідно на 23,9% і 20,7%, $p < 0,05$) та зростання рівня ЦП (та 18,7%, $p < 0,05$) без вірогідних змін ВГ (збільшення на 8,8%, $p > 0,05$), в той час як у хворих на псоріаз, яким призначали лише засоби базової терапії, встановлено лише тенденцію до нормалізації досліджуваних показників оксидантно-антиоксидантного гомеостазу.

Таким чином, поєднане застосування у комплексній терапії ускладнених форм псоріазу (артропатичний, ексудативний, пустульозний, псоріатична еритродермія) лікарських засобів із антиоксидантною дією – антралю й аскоцину покращує клінічні результати лікування дерматозу, а також сприяє нормалізації чи тенденції до нормалізації показників оксидантно-антиоксидантного гомеостазу таких пацієнтів.

Єременчук І.В.

ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНА АКТИВНІСТЬ ПОХІДНИХ ІМІДАЗОЛУ

Кафедра фізіотерії та пульмонології

Буковинський державний медичний університет

Мультирезистентний туберкульоз (МРТБ) діагностують у 102 з 109 країн світу. За даними ВООЗ, у світі близько 50 млн. людей інфіковано резистентними до антимікобактеріальних препаратів (АМБП)

штамами мікобактерій туберкульозу (МБТ). Основна причина погіршення епідемічної ситуації полягає в зміні біологічних властивостей МБТ з розвитком полі- та мультирезистентності штамів *M. tuberculosis* до АМБП.

Мета роботи. Вивчити ефективність режимів хіміотерапії у хворих на вперше діагностований мультирезистентний туберкульоз легень та протитуберкульозну активність гетероциклічних сполуки.

Об'єкт дослідження: 43 особи, хворих на вперше діагностований мультирезистентний туберкульоз легень, МБТ виділені від хворих на вперше діагностований туберкульоз легень.

Найвищою часткою в структурі мультирезистентності штамів МБТ серед 43 обстежуваних пацієнтів, є розширена стійкість МБТ, яка встановлена у 67,4% хворих і формується за рахунок резистентності до стрептоміцину (HRS, HRSE, HRSZ, HRSEZ, HRSEEt) у 53,5 % пацієнтів, піразинамід (HRZ, HRSZ, HRSEZ) – у 27,9 %, етамбутолу (HRE, HRSEZ, HRSEEt, HRSEZ) – у 37,2 %.

Пацієнтам з МРТБ у 46,5 % призначали стандартний та 53,5 % індивідуальний режим хіміотерапії. Дані режими формувалися на основі препаратів 2-го ряду – канаміцину, етіонаміду, ПАСКу та фторхінолонів – офлоксацину, гатифлоксацину, левофлоксацину.

Оцінка режимів хіміотерапії, що проводилася через 6 міс. після проведення корекції лікування та переведення пацієнта на стандартний чи індивідуальний режим хіміотерапії показала, що припинення бактеріовиділення при стандартному та індивідуальному режимах хіміотерапії відбулося у 85 % та 39,1 % відповідно; часткове розсмоктування вогнищево-інфільтративних змін у 70 % та 60,9 %. Регресія каверн при даних режимах суттєво відрізняється: 65 % при стандартному проти 21,7 % індивідуальному режимах хіміотерапії.

Характерною особливістю МБТ є їх надзвичайна мінливість, завдяки якій вони здатні швидко звикати до антибактеріальних препаратів і, зокрема, до фармакоеконічного і найефективнішого препарату I ряду - ізоніазиду.

Однією із задач нашого дослідження є вивчення ефективності нових сполук на основі молекули ізоніазиду, що володіли б вираженою протитуберкульозною дією особливо при хіміорезистентному туберкульозі. Проведений перший етап синтезу 22 гетероциклічних сполук та постановка їх дії на *M. tuberculosis*.

Використані мікобактерії, виділені з харкотиння 5-ти хворих на вперше діагностований туберкульоз легень зі збереженою чутливістю до АМБП.

Для одержання заявлених сполук, розроблена одностадійна схема, яка базується на конденсації доступних 4(2)-замішених 1-алкіл(арил)-5-формілімідазолів. При їх нагріванні з гідразидом ізонікотинової кислоти в оцтовій кислоті утворюються відповідні N'-[(1H-імідазол-5-іл)метиле]ізонікотиногідразиди (I-VII), відсоток виходу 75-85 %.

Всього поставлено 250 проб (22 сполуки на 10 хворих (220) + 2 контролю на 10 хворих (20) з розведенням 10^{-2} та 10^{-4} (чисте середовище) + 1 пробірок на 10 хворих (10) з розчинником ДМСО) з концентрацією сполук 1 мкг/мл, 0,2 мкг/мл, 0,1 мкг/мл та 0,05 мкг/мл.

Отже, оцінка режимів хіміотерапії, показала, що ефективнішим виявився стандартний режим антимікобактеріальної терапії за рахунок використання препаратів 2-го ряду та фторхінолонів (EK(Am)ZEt(PASS)Q або EZEtPASSQ), вірогідність достовірна ($p=0,001$). Нові синтезовані сполуки, що містять ізоніазидний та імідазолний фрагменти – N'-[(імідазол-5-іл)метиле] ізонікотиногідразидів володіють протитуберкульозною активністю і можуть бути прототипами для створення нових лікарських засобів і, зокрема, для лікування хіміорезистентних форм туберкульозу легень.

Карвацька Ю.П.

ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОБІОТИКІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ВУЛЬГАРНІ ВУГРИ

Кафедри дерматовенерології

Буковинський державний медичний університет

Вульгарні вугри, які відносять до піодермій – гноячкових захворювань шкіри, є однією з найбільш поширених груп захворювань шкіри, які в структурі патології шкіри посідають друге місце. Не зважаючи на проведені клініко-лабораторні та експериментальні дослідження з проблем акне, питання етіології та патогенезу вульгарних вугрів залишаються до кінця не з'ясованими. Відомо, що у перебігу дерматозу мають значення спадкова схильність, дефіцит цинку в організмі, гіповітамінози, порушення імунного статусу й мікроциркуляції шкіри, розлади функції органів травного тракту тощо.

За даними літератури, захворювання травного каналу є однією з причин ініціювання та підтримання хронічного характеру ураження шкіри людини. Серед патології травного тракту дослідники вказують на вагомий роль уражень слизової оболонки шлунка, клітин печінки, процесу жовчовиведення, дисбіотичних порушень кишечника.

Кишкова мікрофлора (мікробіота) розглядається як виключно важливий і необхідний орган, яка у вигляді плівки вкриває всю поверхню кишечника і створює природний захисний бар'єр від мікроорганізмів, що потрапляють у кишковий тракт. Мікробіоценоз кишечника – це мікроекологічна система, що еволюційно склалася, в якій мікрофлора з певним видовим складом знаходиться у стані динамічної рівноваги й відповідає поняттю норми. Біфідо- і лактобактерії займають основне місце,