

"THE UNITY OF SCIENCE"

VIENNA, AUSTRIA

ACTUAL RESEARCH

Kuzina N.V.
GROUP AND INDIVIDUAL
PSYCHOTHERAPY IN RESTORING
COGNITIVE FUNCTIONS AND SOCIAL
REHABILITATION OF PATIENTS
WITH MENTAL DISORDERS.....135

NEGATIVE TRENDS IN THE RETAIL
SEGMENT OF THE PHARMACEUTICAL
INDUSTRY OF RUSSIAN FEDERATION.....140

Kurasheva N.A.
A CLINICAL CASE OF
PSYCHOANALYTICALLY ORIENTED
COUNSELING THE CHILD WITH THE USE
OF PROJECTIVE DRAWING.....146

Palkin V.A.
INFLUENCE OF FOURTH INDUSTRIAL
REVOLUTION ON DEVELOPMENT
OF SYSTEM EDUCATIONS.....151

Teslya S.N.
THE MODEL OF SECURITY OF SOCIAL ACTOR:
RESOURCE-BASED APPROACH.....153

Vdovina M.V.
ACTIVATION OF THE RESOURCES
OF THE ELDERLY PERSON AND HIS
SOCIAL ENVIRONMENT TO OVERCOME
THE PROBLEM OF LONELINESS.....164

Subbotina L.U.
MOTIVATIONAL AND COGNITIVE
COMPONENTS OF THE SUBJECT'S
PROFESSIONALIZATION.....166

April, 2016

THE USE OF ANTIBACTERIAL THERAPY IN ABDOMINAL SEPSIS

ЗАСТОСУВАННЯ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ АБДОМІНАЛЬНОМУ СЕПСИСІ

O.Y. Khomko

MD, PhD, Assoc. Professor,
Department of Nursing and Higher Nursing Education
Higher state educational establishment of Ukraine
«Bukovinian State Medical University», Ukraine.
E-mail: homko.oleg@bsmu.edu.ua
F.Dostoevsky st., 25/3 Chernivtsi, Ukraine, 58029.

R.I. Sydorчук

MD, PhD, Professor at the Department of General Surgery
Higher state educational establishment of Ukraine
«Bukovinian State Medical University», Ukraine.
A Hetman st., 2, Chernivtsi, Ukraine, 58004.
E-mail: rsydorчук@ukr.net

V.I. Hrebeniuk

PhD in surgery, Assoc. Professor,
Department of Surgery and Urology Department,
Higher educational establishment of Ukraine state
«Bukovinian State Medical University», Ukraine.
E-mail: wlad.69@mail.ru
Gorky St., 28/5, Chernivtsi, Ukraine, 58000

V.K. Grodetskyi

PhD in surgery, Assoc. Professor,
Department of Surgery and Urology Department,
Higher educational establishment of Ukraine state
«Bukovinian State Medical University», Ukraine.
E-mail: valentin.g75@mail.ru
Heroes of Stalingrad boulevard St., 5/32, Chernivtsi,
Ukraine, 58000

I.I. Bilyk

PhD in surgery, Assoc. Professor,
Department of General Surgery
Higher state educational establishment of Ukraine
«Bukovinian State Medical University», Ukraine.
Heroes of Stalingrad boulevard St., 5/17, Chernivtsi,
Ukraine, 58000

V.V. Romanchuk

5th year students on specialty "General medicine",
Higher state educational establishment of Ukraine
«Bukovinian State Medical University», Ukraine.
E-mail: Vrteam94@gmail.com
Chekhova st., 8/49, Chernivtsi, Ukraine, 58022

O.Й. Хомко

Кандидат мед. наук, доцент кафедри догляду з
а хворими та вищої медсестринської освіти
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний
університет», Україна
E-mail: homko.oleg@bsmu.edu.ua
вул. Ф. Достоевського, буд.25 кв.3, м.Чернівці, Україна,
58029.

Р.І. Сидорчук

Доктор мед. наук, професор кафедри загальної хірургії
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний
університет», Україна
E-mail: rsydorчук@ukr.net
А. Гетьмана, 2, м.Чернівці, Україна, 58004.

В.І. Гребенюк

Кандидат мед. наук, доцент кафедри хірургії та урології
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний
університет», Україна
E-mail: wlad.69@mail.ru
вул. Горького буд. 28 кв. 5, м.Чернівці, Україна, 58000

В.К. Гродецький

Кандидат мед. наук, доцент кафедри хірургії та урології
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний
університет», Україна
E-mail: valentin.g75@mail.ru
вул. Бульвар Героїв Сталінграду буд. 5 кв.32,
м.Чернівці, Україна, 58000

І.І. Білик

Кандидат мед. наук, доцент кафедри загальної хірургії
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний
університет», Україна
E-mail: kentavr2005@ukr.net
вул. Бульвар Героїв Сталінграду буд. 5 кв.17
м.Чернівці, Україна, 58000

В.В. Романчук

Студент медичного факультету №1, курс – 5,
Спеціальність «Лікувальна справа»
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний
університет», Україна
E-mail: vrteam94@gmail.com
вул. Чехова буд.8 кв.49, м.Чернівці, Україна, 58022

Resume. The question of antibiotic therapy in abdominal sepsis is reviewed. The conclusion is made that it should be taken into account the initial localization of pathological process, severity and duration of disease development. The drugs' pharmacokinetics and pharmacodynamics, the possibility of reaching the (therapeutic) concentrations in the pathological focus on ways and translocation chance combination, drugs' potentiation and cross-reactivity summation and potentiation of side effects is considered.

Keywords. Abdominal sepsis, microflora, treatment, systemic antibiotic therapy, antibiotics.

Резюме. Розглядається питання антибактеріальної терапії при абдомінальному сепсисі. Робиться висновок про те, що слід брати до уваги первинну локалізацію патологічного вогнища, тяжкість перебігу захворювання та тривалість його розвитку. Розглядаються фармакодинаміка та фармакокінетика препаратів, можливість досягнення достатніх (терапевтичних) концентрацій у патологічних вогнищах та на шляхах транслокації, ймовірність комбінування, потенціювання та крос-реактивності препаратів, сумачії та потенціювання побічних ефектів.

Ключові слова. Абдомінальний сепсис, мікрофлора, лікування, системна антибактеріальна терапія, антибіотики.

Вступ. Проблема лікування та профілактики абдомінального сепсису (АС) набуває все більшого медичного та соціального значення, оскільки, незважаючи на удосконалення методів діагностики та лікування, спостерігається тенденція до зростання частоти зустрічальності цього ускладнення, летальності та економічних втрат, що зумовлюється тяжкістю та надзвичайною варіабельністю клінічного перебігу, труднощами в діагностиці та частими невдачами хірургічного лікування цієї недуги. Незважаючи на стрімкий розвиток хірургічної науки і практики, у питанні розробки стратегії лікування абдомінального сепсису за останні 100 років прогрес практично відсутній [4, 1125-1129; 5, 215-263].

Останні дані з дослідження АС свідчать про пошуки нових лікувально-тактичних підходів, встановлення патогенетичних особливостей розвитку та перебігу АС, причин його виникнення та збудників, розробку системної етіотропної антибактеріальної терапії. Принципи хірургічного лікування та супроводжуючої терапії у спрощеному вигляді включають хірургічний контроль інфекційних вогнищ, системну етіотропну терапію (СЕАТ), системну корекцію гомеостазу – синдрому поліорганної дисфункції/недостатності (СПОД/Н) та контроль регуляторно-месенджерних систем організму. Основне місце посідає системна етіотропна антибактеріальна терапія. На думку переважної кількості дослідників, ця проблема дуже далека від розв'язання і потребує додаткового вивчення. Проблемними залишаються питання вибору антимікробних, антифунгальних препаратів та їх комбінацій, шляхів та методів їх введення, тощо [2, 56-74]. Водночас, не зважаючи на крайню актуальність проблеми, СЕАТ у більшості випадків здійснюється безсистемно, недостатньо обґрунтовано, і відповідно, недостатньо ефективно.

Мета дослідження. У зв'язку із вищевикладеним ми задались метою проаналізувати існуючий стан системної етіотропної антибактеріальної терапії абдомінального сепсису та розробити власні підходи до СЕАТ.

Матеріал та методи дослідження. У даному дослідженні прийняло участь 149 хворих на абдомінальний сепсис, що перебували на стаціонарному лікуванні в клініках загальної хірургії, хірургії та урології Буковинського державного медичного університету, хірургічних відділень №1-2 ОКУ «Лікарні швидкої медичної допомоги» м. Чернівці упродовж 2007-2014 рр., розподіл яких здійснювався за ступенями тяжкості та видами системної етіотропної антибактеріальної терапії (СЕАТ), таблиця 1. Дослідження проводилось *ad hoc* у відповідності з вимогами GCP та інших нормативних актів у галузі білетики.

Дані мета-аналізу доступних баз даних джерел літератури глибиною 10 років (Sciencedirect, Cochrane, MedConsult, PubMed, MedLine) послужили основою для розробки та оцінки ефективності системної етіотропної антибактеріальної терапії абдомінального сепсису. Критерії діагнозу та стратифікації – згідно Барселонського консенсусу Міжнародного сепсис-форуму [1, 28-47; 3, 42-58]. Слід відмітити, що мова надалі йде, в основному, про емпіричну універсальну СЕАТ. Статистична обробка отриманих масивів даних здійснювалась різними аналітичними методами, залежно від виду цифрового матеріалу, із поєднаним застосуванням програмних пакетів MS Excel® 2007 та Statsoft Statistica® v.7.5.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз отриманих даних показує, що СЕАТ у клініці загальної хірургії БДМУ здійснюється переважно у режимах монотерапії (28,19%), подвійної (46,31%) та потрійної антибіотикотерапії (26,85%). Монотерапія здійснювалась, як правило, у хворих з I-м ступенем тяжкості АС (60,0%), у той же час потрійний режим СЕАТ використовувався переважно у хворих з тяжким перебігом абдомінального сепсису та ПОД/Н (37,5%). Режим подвійної СЕАТ застосовували в усіх групах з приблизно рівномірним

розподілом, хоча дещо більшою була частка хворих з АС 2-го ступеня тяжкості. Слід зазначити, фактично режим монотерапії СЕАТ був таким тільки відносно. Насправді хворі цієї групи отримували й інші антимікробні препарати, однак застосування додаткових агентів було з різних причин недостатньо тривалим (системним) і служило лише для потенціювання дії основного препарату.

При поглибленому дослідженні технологій СЕАТ при АС та аналізі виправданості застосування окремих з них, нами з'ясовано що при потрійному режимі СЕАТ, схема антибактеріальної терапії включала, як правило похідне нітроїмідазолу (метронідазол, метрогіл, мератин, тощо), а також напівсинтетичний пеніцилін, цефалоспорин та аміноглікозид (гентаміцин, канаміцин). У окремих хворих застосовували також антифунгальні препарати.

Найчастіше схема потрійної системної антибактеріальної терапії АС включала препарати досить обмеженого спектру дії, що вибірково діють на анаеробну мікрофлору (метронідазол – у 32 (80%) хворих) та аміноглікозиди (гентаміцин – у 24 (60%) хворих). При аналізі розподілу застосування різних препаратів у відповідних групах хворих, виявляється, що напівсинтетичні пеніциліни застосовувались, в основному, у хворих з помірним ступенем тяжкості АС та абдомінальним сепсисом середнього ступеня тяжкості. Тільки у 5 (33,33%) хворих з тяжким сепсисом було використано напівсинтетичний пеніцилін (амоксацилін), модифікований блокатором β-лактамаз – аугментин® (амоксацилін-клавулонат). Слід зазначити, що у багатьох хворих з важким сепсисом та АС II-го ступеня тяжкості відбувалась відносна «заміна» частки пеніцилінів на антибіотики фторхінолонового ряду II-III-го покоління цiproфлоксацин та левофлоксацин. Застосування інших β-лактамних антибіотиків (цефалоспоринів) було досить одноманітним в усіх групах спостереження, що на нашу думку зумовлено відносною універсальністю цих препаратів унаслідок широкого спектру їх дії.

Необхідно підкреслити, що у 2 (13,33%) хворих з тяжким перебігом АС довелось до схеми СЕАТ включити антифунгальний препарат. У хворих II-ї групи такий препарат використано тільки у 1 (9,09%) хворого, а у I-ї групі потреби застосування антифунгальної терапії не було.

Спектр антимікробних препаратів, що застосовуються при подвійному режимі СЕАТ подібний до потрійного режиму, однак має певні відмінності. Як і при потрійному режимі, найбільш часто використовували препарати, що вибірково діють на анаеробну мікрофлору (похідні нітроїмідазолу – 34 (49,28%) випадки), однак значно меншою виявилась частота використання аміноглікозидів, які також володіють відносно обмеженим спектром дії, що сфокусований у першу чергу на Грамнегативну флору. Пояснюється це тим, що при СЕАТ×2 більше застосовували антибіотики з дуже широким спектром антимікробної дії (карбенемі, цефалоспорини, фторхінолон III-IV покоління, а також нові синтетичні пеніциліни у поєднанні з блокаторами пеніцилінази).

У цієї групи хворих тільки 2 (2,90%) отримували протифунгозний препарат ністатин, що опосередковано свідчить про нижчу частоту розвитку дизбіотичних ускладнень та меншу частоту розвитку грибкової суперінфекції при подвійній схемі СЕАТ ніж при СЕАТ×3. Характеристика антимікробних препаратів, застосованих при монотерапії АС відрізняється від спектру антибіотиків, що застосовувались при подвійній та потрійній СЕАТ. Слід знову наголосити, що у більшості випадків термін «монотерапія» не є зовсім виправданим, однак оскільки мова йде тільки про СЕАТ, подібне твердження має достатнє підґрунтя.

Хворі цієї групи отримували й інший антимікробний агент (як правило специфічно діючий на анаеробну мікрофлору, зокрема метронідазол або кліндаміцин), але сумарна отримана доза препарату не перевищувала добову, що дозволила нам виключити таких хворих з групи з подвійним режимом СЕАТ, оскільки у такому застосуванні анти-

мікробного препарату відсутня необхідна системність. Як правило така ситуація виникала через недоступність окремих препаратів унаслідок ідіосинкразії чи надмірної чутливості пацієнтів, побічних та алергічних реакцій, а також економічних проблем.

Найбільш часто використовуваними антибіотиками при монорежимі SEAT були фторхінолони II-III-го покоління, карбепенеми, а також сучасні β-лактаміні бактерицидні антибіотики (амоксцилін-клавулонат, цефепім, цефтріаксон). Усі зазначені антимікробні засоби володіють дуже широким спектром антимікробної активності [1, 28-47; 3, 42-58], високоактивні по відношенню до більшості Грам+ та Грам- мікроорганізмів з аеробним та анаеробним типом метаболізму.

У той же час β-лактаміні антибіотики перших поколінь, аміноглікозидами, протигрибкові препарати та інші засоби вузького спектру дії, зокрема метронідазол, у випадку монотерапії AC не застосовувались. Таким чином, для моно SEAT доцільно застосовувати тільки препарати достатньо широкого спектру дії, які володіють високою активністю до різноманітних груп мікроорганізмів.

Клінічні дані отримані при різних режимах SEAT при AC відрізняються досить незначно. При розгляді такого параметра, як термін госпіталізації, встановлено, що тільки у групі з потрійним режимом SEAT цей показник був вірогідно вищим ніж у групах SEAT×2 та SEAT×1. Так, у групі хворих з помірним ступенем тяжкості перебігу AC (група A) при потрійному режимі SEAT ліжкодень був вірогідно вищий ніж у відповідній групі з подвійним режимом SEAT, а при середньому ступені тяжкості AC ліжкодень достовірно перевищував аналогічний показник групи хворих з монотерапією.

Слід відмітити, що при узагальненні наведених у табл. 2 даних, нижчі показники тривалості госпіталізації, терміну знаходження у відділенні реанімації та інтенсивної терапії були, як правило, зафіксовані у групі з подвійною SEAT, а дещо вищі у групі з потрійним режимом. Водночас, при розгляді більшості показників достатньо вірогідних різниць не було встановлено, що не дозволяє однозначно рекомендувати конкретний режим системної етіотропної антибактеріальної терапії AC у якості режиму вибору, хоча такий висновок не може бути остаточним, оскільки дані отримані нами в цьому дослідженні повинні екстраполюватися на дози, вік та стать хворих, шляхи введення та інші фактори, які не вдалось адекватно рандомізувати.

Справа у тому, що режим SEAT×2, при якому антибактеріальна терапія здійснюється двома сучасними антибактеріальними препаратами досить широкого спектру дії виглядає більш обіцяюче, що, нашу думку зумовлюється гармонійним балансом між достатньо широким спектром бактерицидної активності обраних препаратів, а також відносно низьким токсичним та іншим негативним впливом на макроорганізм хворої людини. На цьому фоні очевидно, що монотерапія не завжди достатньо ефективна саме у зв'язку з недостатньою антимікробною активністю одного препарату, а масивна потрійна SEAT виступає додатковим обтяжуючим фактором, що ймовірно погіршує детоксикаційну функцію організму та пригнічує системи резистентності людини, зокрема імунну реактивність.

Очевидно, що незважаючи на дещо кращі результати отримані в групі з подвійним режимом SEAT, вибір антимікробних препаратів все ж таки залишається за хірургом у кожному конкретному випадку.

Висновки.

1. Абдомінальний сепсис – полі мікробне захворювання, що викликається, у більшості випадків асоціаціями збудників, що відносяться до різних таксономічних груп та потенціюють свої патогенетичні ефекти. Це зумовлює часту неефективність емпіричної антимікробної монотерапії.

2. Неможливість негайного визначення патогенів призводить до єдиного можливого шляху здійснення SEAT – початку невідкладної емпіричної антимікробної терапії. При цьому слід брати до уваги первинну локалізацію патологічного вогнища, тяжкість перебігу AC та тривалість його розвитку.

3. При цьому слід враховувати фармакодинаміку та фармакокінетику препаратів, можливість досягнення достатніх (терапевтичних) концентрацій у патологічних вогнищах та на шляхах транслокації, ймовірність комбінування, потенціювання та крос-реактивності препаратів, сумарної та потенціювання побічних ефектів, що може погіршити статус хворого, тощо.

Перспектива подальших досліджень. Отримані у дослідженні дані можуть бути основою для подальшого удосконалення та вибору режимів SEAT при абдомінальному сепсисі, шляхом вибору найбільш активних препаратів, які викликають найменшу резистентність збудників абдомінального сепсису.

Таблиця 1 Стратифікація хворих на AC за ступенями тяжкості перебігу та режимом системної етіотропної антибактеріальної терапії

№ п/п	Група	Режим SEAT					
		×1 режим		×2 режим		×3 режим	
		п (абс.)	% (відн.)	п (абс.)	% (відн.)	п (абс.)	% (відн.)
1	I ступінь тяжкості n=65	24	60,0/16,11	27	39,13/18,12	14	35,0/9,40
2	II ступінь тяжкості n=44	10	25,0/6,71	23	33,33/15,44	11	27,50/7,38
3	III ступінь тяжкості n=40	6	15,0/4,03	19	27,54/12,75	15	37,50/10,07
Всього: n=149 (100%)		40	100/28,19	69	100/46,31	40	100/26,85

Примітки: ×1 режим – режим моно SEAT; ×2 режим – режим подвійної SEAT; ×3 режим – режим потрійної SEAT; п (абс.) – абсолютна кількість пацієнтів у групі; % (відн.) – відсоток пацієнтів групи.

Таблиця 2 Клінічна ефективність застосування окремих режимів SEAT

Клінічна група – режим SEAT	Параметр			
	термін госпіталізації (дн)	летальність (%)	термін знаходження у ВРІТ (дн)	термін регресу симптомів ССЗР/В або ПОН/Д
SEAT×1 (A) n=24	14,43±1,17	2 (8,32%)	1,86±0,34	3,55±0,32
SEAT×1 (B) n=10	19,56±0,72	2 (20,0%)	4,59±0,84	10,37±0,59
SEAT×1 (C) n=6	33,47±2,21	3 (50,0%)	8,41±0,75	25,46±3,16
SEAT×2 (A) n=27	13,08±0,62	1 (3,70%)	1,46±0,30	3,14±0,25
SEAT×2 (B) n=23	22,46±1,14	4 (17,39%)	3,58±0,55	9,11±0,94
SEAT×2 (C) n=19	31,12±1,47	7 (36,84%)	5,39±1,09	22,46±2,51
SEAT×3 (A) n=14	14,47±0,93	1 (7,14%)	2,07±0,31	3,01±0,20
SEAT×3 (B) n=11	25,14±1,35	3 (27,27%)	4,94±0,73	11,72±
SEAT×3 (C) n=15	33,19±1,28	7 (46,67%)	8,33±1,13	28,05±

Примітки: ВРІТ – відділення реанімації та інтенсивної терапії; А – I ступінь тяжкості перебігу AC; В – II ступінь тяжкості перебігу AC; С – III ступінь тяжкості перебігу AC.

Література:

1. Sydorчук R.I. Abdominal'nij sepsis / R.I. Sidorchuk // Chernivtsi: BSMU, 2006. – 462 p. [in Ukrainian]
2. Saenko V.F. Sepsis and polyorgan insufficiency / V.F. Saenko, V.I. Desyaterik, T.A. Pertseva, V.V. Shapovalyuk // Kr. Rog.: Mineral, 2005. – 470 p. [in Ukrainian]
3. Mal'tseva L.A. Sepsis: ehpidemiology, pathogenesis, diagnostics, intensive therapy / L.A. Mal'tseva, L.V. Usenko, M.C. Mosentsev // D.: Art-press, 2004. – 160 p. [in Ukrainian]
4. Bone R.C. Sir Isaac Newton, sepsis, SIRS, and CARS // Crit. Care. Med. – 1996. – Vol.24. – P. 1125-1129.
5. Marchall J.C., Evans D.C. Yearbook of Intensive Care and Emergency Med / Ed. J. L. Vincent. – Springer-Verlag: Berlin Heidelberg, 1998. – 1091 p.

УДК: 378.147091.33-02722:[378.4:61(47785)БДМУ

CHANGES IN HORMONAL SYSTEM DEPENDING ON AGE, SEX AND STATE OF THE LIVER IN PATIENTS WITH ACNE

ЗМІНИ ГОРМОНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВІКУ, СТАТІ ТА СТАНУ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ДЕМОДЕКОЗ

J.A. Revenko

*PhD, Instructor, Department of Social Medicine and Health Organization
Higher state educational establishment of Ukraine
«Bukovinian State Medical University», Ukraine.
E-mail: zhanetta.revenko.80@mail.ru*

S.V. Yurnyuk

*Instructor, Department of Forensic Medicine and Medical Law
Higher state educational establishment of Ukraine
«Bukovinian State Medical University», Ukraine.
E-mail: slava.yurn@ukr.net*

O.Y. Khomko

*MD, PhD, Assoc. Professor,
Department of Nursing and Higher Nursing Education
Higher state educational establishment of Ukraine
«Bukovinian State Medical University», Ukraine.
E-mail: Homko.oleg@bsmu.edu.ua*

V.V. Romanchuk

*5th year students on specialties “General medicine”,
Higher state educational establishment Ukraine
«Bukovinian State Medical University», Ukraine.
E-mail: Vrteam94@gmail.com
Chekhova st., 8/49, Chernivtsi, Ukraine, 58022*

Ж.А. Ревенко

*Кандидат мед. наук, асистент кафедри соц. медицини та організації охорони здоров'я
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»,
Україна, E-mail: zhanetta.revenko.80@mail.ru*

С.В. Юрнюк

*Асистент кафедри судової медицини та медичного правознавства
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»
Україна, E-mail: slava.yurn@ukr.net*

О.И. Хомко

*Кандидат медичних наук, доцент кафедри догляду з а хворими та вищої медсестринської освіти
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»
Україна, E-mail: Homko.oleg@bsmu.edu.ua*

В.В. Романчук

*Студент медичного факультету №1, курс – 5,
Спеціальність «Лікувальна справа»
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»,
Україна, E-mail: Vrteam94@gmail.com
вул. Чехова буд.8 кв.49 м. Чернівці, Україна, 58022*

Summary. The paper considers new data that complement the understanding of the pathogenesis of demodicosis. A comprehensive in-depth study of hormones of pituitary-gonadal system reveals the pathogenic role of functional fragmentation of various parts of the endocrine system to initiate a process of adaptation and functional state of the liver in the case of demodicosis. The complex research of concentration of pituitary hormones, sex steroids and their relationships allows establishing deeper understanding of the pathogenesis of demodicosis. The peculiarities of pituitary-gonadal response relationships in patients with demodicosis depending on sex, including increased concentration of estradiol and progesterone and testosterone decline against moderate increase of gonadotropin hormones in men and the increase of testosterone, progesterone and LH in case of a relative decline of estradiol and FSH in women.

Keywords: demodicosis, pituitary-gonadal system, luteinizing hormone (LH), follicle-stimulating hormone (FSH), prolactin (PRL), liver dysfunction (DP), gonadotrophin, testosterone, estrogen.