

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

100 – ї

підсумкової наукової конференції

професорсько-викладацького персоналу

Вищого державного навчального закладу України

«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

11, 13, 18 лютого 2019 року

(присвячена 75 - річчю БДМУ)

Чернівці – 2019

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м. Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2019. – 544 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м.Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Бойчук Т.М., професор Івашук О.І., доцент Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

професор Братенко М.К.

професор Булик Р.Є.

професор Гринчук Ф.В.

професор Давиденко І.С.

професор Дейнека С.Є.

професор Денисенко О.І.

професор Заморський І.І.

професор Колоскова О.К.

професор Коновчук В.М.

професор Пенішкевич Я.І.

професор Сидорчук Л.П.

професор Слободян О.М.

професор Ткачук С.С.

професор Тодоріко Л.Д.

професор Юзько О.М.

д.мед.н. Годованець О.І.

ISBN 978-966-697-543-3

© Буковинський державний медичний
університет, 2019



етіотропна (антимікобактеріальна) терапія. Обстежувались хворі, які знаходились на лікуванні у 1-му фтизіатричному відділенні Чернівецької комунальної медичної установи – обласний клінічний протитуберкульозний диспансер. У стаціонарі перебувала 161 особа, 28 пацієнтів лікувалися амбулаторно. На протязі 10 місяців 2018 року проводили вибірку стаціонарних та амбулаторних історій хвороб, які містили дані виникнення побічних реакцій. Усім хворим проводилась комплексна хіміотерапія з використанням рифампіцину, добова доза якого складала 600 мг. Рифампіцин – напівсинтетичний похідний рифаміцину. Це складний макроциклічний антибіотик, який інгібує синтез рибонуклеїнової кислоти у багатьох патогенних мікроорганізмів. Він має сильну бактерицидну дію, а також діє як стерилізатор на мікобактерії туберкульозу. Випускається у таблетованій і ін'єкційній формах. Після вживання всередину швидко всмоктується з травного каналу і проникає в клітини тканин і в рідині організму. Біодоступність при прийомі натще становить 95 %. При прийомі під час їжі біодоступність знижується. Створює ефективні концентрації в мокротинні, слині, назальному секреті, легенях, плевральному та перитонеальному ексудатах, нирках, печінці. Терапевтична концентрація препарату в організмі підтримується 8-12 годин. Метаболізується у печінці з утворенням активного метаболіту. З організму виводиться переважно з жовчю та сечею. Стійкість до рифампіцину розвивається швидко, тому рифампіцин необхідно завжди вводити в комбінації з іншими ефективними антимікобактеріальними препаратами.

У більшості випадків рифампіцин у добовій дозі 600 мг переноситься добре. Але у деяких хворих можуть спостерігатися несприятливі побічні реакції. Для зменшення ризику розвитку тяжких побічних реакцій рифампіцин бажано застосовувати у щоденній, а не інтермітуючій схемі терапії. Переносимість препарату оцінювали на підставі суб'єктивних скарг і відчуттів пацієнтів, а також враховували динаміку лабораторних показників, частоту виникнення і характер побічних реакцій. Особливу увагу звертали на функцію печінки, гепатит.

Вивчення динаміки розвитку побічних реакцій у процесі комплексного лікування із застосуванням рифампіцину у хворих із вперше діагностованим туберкульозом легень виявило виникнення 278 випадків побічних реакцій, вираженість їх виникнення на рифампіцин встановлено за 10 місяців у 12 хворих, що становить 4,3 % від усіх випадків побічних дій прийому антимікобактеріальних препаратів.

Застосування рифампіцину в добовій дозі 600 мг щоденно у комплексній терапії з іншими ефективними антимікобактеріальними препаратами викликає розвиток побічних реакцій у 4,3 % випадків.

Сторожук М.В.

ОПТИМІЗАЦІЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РОЗАЦЕА З УРАХУВАННЯМ ПОКАЗНИКІВ МЕДІАТОРІВ ЗАПАЛЕННЯ

Кафедра дерматовенерології

*Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Удосконалення лікувальної тактики щодо хворих на розацеа є актуальним завданням сучасної дерматології, що зумовлено поширеністю дерматозу (від 2% до 8% у структурі патології шкіри), схильністю до тривалого хронічного перебігу, торпідного до стандартної терапії, що спричиняє негативний вплив на психосоцієльний стан пацієнтів, знижує їх працездатність та соціальну активність. Встановлено, що розацеа – це поліфакторний дерматоз, в його розвитку мають значення екзогенні (метеорологічні, аліментарні, хімічні) чинники, кліщі роду *Demodex* та ендогенні механізми – нейроендокринні розлади, ангіопатії, захворювання органів травлення тощо, а також імунні фактори, зокрема прозапальні цитокіни, які ініціюють та сприяють хронізації запальних процесів у шкірі.

Метою роботи було розробити удосконалене комплексне лікування хворих на розацеа з урахуванням сироваткового вмісту окремих цитокінів прозапального та протизапального



спрямування. Під спостереженням перебували 110 хворих на розацеа, з них 71 (64,5%) жінка та 39 (35,5%) чоловіків віком від 29 до 64 років, з них у 36 (32,7%) хворих діагностовано еритематозно-телеангіектатичну стадію (форму), а в 74 (67,3%) осіб – папуло-пустульозну стадію (форму) дерматозу. У 43 пацієнтів дерматоз тривав до 6 місяців, у 44 – від 6 до 12 місяців, у 23 – більше року. У хворих на розацеа до і після лікування досліджували вміст у сироватці крові окремих цитокінів про- і протизапального спрямування – інтерлейкінів - 4, 8, 10, 17A і 18 (ІЛ-4, ІЛ-8, ІЛ-10, ІЛ-17A, ІЛ-18) методом імуноферментного аналізу. Контрольну групу склали 18 практично здорових осіб (донорів) подібного віку й статі. Статистичну обробку результатів досліджень проводили з використанням пакетів ліцензованих програм «Microsoft Excel» та «STATISTICA 6.0» StatSoft Inc.

Встановлено, що у хворих на розацеа є дисбаланс показників цитокінового профілю периферійної крові, а саме вірогідне підвищення порівняно з контрольною групою рівня прозапальних цитокінів – ІЛ-8 (в 2,14 рази, $p=0,012$), ІЛ-17A (в 4,11 рази, $p<0,001$) та ІЛ-18 (на 63,3%, $p=0,002$) на тлі неістотного підвищення вмісту ІЛ-10 ($p=0,96$) та тенденції до зниження ІЛ-4 (на 22,1%, $p=0,076$). Більш істотні зміни сироваткового вмісту досліджуваних цитокінів визначено у хворих на папуло-пустульозну стадію (форму) дерматозу порівняно з еритематозно-телеангіектатичною стадією розацеа. У процесі лікування хворі на розацеа були розподілені на дві подібні за клінічними проявами дерматозу групи: першу (порівняльну) – 56 хворих, які отримали стандартну терапію дерматозу, та другу (основну) – 54 хворих, яким з урахуванням клінічних проявів розацеа та рівня показників досліджуваних цитокінів додатково призначали антигістаміновий засіб із протизапальною дією із вмістом біластину та препарат кетотифену фумарат, що гальмує вивільнення й активність гістаміну та інших медіаторів запалення. Для оцінки клінічних проявів розацеа у хворих до і після лікування застосовували шкалу діагностичної оцінки розацеа (ШДОР). Згідно результатів досліджень, у хворих на розацеа основної групи після комплексного лікування встановлено зменшення сироваткового вмісту ІЛ-8 (на 45,2%, $p = 0,036$), ІЛ-17A (на 49,4%, $p = 0,006$) та ІЛ-18 (на 27,5%, $p = 0,075$) за лише тенденції до зменшення у пацієнтів порівняльної групи ІЛ-18 (на 22,7%, $p = 0,15$). У хворих основної групи також встановлено кращі клінічні результати лікування з вірогідним зменшенням у них показника ШДОР відносно його значення після лікування у пацієнтів порівняльної групи (на 39,4%, $p < 0,001$).

Отже, застосування у комплексному лікуванні хворих на розацеа антигістамінових засобів із протизапальною дією (біластин, кетотифену фумарат) сприяє нормалізації чи тенденції до нормалізації сироваткового вмісту цитокінів прозапального спрямування (ІЛ-8, ІЛ-17A, ІЛ-18), а також вірогідно покращує клінічні результати лікування таких пацієнтів.

Сулятицька Ж.В.

НЕБУЛАЙЗЕРНА ТЕРАПІЯ ПРИ ТУБЕРКУЛЬОЗІ ЛЕГЕНЬ ТА БРОНХООБСТРУКТИВНОМУ СИНДРОМІ

Кафедра фтизіатрії та пульмонології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський 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. У період епідемії стає очевидним, що поширені форми туберкульозу (ТБ) легенів, особливо деструктивні, розвиваються із залученням бронхіальної системи, що стає однією із важливих причин низької ефективності програм лікування.

Проведений аналіз вітчизняних та закордонних літературних даних щодо застосування небулайзерної терапії в лікуванні хворих на туберкульоз із супутнім бронхообструктивним синдромом.