

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



МАТЕРІАЛИ

97 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
вищого державного навчального закладу України
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

15, 17, 22 лютого 2016 року

Чернівці – 2016

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 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 Кравченко О.В.

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.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний
університет, 2016



досліджуваних цитокінів у пацієнтів групи порівняння – вірогідне ($p < 0,05$) зменшення ТНФ- α лише у хворих на тяжкі форми акне (на 20,7%) та ІЛ-1 β у пацієнтів із середньотяжким та тяжким клінічним перебігом дерматозу (зменшення відповідно на 20,6% і 29,6%) зі збереженням вірогідної різниці з показниками осіб контрольної групи. Наприкінці комплексного лікування у пацієнтів основної групи констатовано вірогідне ($p < 0,05$) підвищення рівня протизапального цитокіну інтерферону- γ (на 46,7%) за лише тенденції ($p > 0,05$) до підвищення рівня інтерлейкіну-4 (на 26,0%), а у хворих на акне групи порівняння ці показники мали лише тенденцію до підвищення без вірогідної різниці з їх початковими рівнями.

Таким чином, застосування хворим на вугри звичайні на тлі супутньої герпесвірусної інфекції комплексної терапії із призначенням протівірусного препарату з імуномодулювальними властивостями інозину пранобексу та імунотропного засобу тималіну зумовлює вірогідну позитивну динаміку вмісту в сироватці крові прозапальних (ТНФ- α , ІЛ-1 β) та протизапального (ІЛ-4) цитокінів.

Гасвська М.Ю., Перепічка М.П.

КЛІНІЧНІ РЕЗУЛЬТАТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ПРОБІОТИКА

Кафедра дерматовенерології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Псоріаз – це поширене хронічне захворювання шкіри, яке у структурі дерматологічної патології складає від 7% до 9%. Особливостями клініки дерматозу на сучасному етапі є часто рецидивуючий перебіг та зростання кількості хворих із формуванням резистентності до засобів базової терапії дерматозу, що є причиною зниження дієздатності та соціальної активності пацієнтів. Все це визначає важливу медичну й соціальну значимість псоріазу та потребує удосконалення способів лікування даного дерматозу.

Відомо, що псоріаз – це дерматоз із поліфакторним патогенезом, у його розвитку й перебігу важливе значення має генетична детермінованість, розлади нейроендокринної й імунної регуляції, метаболічні порушення, а також дисбаланс кишкового біоценозу.

Метою дослідження було підвищити ефективність лікування хворих на псоріаз шляхом застосування в їх комплексній терапії лікарського засобу, який нормалізує показники біоценозу порожнини товстої кишки.

Під спостереженням перебували 48 хворих на псоріаз, з них 28 чоловіків та 20 жінок, віком від 22 до 63 років із тривалістю дерматозу від 5 до 22 років. Для оцінки клінічних проявів псоріазу та аналізу ефективності різних методів лікування дерматозу у пацієнтів визначали індекс ураження шкіри й тяжкості псоріатичного процесу – PASI за загальноприйнятою методикою.

Статистичну обробку даних досліджень проводили на персональному комп'ютері із застосуванням програми Excel, використовували критерій Стюдента (t), за вірогідну вважали різницю середніх при $p < 0,05$.

Серед 48 обстежених хворих на псоріаз у більшості (у 38 осіб – 84,4%) діагностовано звичайний (вульгарний) псоріаз, у 7 (15,6%) осіб – ексудативну форму дерматозу. У всіх пацієнтів патологічний процес на шкірі мав поширений характер, у 41 (91,1%) хворого діагностовано прогресуючу стадію псоріазу, у 4 (8,9%) осіб – стаціонарну. Середнє значення індексу PASI в обстежених хворих на псоріаз до початку їх лікування склало $24,1 \pm 0,74$.

У значній кількості (у 38 осіб – 72,1%) хворих на псоріаз при обстеженні у гастроентеролога було виявлено супутні, часто комбіновані, захворювання з боку органів травлення, у тому числі кишкового тракту із проявами різного ступеня дисбіозу вмісту порожнини товстої кишки, які переважно мали латентний чи субклінічний перебіг.

У процесі лікування хворі на псоріаз були розподілені на дві співставні за віком, статтю і клінічними проявами дерматозу групи: I (порівняльна) – 23 особи, яким призначали стандартну терапію псоріазу, II (основна) група – 25 осіб, яким призначали комплексне лікування із додатковим застосуванням пробіотика “Ентерожерміна” згідно інструкції до препарату. Препарат “Ентерожерміна” – це суспензія спор *Bacillus clausii*, які звичайно присутні в кишечнику та не виявляють патогенної активності. Завдяки дії *Bacillus clausii* препарат відновлює кишкову мікрофлору, змінює в результаті лікування лікарськими засобами, які призводять до дисбактеріозу. Крім того, завдяки здатності *Bacillus clausii* синтезувати різні вітаміни, особливо групи B, препарат сприяє корекції дисвітамінозу. Завдяки метаболічній активності *Bacillus clausii* застосування препарату дозволяє досягти неспецифічного антигенного та антиоксидантного ефекту. Слід відзначити, що всі пацієнти основної групи застосування препарату “Ентерожерміна” перенесли добре, без розвитку ускладнень чи побічних реакцій.

Таким чином, аналіз результатів лікування засвідчив, що застосування у комплексному лікуванні псоріазу пробіотика “Ентерожерміна” сприяє прискоренню регресу еритематозних та інфільтративних проявів у ділянці висипки на шкірі з вірогідним зменшенням у хворих основної групи наприкінці лікування індексу PASI порівняно з його початковим значенням на 73,7%, у той час як у пацієнтів, які отримали лише засоби базової терапії, індекс PASI зменшився на 58,3%, що дозволяє рекомендувати застосування пробіотика “Ентерожерміна” у комплексній терапії псоріазу.



Голяр О.І.

ІМУННА РЕАКТИВНІСТЬ ОРГАНІЗМУ ТА ВІДПОВІДЬ НЕЙТРОФІЛІВ ПЕРИФЕРІЙНОЇ КРОВІ ХВОРИХ НА КИШКОВІ ІНФЕКЦІЇ

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Нейтрофільні лейкоцити першими надходять до вогнища інтервенції бактерій – збудників запалення. Вони постійно перебувають у пристінковому шарі плазми крові і здатні у будь-який момент залишити капіляри і перейти до осередку локалізації збудника запального процесу.

Вагомість цієї популяції імунокомпетентних клітин була підставою для вивчення реактивної відповіді нейтрофільних поліморфноядерних лейкоцитів периферійної крові у хворих на харчову токсикоінфекцію (сальмонельоз).

Реактивну відповідь нейтрофільних лейкоцитів хворих на харчову токсикоінфекцію (сальмонельоз) оцінювали за такими гематологічними показниками: за індексом реактивної відповіді нейтрофілів; нейтрофільно-лімфоцитарним коефіцієнтом, індексом зсуву нейтрофілів і лейкоцитів, лімфоцитарно – гранулоцитарним індексом, індексом співвідношення нейтрофілів і моноцитів індексом співвідношення значень абсолютної кількості лейкоцитів і ШЗЕ, індексом нейтрофільної реактивності, за лімфоцитарним і лейкоцитарним індексом.

У хворих на сальмонельоз індекс реактивної відповіді нейтрофільних лейкоцитів при поступленні на госпіталізацію зростає у 2,64 рази, нейтрофільно-лімфоцитарний коефіцієнт – на 84,40%, індекс зсуву нейтрофілів – у 2,15 рази, лейкоцитів – у 2,08 рази, індекс співвідношення нейтрофілів і моноцитів – у 3,68 рази, індекс співвідношення лейкоцитів і ШЗЕ – у 20,52 разів, лейкоцитарного індексу – у 4,03 рази.

Клінічне значення зростання індексу реактивної відповіді нейтрофілів полягає в тому, що інтервенція сальмонели здійснена і активно формуються і здійснюються механізми вродженого (адаптивного) імунітету за рахунок активації процесів розпізнання патогеном і включення механізмів захисної і секреторної активності поліморфноядерних нейтрофільних лейкоцитів.

У практично здорових осіб індекс зсуву лейкоцитів і нейтрофілів периферійної крові становить $1,73 \pm 0,04$ у.о. і не залежить від загальної абсолютної кількості лейкоцитів у периферійній крові. Підвищення індексів зсуву лейкоцитів і нейтрофілів свідчать про активний запальний процес в організмі хворих на сальмонельоз і про порушення імунологічної реактивності. Його збільшення пов'язане із зниженням відносної кількості еозинофілів і підвищенням відносної кількості паличкоядерних і сегментоядерних нейтрофільних лейкоцитів. Зростання індексу співвідношення нейтрофілів і моноцитів підтверджує відповідний рівень (III ступінь імунних порушень) формування і розвиток запального процесу.

Підтвердженням прогресуючого розвитку і перебігу сальмонельозу є зниження у 2,02 рази лімфоцитарно-гранулоцитарного індексу за рахунок суттєвого зростання гранулоцитів, лімфоцитарного індексу на 80,0%.

Перераховані вище зміни показників, що характеризують стан факторів і механізмів реактивної відповіді нейтрофільних лейкоцитів периферійної крові підтверджують про суттєву (II ступінь імунних порушень) активацію неспецифічної реактивності імунокомпетентних клітин, що беруть участь у природженому (неспецифічному імунітеті), що характеризує першу лінію захисту від генетично чужорідних живих тіл (мікроорганізмів), речовин, клітин, тощо.

Зростання індексу імунної реактивності в 2,09 рази засвідчує про активацію специфічної імунної відповіді, яка на день госпіталізації (повна маніфестація хвороби) уже формується, або продовжує розвиток її, але фактори і механізми не специфічного протипатогенного захисту своєю ефективністю на цей період захворювання значно, на 58,62%, знижують свою активність вже переважає специфічна імунна відповідь – появляються специфічні імунглобуліни основних класів і клон специфічних реактивних Т СД 8 лімфоцитів.

Гулей Л.О.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ АЛЕРГІЧНИХ ДЕРМАТОЗІВ У ХВОРИХ ІЗ СУПУТНИМИ ДИФУЗНИМИ УРАЖЕННЯМИ ПЕЧІНКИ НЕВІРУСНОГО ПОХОДЖЕННЯ

Кафедра дерматовенерології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

За даними ВООЗ, алергічні дерматози на сьогоднішній день займають 3-є місце за поширеністю серед захворювань шкіри. Відомо, що в різних регіонах України поширеність алергічних захворювань шкіри складає від 20 до 40%, причому за останні 5 років в Україні спостерігається тенденція до збільшення кількості пацієнтів із алергодерматозами. У дитячому віці алергодерматози посідають перше місце, на їх частку припадає 50-66% усіх форм алергічних захворювань, серед яких переважає atopічний дерматит.

Алергодерматози є гетерогенною групою захворювань шкіри, провідне значення у патогенезі яких відводять алергічним реакціям негайного або уповільненого типу. Зважаючи на розмаїття факторів, що сприяють розвитку алергодерматозів (погіршення екологічної ситуації; обтяжена спадковість; постійний контакт із побутовими хімічними речовинами, збільшення кількості трофалергенів, консервантів; неконтрольоване вживання ліків; наявність гельмінтозів тощо), перш ніж призначити лікування, необхідно