

**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- $\alpha$  лише у хворих на тяжкі форми акне (на 20,7%) та ІЛ-1 $\beta$  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- $\gamma$  (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- $\alpha$ , ІЛ-1 $\beta$ ) 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 – сксудативну 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 протиінфекційного захисту своєю ефективністю на цей період захворювання значно, на 58,62%, знижують свою активність вже переважає специфічна імунна відповідь – пов'язуються 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



враховувати дані анамнезу хвороби (звертаючи особливу увагу на провокуючі фактори), клінічну картину, виявлення супутніх соматичних захворювань, санацію вогнищ фокальних інфекцій.

Під спостереженням перебували 15 хворих на алергічні дерматози (10 чоловіків, 5 жінок) у яких було діагностовано: у 6 (40%) осіб – хронічну екзему, у 3 (20%) осіб – atopічний дерматит, у 2 (13,3%) осіб – обмежений нейродерміт (за типом простого лишая Відаля), у 2 (13,3%) осіб – алергічний дерматит та у 2 (13,3%) осіб – кропив'янку. В умовах міста мешкали 10 (66,7%) обстежених осіб, решта 5 (33,3%) – у сільській місцевості. За віком обстежені пацієнти були представлені наступним чином: 18-25 років – 3 особи, 26-35 років – 4 особи, 36-49 років – 5 осіб, 50-65 років – 3 особи. У 12 (80%) пацієнтів захворювання шкіри мало хронічний перебіг (з тривалістю більше року – у 8 пацієнтів, більше 5 років – у 4 осіб), у 3 (20%) осіб – було діагностовано вперше. Рецидиви дерматозу в осіб із хронічним перебігом відмічалися не менше, ніж 2 рази на рік. При обстеженні та постановці заключного діагнозу брали до уваги скарги пацієнтів, характер клінічної картини дерматозу, наявність ускладнень. До групи обстежених осіб не включали пацієнтів із наявними на час спостереження ознаками вторинної піодермії. У всіх пацієнтів було отримано письмову інформовану згоду на участь пацієнта у дослідженні. Пацієнтам проводили обстеження з застосуванням наступних методів дослідження: лабораторних методів дослідження (біохімічних показників крові, імунограми, копрограми, протеїнограми) та інструментальних методів діагностики (УЗД органів черевної порожнини) з проведенням їх оцінки та аналізу.

До початку обстеження лише троє із обстежених хворих на хронічні алергічні дерматози не знаходилися на обліку в лікаря – гастроентеролога (з приводу захворювань з боку шлунково-кишкового тракту). У процесі обстеження у всіх хворих на хронічні алергодерматози було виявлено дифузне ураження печінки не вірусного генезу, а також діагностовано супутні, часто комбіновані, захворювання з боку гепатобіліарної системи чи кишкового тракту: у 8 – хронічні гепатити змішаної етіології, у 5 – хронічний панкреатит, у 4 – хронічний холецистит, у 2 – хронічний гастродуоденіт.

Найбільшу частку (40%) серед обстежених пацієнтів склали хворі на екзему. Серед клінічних різновидів екземи найчастіше (у 26,7% хворих) діагностовано справжню екзему, яка виникала після контакту з хімічними чинниками, що зустрічаються в побуті, а також після перенесених стресів. У 13,3% пацієнтів діагностували нумулярну форму мікробної екземи, яку пов'язували з перенесеними простудними захворюваннями. Критерієм включення в дослідження був atopічний дерматит у фазі загострення, ступінь тяжкості захворювання відповідав середній (у 6,7% осіб) чи тяжкій (у 13,3% осіб) формі, що склало 30-70 балів по шкалі SCORAD із площею ураженої ділянки до 30% від площі тіла та клінічно проявлялося у вигляді ліхеноїдної форми з дифузним чи дисемінованим ураженням шкіри. У двох випадках був виставлений діагноз хронічної ідіопатичної кропив'янки середнього ступеня тяжкості, із загостреннями дерматозу 2 рази на рік. Тривалість останньої клінічної ремісії у пацієнтів до залучення в дослідження становила 3-6 місяців. Ці пацієнти не змогли вказати вірогідну причину розвитку патологічного процесу. У кожного сьомого (у 13,3%) пацієнта було діагностовано алергічний дерматит, який з'явився внаслідок повторних контактів шкіри із побутовими миючими засобами чи зовнішніми лікарськими препаратами. У більшості (у 66,7%) хворих патологічний процес мав розповсюджений характер, був ускладнений алергідами (у 33,3% осіб). Всіх пацієнтів турбував різкий свербіж, процес на шкірі характеризувався яскравою гострозапальною реакцією (спостерігався виражений набряк, значна гіперемія, наявність значної кількості вузликів, везикул, у випадку екземи – ерозій з явищами мокноття, кірочок та лусочок).

Таким чином, серед обстежених хворих на алергічні дерматози із супутніми дифузними ураженнями печінки невірусного походження найбільшу частку (40%) складають хворі на екзему з переважанням справжньої (істинної) екземи, а також хворі на atopічний дерматит із поширеним ураженням шкіри і тривалим перебігом дерматозу та різко виразними запальними проявами у період їх загострення, що призводить до тривалого зниження чи втрати хворими дієздатності та обґрунтовує актуальність вдосконалення їх комплексної терапії.

Денисенко О.І.

#### СТАН ЗАХВОРЮВАНOSTІ ТА ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ВУГРІВ РОЖЕВИХ У МЕШКАНЦІВ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

*Кафедра дерматоенерології*

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

Вугри рожеві (розацеа) – хронічне захворювання шкіри, яке в Україні в структурі дерматологічної захворюваності складає близько 5%. Дерматоз локалізується на відкритих ділянках шкіри – обличчі, характеризується тривалим хронічним перебігом із тенденцією до формування у хворих резистентності до засобів стандартної терапії, що є причиною психоемоційних розладів пацієнтів, зниження їх дієздатності та соціальної активності, що визначає важливе медичне та соціальне значення рожевих вугрів.

За даними сучасних досліджень, етіопатогенез рожевих вугрів є складним, багатфакторним, який нині залишається до кінця не вивченим. Встановлено, що розвитку розацеа сприяють ряд екзо- та ендегенних чинників. До зовнішніх факторів виникнення дерматозу відносять: аліментарні, вплив сонячного опромінення й хімічних подразників, патологічну роль у розвитку запальних процесів кліщів роду *Demodex* тощо. Водночас серед ендегенних чинників розвитку розацеа виділяють: розлади ендокринної й нервової регуляції,



захворювання шлунково-кишкового тракту, зміни мікроциркуляції, вплив вогнищ хронічної інфекції, наявність дисбіотичних порушень товстої кишки, розвиток вторинних імунодефіцитних станів тощо.

У розвитку рожевих вугрів клінічно виділяють наступні стадії: еритематозу, яка проявляється стійкою еритемою та розвитком телеангіектазій; папульозну – проявляється розвитком на тлі еритеми дрібних запальних вузликів (папул); пустульозну, для якої є характерним поява гноячкових елементів висипки (пустул); інфільтративно-продуктивну, яка проявляється утворенням запальних вузлів, інфільтратів та пухлиноподібних розростань, які є найбільш помітними на шкірі носа (ринофіма). Оскільки висипка часто поєднується, прийнято вирізняти наступні форми розацеа: еритематозно-телеангіектатичну, папуло-пустульозну, пустульозно-вузлову.

Метою роботи було визначити особливості захворюваності та клінічного перебігу рожевих вугрів серед мешканців Чернівецької області.

Проведено ретроспективний аналіз 126 карт стаціонарних хворих на рожеві вугри віком від 23 до 79 років, які є мешканцями Чернівецької області й отримали лікування в дерматологічному відділенні Чернівецького обласного шкірно-венерологічного диспансеру (ОШВД) упродовж останніх чотирьох років. У процесі роботи вивчали розподіл хворих на рожеві вугри за місцем проживання, статтю, віком, особливостями клінічних проявів на шкірі та тривалістю дерматозу.

Встановлено, що на території Чернівецької області на рожеві вугри значно частіше хворіють мешканці міст (85 осіб – 67,5%), рідше (41 хворий – 32,5%) – жителі сільських населених пунктів, причому в останні роки відзначено тенденцію до подальшого зростання частки хворих на даний дерматоз серед міського контингенту регіону: у 2011 р. – 66,0%, у 2014 р. – 73,1%. Аналіз гендерних особливостей хворих на рожеві вугри засвідчив, що серед 126 пацієнтів із розацеа, які перебували на стаціонарному лікуванні в Чернівецькому ОШВД упродовж останніх чотирьох років, переважно більшість (95 пацієнтів – 75,4%) склали особи жіночої статі, рідше розацеа діагностовано серед осіб чоловічої статі (31 хворий – 24,6%). Слід відзначити, що більше половини хворих на рожеві вугри (87 пацієнтів – 69,1%) – це особи активного працездатного віку, з них 26 (20,6%) осіб – віком до 40 років, решта 39 (30,9%) хворих – особи пенсійного віку. Встановлено тенденцію до зростання в останні роки частки хворих на розацеа середнього працездатного віку (41-60 років) серед інших вікових груп пацієнтів: у 2011 р. – 45,3%, у 2014 р. – 56,7%.

Аналіз клінічних проявів рожевих вугрів у мешканців Чернівецької області показав, що практично у всіх (у 119 осіб – 94,4%) пацієнтів висипка була розташована на шкірі обличчя (лоб, щоки, підборіддя), лише у 5 (4,0%) пацієнтів висипка поширювалася на шкіру шиї та у 2 (1,6%) хворих – на волосяну ділянку голови. Згідно виразності клінічних проявів лише у 5 (3,9%) хворих було діагностовано еритематозну форму дерматозу, яка є початковою стадією розвитку дерматозу. У переважній більшості (у 117 осіб – 92,8%) діагностовано папуло-пустульозну форму дерматозу, причому в 52 (41,2%) пацієнтів – з переважанням папульозних елементів висипки, а в 65 (51,6%) хворих – з наявністю чисельних папульозних та пустульозних елементів висипки на шкірі. Водночас лише у 4 (3,2%) хворих встановлено пізню – інфільтративно-продуктивну форму рожевих вугрів із проявами ринофіми. Слід зазначити, що в останні роки відзначається тенденція до зростання (на 11,8%) частки хворих із проявами пустульозної форми розацеа.

Згідно даних анамнезу, у більшості 116 (92,1%) пацієнтів рожеві вугри мали хронічний перебіг від 6 місяців до 11 років, у решти 10 (7,9%) хворих захворювання шкіри було діагностовано вперше і тривало до 6 місяців. Аналіз анамнестичних даних свідчить про зростання кількості пацієнтів із тривалістю розацеа більше 5 років (у 2011 р. – 11,3%, у 2014 р. – 23,7%), що свідчить про збільшення частки хворих із формуванням резистентності до засобів стандартної терапії дерматозу.

Таким чином, на території Чернівецької області рожеві вугри частіше виникають серед мешканців міст, осіб жіночої статі та пацієнтів активного дієздатного віку за тенденції до збільшення пустульозних форм розацеа та тривалим (більше 5 років) перебігом захворювання, що обґрунтовує актуальність проведення наукових досліджень із визначення етіопатогенетичних чинників та вдосконалення способів лікування даного дерматозу у мешканців області.

Єременчук І.В.

#### ВСТАНОВЛЕННЯ ІНТЕНСИВНОСТІ АПОПТОЗУ ЕПІТЕЛІОЦИТІВ БРОНХІВ ПРИ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОМУ ТУБЕРКУЛЬОЗІ ЛЕГЕНЬ

*Кафедра фтизіатрії та пульмонології*

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

Апоптозу (АП) та порушенням його регуляції належить одне з провідних місць у виникненні специфічного туберкульозного запалення, розвитку та прогресуванню імунної недостатності, підтриманні латентної персистенції мікобактерій туберкульозу (МБТ). За допомогою АП здійснюється елімінація аутореактивних Т-клітин, цитоліз клітин-мішеней, які задіяні в розвитку специфічного запального процесу. Зміна активності системи імунітету та активація процесів АП в умовах специфічного туберкульозного запалення є достатньо ранніми й відіграють важливу патогенетичну роль у перебігу, прогресуванні та наслідках захворювання.

Метою роботи було дослідження проліферативної активності та визначення інтенсивності апоптозу епітеліоцитів бронхів у хворих на вперше діагностований мультирезистентний туберкульоз легень.