

**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



лікування. Усі пацієнти 2-ї групи, яким було продовжено схему лікування до 120 дози, були обезбачені та переведені у підтримуючу фазу хіміотерапії.

Отже, в основі запропонованої нами схеми лікування лежить можливість швидкого створення високих концентрацій медикаментів в легеневій артерії, оминаючи печінку (яка є основним органом інактивації антимікробіальних препаратів) та уникаючи пресистемного метаболізму. При внутрішньовенному введенні концентрація препаратів значно перевищує бактеріостатичний рівень, який дає прийом препаратів всередину і навіть внутрішньом'язево.

**Сливка В. І.**

### **ЗНАЧЕННЯ ЛОКАЛЬНОГО ПРОТЕОЛІЗУ І ФІБРИНОЛІЗУ В ПОРУШЕННІ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ**

*Кафедра фтизіатрії та пульмонології  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Наукові дослідження щодо особливостей патогенезу різних форм туберкульозу, розробки нових патогенетично обґрунтованих програм лікування хворих на туберкульоз легень, спрямованих на покращання процесів репарації та функції зовнішнього дихання, залишаються актуальними.

Метою роботи було розробити спосіб корекції порушень функції зовнішнього дихання на підставі визначення патогенетичної ролі протеолізу і фібринолізу для покращення результатів лікування хворих на туберкульоз легень (ТЛ).

Лікування хворих на ТЛ проводили згідно уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Обстежено 27 хворих, які були поділені на дві групи. Основну групу склали 11 хворих на ТЛ. Контрольну групу (група порівняння) склали 16 хворих. Хворі основної групи додатково отримували «Апітонік». Із 27 хворих вперше виявлені склали – 78%; раніше ліковані – 22%. Інтوکсикація спостерігалася у 80,1%; катаральні явища у 83,7%; ускладнення 43,2%; МБТ 73%; РГДН 53,9%; ОТДН 22,7%; ЗТДН 23,4%. У контрольній групі в плазмі крові спостерігається активація зовнішніх і внутрішніх механізмів тромбіногенезу, інтенсифікація фібриногенезу, зниження протизгортаючого потенціалу крові, підвищення функціональної активності тромбоцитів і гіперфібриногенемія.

За всіх типів дихальної недостатності відбувається збільшення інтенсивності неферментативного фібринолізу за зменшення ферментативної фібринолітичної активності плазми крові та конденсату повітря, що видихається. У хворих на туберкульоз легень пригнічення процесів тромбіно- і фібриногенезу, гіпофібриногенемія та зменшення активності антитромбіну III відбуваються за активації тромбоцитів, а зміни плазмового фібринолізу характеризуються надмірним підвищенням неферментативної фібринолітичної активності, Хагеман-залежного фібринолізу і зниженням потенційної активності плазміногену за внутрішньосудинної гемокоагуляції. Таким чином, необхідність комплексної корекції порушень регуляції агрегатного стану крові для покращання клінічного перебігу і результатів лікування легневих форм туберкульозу не викликає сумнівів.

Застосування препарату «Апітонік» у комплексному лікуванні хворих на ТГ з обструктивним типом дихальної недостатності знижує вміст у конденсаті повітря, що видихається, колагеноліз та неферментативну фібринолітичну активність, збільшення ферментативної фібринолітичної активності та пригнічення протеолізу. За рестриктивного типу дихальної недостатності використання препарату «Апітонік» нормалізує вміст у конденсаті повітря, що видихається, неферментативний фібриноліз, лізис низькомолекулярних білків і колагену. У хворих на ТГ з обструктивним типом дихальної недостатності застосування препарату «Апітонік» знижує інтенсивність протеолізу і неферментативного фібринолізу. За рестриктивного типу дихальної недостатності препарат «Апітонік» сприяє зниженню неферментативного фібринолізу. Ефективність комплексної терапії хворих на ТГ при застосуванні препарату «Апітонік» підвищується, що проявлялося скороченням терміну детоксикації в середньому на (8,5±3,2) днів, прискоренням розсмоктування зон інфільтрації у легенях, підвищенням частоти зникнення бактеріовиділення і порожнин розпаду та скороченням терміну абацілювання в середньому на 0,9 міс. і терміну загоєння порожнин розпаду в легеневій тканині в середньому на 0,8 міс.

Таким чином, застосування «Апітонік» поліпшує прохідність дихальних шляхів як на рівні крупних бронхів, так і на рівні бронхіол, а їх позитивний вплив на об'єм хвилинного споживання кисню свідчить про покращання вентиляційно-перфузійних співвідношень.

**Сливка В.І.**

### **ІМУНОПРОФІЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УКРАЇНІ**

*Кафедра фтизіатрії та пульмонології  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Серед європейських країн, де застосовують БЦЖ для усіх дітей, вакцинація розглядається як обов'язкова у 29 країнах і як добровільна – у 7. Політика застосування БЦЖ у різних країнах має значні відмінності. Ці розбіжності обумовлені місцевими особливостями епідеміологічного процесу, економічним



розвитком країн, національними особливостями і традиціями систем охорони здоров'я з відносним акцентом на превентивну або лікувальну медицину.

Підхід, що рекомендує проведення щеплення БЦЖ при народженні (при першому контакті зі службами охорони здоров'я), застосовується у більшості країн і відображає поточну позицію ВООЗ із цього питання, через чіткі докази того, що вакцинація БЦЖ блокує гематогенне поширення інфекції в організмі дитини і значно знижує захворюваність генералізованими формами і туберкульозним менінгітом особливо у дітей раннього віку. Первинна імунізація в умовах родопомічного закладу виправдана й необхідністю розвитку імунної відповіді до того, як дитина може бути інфікована збудником туберкульозу, а також можливістю уникнути післявакцинальних ускладнень, пов'язаних із наявністю загальної соматичної патології.

Існують різні підходи до оцінки ефективності БЦЖ. Немає єдиного тесту, що дозволяє прогнозувати індукцію імунної резистентності. У залежності від запропонованої методики автори, як правило, одержують різні результати.

Загально визнано, що з біологічної точки зору дитячий вік є найбільш уразливим для туберкульозної інфекції. Тому в даний час не викликає сумнівів доцільність вакцинації БЦЖ дітей раннього віку в країнах із несприятливою епідеміологічною ситуацією по туберкульозу.

Зростання захворюваності серед дорослого населення України, збільшення кількості бактеріовиділювачів, зростання мультирезистентного туберкульозу не дозволяють більше скорочувати масштаби БЦЖ-вакцинопрофілактики в країні. Особливо важливою вона буде для дітей, інфікованих лікарсько-стійкими МБТ. По суті тільки за допомогою вакцини БЦЖ, при наявності прищеплюваного імунітету, можна буде врятувати цих дітей від гостро прогресуючих і генералізованих форм туберкульозу.

**Соколенко М.О.**

### **ІМУНОТРОПНА ТЕРАПІЯ РЕЦЕДИВУЮЧОЇ ВІЛ-АСОЦІЙОВАНОЇ ГЕРПЕТИЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ**

*Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Лікування ВІЛ-інфікованих осіб з активною герпесвірусною інфекцією (ГВІ) визначається протоколом МОЗ України №182 від 13.04.2007 р., згідно з яким призначають один з етіотропних засобів – ацикловір, валацикловір або фамцикловір. Головний недолік протокольного способу лікування полягає у тимчасовому ефекті препарату. В осіб з критично низькими показниками CD4<sup>+</sup>-лімфоцитів (50-100/мкл крові), як правило, виникають рецидиви захворювання, що змушує проводити тривалу (3-6 місяців) супресивну терапію ацикловіром до підвищення показників CD4<sup>+</sup>-клітин. У зв'язку з цим значно знижується можливість досягти сприятливого висліді лікування у хворих з IV стадією ВІЛ-інфекції та глибоким імунodefіцитом. Однак реплікативні форми ГВІ спостерігаються і в осіб з I-III стадіями ВІЛ-інфекції та відсутньою або помірною імуносупресією (рівень CD4<sup>+</sup>-лімфоцитів – 200-500/мкл крові і вищий). Препарати ацикловір і валацикловір здатні до активного пригнічення реплікації ВПГ-1 і ВПГ-2 тільки тимчасово, тому в умовах тяжкого імунodefіциту немимучі рецидиви і прогресування ГВІ. Зважаючи на вказані обставини, була проведена оцінка терапевтичної ефективності нового імунотропного препарату «Алокін-альфа» у хворих на рецидивуючу ВІЛ-асоційовану герпетичну інфекцію.

Загальне число обстежених і пролікованих хворих на рецидивуючу герпетичну інфекцію на тлі ВІЛ-інфікування склали 47 людей. Для репрезентативної вибірки хворі були поділені на дві групи. Першу групу склали 24 ВІЛ-інфікованих хворих з герпесвірусною інфекцією, яким на фоні базисної терапії (щоденний прийом валацикловіру по 1,0 г всередину 2 рази на день протягом 7-10 діб) додатково призначали 6 підшкірних ін'єкцій алокіну-альфа в дозі 1 мг через один день (11 з них отримували ще й ВААРТ). Другу групу склали 23 пацієнти, яким призначали тільки зазначену базисну терапію протягом тижня (14 з них отримували ще й ВААРТ).

У хворих, в яких базове етіотропне лікування доповнювалось алокіном-альфа спостерігалось достовірно коротша тривалість клінічних проявів ГВІ під час терапії, а також першого рецидиву після закінчення курсу лікування – (6,3±0,5) проти (8,3±0,5) доби при лабіальному герпесі та/або афтозному стоматиті та (5,8±0,5) проти (8,0±0,4) доби відповідно. У хворих на генітальний герпес на фоні ВІЛ-інфекції у III-IV клінічних стадіях цей показник становив відповідно (7,5±0,3) проти (9,0±0,4) та (7,0±0,4) проти (9,8±0,3) доби (в усіх випадках p<0,05-0,02). Прояви оперізувального герпесу утримувалися значно довше, однак і в таких осіб ефективність поєднання імунотропної та етіотропної терапії була суттєво вищою, порівняно з етіотропним лікуванням. Зокрема, тривалість клінічних проявів оперізувального герпесу під час апробованої та традиційної терапії таких пацієнтів становила (10,8±0,6) і (13,5±0,7) доби відповідно, а тривалість першого рецидиву після лікування – (9,8±0,4) і (16,3±0,6) доби відповідно (p<0,02). У пацієнтів контрольної групи базисна терапія суттєво не впливала на тривалість рецидивів.

Отже, доповнення зазначеної базисної терапії хворих на лабіальний, генітальний чи оперізувального герпес на фоні ВІЛ-інфекції, незалежно від стадії імунodefіциту, 6 підшкірними ін'єкціями препарату «Алокін-альфа» в дозі 1 мг через один день дозволяє достовірно скоротити тривалість клінічних проявів ГВІ, забезпечити статистично значуще зниження частоти та тривалості рецидивів, а також збільшити тривалість ремісії порівняно з лікуванням тільки валацикловіром.