

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



## **МАТЕРІАЛИ**

**96 – ї**

**підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

**16, 18, 23 лютого 2015 року**

**Чернівці – 2015**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2015. – 352 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 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. Іващук 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.

чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.

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 978-966-697-588-4

© Буковинський державний медичний  
університет, 2015



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 нейтрофілів 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 знизженням відносної кількості еозинофілів і підвищенням відносної кількості паличкоядерних і сегментоядерних нейтрофілів 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 знизження 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 нейтрофілів лейкоцитів периферійної крові підтверджують про суттєву (III 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 неспецифічного протинфекційного захисту своєю ефективністю на цей період захворювання значно, на 58,62%, знижують свою активність вже переважає специфічна імунна відповідь – pojawiaються специфічні імуноглобуліни основних класів і клон специфічних реактивних Т СД 8 лімфоцитів.

**Гулей Л.О., Перепічка М.П.**

#### **ВІДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ДЕРМАТОЗИ ІЗ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ**

*Кафедра дерматовенерології*

*Буковинський державний медичний університет*

Загальновідомим є той факт, що переважна більшість хронічних дерматозів протікає на тлі патології органів травлення, де провідне місце займають захворювання гепатобіліарної системи. Водночас дослідження останніх років засвідчують, що порушення балансу між синтезом активних форм кисню і активністю антиоксидантних систем крові, відіграє важливу роль у розвитку хронічних дифузних захворювань печінки. Динаміку показників вільнорадикального окиснення ліпідів та антиоксидантного захисту вважають надійним підтвердженням ефективності лікування та правильності вибору лікарських засобів. Таким чином, оптимізація терапії хворих на хронічні дерматози є актуальним завданням, що забезпечить підвищення ефективності лікування, зменшення частоти рецидивів, нормалізацію і профілактику функціональних порушень печінки, знизження ризику розвитку побічних ефектів при застосуванні системного лікування.

Мета дослідження – покращити ефективність лікування хворих на хронічні дерматози з наявністю супутньої патології гепатобіліарної системи шляхом застосування комплексного лікування із включенням засобів гепатопротекторної та антиоксидантної дії з урахуванням показників оксидантно-антиоксидантного гомеостазу пацієнтів.

Проведено клінічне та лабораторне обстеження 56 хворих на хронічні дерматози (екзема, псоріаз, червоний плоский лишай, розацеа та ін.), з них 37 осіб – жіночої й 19 – чоловічої статі віком від 23 до 78 років, що мешкають у Чернівецькій області і знаходилися на стаціонарному лікуванні в КМУ «Чернівецький обласний шкірно-венерологічний диспансер» у 2011-2013 рр. У всіх пацієнтів діагностовано супутні захворювання органів гепатобіліарної системи. Групу контролю склали 20 практично здорових осіб (донорів) подібного віку й статі.

Серед 56 хворих на хронічні дерматози, в яких було встановлено супутні захворювання органів гепатобіліарної системи, більшість (29 осіб – 51,8%) склали хворі на еритемо-сквамозні дерматози (псоріаз, червоний плоский лишай), у 15 (26,8%) пацієнтів діагностовано алергічні дерматози (екзема, алергічний контактний дерматит), у 8 (14,3%) – рожеві вугри та у 4 (7,1%) осіб – шкірні форми дифузних захворювань сполучної тканини. У 39 (69,6%) осіб захворювання шкіри мало хронічний перебіг, у 17 (30,4%) – діагностовано вперше. У процесі комплексного клініко-лабораторного та інструментального обстеження у лікаря-гастроентеролога у 19 (33,9%) з 56 хворих на хронічні дерматози діагностовано хронічні гепатити змішаної етіології, у 37 (66,1%) – хронічний холецистит. Слід зазначити, що лише 18 (32,1%) з обстежених хворих знаходилися на обліку в лікаря – гастроентеролога з приводу захворювань печінки чи жовчного міхура, у 21 (37,5%) хворого в анамнезі були періодичні скарги з боку органів травлення, а в решті 17 (30,4%) осіб захворювання органів гепатобіліарної системи мали латентний перебіг.

Всім обстеженим хворим на хронічні дерматози з наявністю супутньої патології гепатобіліарної системи було призначено базове лікування згідно Наказу МОЗ України № 312, яке включало «тіотриазолін» (2,5% розчин по 2 мл внутрішньом'язово щоденно, на курс – 10 ін'єкцій). Враховуючи виявлені у хворих на



хронічні дерматози супутні захворювання гепатобіліарної системи та наявні вірогідні зміни з боку показників про- й антиоксидантної систем крові, метою роботи був пошук оптимізації схеми їх лікування шляхом застосування антиоксидантних засобів. Для цього хворих на хронічні дерматози було розподілено на дві групи: групу порівняння (29 осіб), які отримали базове лікування, у т.ч. тіотриазолін, та основну групу (27 осіб), у схему лікування яких додатково включали: глутаргін (по 0,75 г тричі на добу протягом 15 днів), аевіт (по 1 драже 2 рази на добу впродовж місяця) та аскоцин (по 1 табл. на добу впродовж 20 днів).

Порівняльний аналіз даних щодо динаміки клінічних проявів хронічних дерматозів у хворих із наявністю супутніх захворювань органів гепатобіліарної системи внаслідок застосування різних методів їх терапії показав, що регрес елементів висипки та суб'єктивних проявів хронічних дерматозів у пацієнтів основної групи відбувався на 4-6 днів швидше, ніж у хворих групи порівняння, що дало можливість скоротити терміни лікування таких хворих (у середньому на 3,8 ліжко-дні) стосовно пацієнтів групи порівняння, які отримали лише засоби базової терапії дерматозів (відповідно:  $20,8 \pm 0,58$  та  $24,6 \pm 0,43$  ліжко-дні,  $p < 0,001$ ). У хворих на псоріаз основної групи відзначено вірогідне стосовно групи порівняння зменшення індексу PASI (на 73,9%, у групі порівняння – на 56,8%).

Аналіз клінічних наслідків різних методів лікування хворих на хронічні дерматози з наявністю супутніх захворювань органів гепатобіліарної системи засвідчив, що використання лише базової терапії дерматозів зумовило стан клінічного одужання лише в 1/3 (10 осіб – 34,5%) хворих, значне покращання (зникнення практично всіх елементів висипки з незначними залишковими проявами у вигляді вторинних плям, незначної еритеми та інфільтрації) – у 8 (27,6%) пацієнтів, покращання (із залишковими проявами помірної гіперемії та інфільтрації) – у кожного четвертого (в 7 осіб – 24,1%) хворого; клінічна картина залишилася практично без змін у 4 (13,8%) пацієнтів. Значно кращі наслідки лікування констатовано у хворих основної групи, які отримали комбіновану терапію: клінічне одужання – більш ніж у половині (15 осіб – 55,6%) пацієнтів, значне покращання – у третині (9 осіб – 33,3%) хворих і покращання – у 3 (11,1%) пацієнтів. Важливо відзначити, що всі хворі на хронічні дерматози основної групи перенесли прийом антиоксидантних препаратів добре, без розвитку ускладнень чи побічних реакцій. При вивченні віддалених результатів через 6 місяців, загострення дерматозів у хворих групи порівняння було відмічено у 13 осіб, та у 6 осіб з основної групи.

**Давиденко О.М., Мироник О.В.**

#### **ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ С НА БУКОВИНІ**

*Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології*

*Буковинський державний медичний університет*

Щороку на гострий вірусний гепатит С хворіє 3-4 млн. людей. Частота виявлення маркерів HCV у країнах Східної Європи де географічно розміщена Україна складає 1,5-4 %. В Україні офіційна реєстрація гепатиту С розпочалася з 2003 року, однак достеменних даних щодо частоти інфікування населення вірусом гепатиту С наразі немає. У США та країнах Західної Європи дві третини випадків інфікування HCV припадає на вік від 30 до 50 років. За результатами епідеміологічних досліджень проведених в Україні на початку нинішнього століття маркери гепатиту С також частіше виявлялися у молодому віці, переважно у чоловіків, віком від 25 до 44 років.

В загальній структурі захворюваності на гепатити на Буковині, гострий гепатит С становив 22,8% у 2011 році, 25% - у 2012 році і 18% у 2013 році. Серед хронічних гепатитів ВГС займає провідну позицію. Так, у 2011 році діагноз хронічного ВГС становив 82%, у 2012 році – 84%, а у 2013 році – 78 %.

Аналіз домінуючих шляхів передавання ВГС на Буковині показав, що найбільшого значення у передачі вірусу гепатиту С має статевий шлях передачі – 38%. Питома вага інфікування при ін'єкційному введенні наркотичних речовин становила – 32%. Достатньо значимим є інфікування пацієнтів під час проведення медичних парентеральних втручань: частка цього шляху становить – 18%. Інфікування через інструменти в салонах краси (татування, манікюр) спостерігалось у 8%. Встановити можливий шлях інфікування у 4% хворих не вдалось. Аналіз вікової структури осіб, що захворіли на ВГС вказує на переважання осіб молодого та найбільш працездатного віку 16-30 років. Соціальний статус пацієнтів був різним. Так учнів та студентів було 21,6%, робітників – 16,3%, пенсіонерів – 13,9%, медичних працівників – 11,1%, не працювали офіційно – 37,1%.

Слід відмітити, що проаналізовані матеріали відносно ВГС можуть створювати оманливе враження, щодо сприятливої ситуації відносно гепатиту С, оскільки реєструвались переважно жовтяничні форми хвороби. Враховуючи легкість перебігу гострих форм ВГС, та у більшості випадків відсутність за них жовтяниці, можна зробити припущення, що справжній рівень захворюваності у 5-6 разів вищий.

**Денисенко О.І.**

#### **ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ОКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ХВОРИХ НА АРТРОПАТИЧНИЙ ПСОРИАЗ У ПРОЦЕСІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ІЗ ПОЄДНАНИМ ЗАСТОСУВАННЯМ ЗАСОБІВ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОЇ ТА АНТИОКСИДАНТНОЇ ДІЇ**

*Кафедра дерматовенерології*

*Буковинський державний медичний університет*

Псоріаз – поширений хронічний дерматоз, на який у різних країнах світу хворіє від 2% до 5% населення, а в Україні – більше 1 млн. людей. Псоріаз – хронічний запальний імунозалежний генодерматоз





мультифакторного генезу, що характеризується підвищеною проліферативною активністю кератиноцитів. Важливу роль у патогенезі псоріазу відіграють нейроендокринні, імунні, обмінні розлади, захворювання органів травлення тощо. Окрім шкіри у 8-15% хворих на псоріаз уражаються суглоби, насамперед – дрібні суглоби кистів і ступнів. Артропатичний псоріаз може стати причиною інвалідності хворих, що визначає актуальність удосконалення методів лікування даної категорії пацієнтів.

Мета роботи – покращити результати лікування хворих на артропатичний псоріаз шляхом поєднаного застосування в їх комплексній терапії засобів із гепатопротекторною та антиоксидантною дією з урахуванням динаміки показників оксидантно-антиоксидантного гомеостазу пацієнтів.

Під спостереженням перебували 39 хворих на артропатичний псоріаз, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в КМУ “Чернівецький обласний шкірно-венерологічний диспансер”. Діагноз артропатичного псоріазу хворим виставляли на підставі клінічних, лабораторних і рентгенологічних даних, а також консультації суміжних фахівців – рентгенолога й ревматолога. Серед хворих на артропатичний псоріаз переважали особи чоловічої статі (32 особи – 82,1%), меншу частку (7 осіб – 17,9%) склали особи жіночої статі. Більше половини (23 особи – 59,0%) пацієнтів проживають у сільській місцевості Чернівецької області, решта (16 осіб – 41,0%) – в умовах міста. Артропатичний псоріаз частіше реєстрували в осіб старшого дієздатного віку (41-60 років), які склали 56,4%, а також середнього працездатного віку (31-40 років) – 25,6%, рідше артропатичний псоріаз діагностували серед осіб молодого працездатного віку (21-30 років) – 10,3% та осіб пенсійного віку (старших 61 року), які склали 7,7%. За даними анамнезу, третина (14 осіб – 35,9%) хворих на артропатичний псоріаз у минулому отримували лікування з приводу захворювань шлунково-кишкового тракту (гастродуоденіт, холецистит, панкреатит, коліт тощо).

У хворих на артропатичний псоріаз визначали показники оксидантної системи крові: вміст малонового альдегіду (МА) в еритроцитах і молекул середньої маси (МСМ) – у сироватці крові, а також чинники антиоксидантного захисту: вміст відновленого глутатіону (ВГ) і каталази (КА) в гемолізаті крові та вміст церулоплазміну (ЦП) у сироватці крові за відомими методиками. Групу контролю склали 18 практично здорових осіб (донорів) подібного віку.

Перед початком лікування у хворих на артропатичний псоріаз встановлено вірогідне порівняно з показниками осіб контрольної групи збільшення в еритроцитах рівня МА та в сироватці крові – МСМ (відповідно: на 48,3% та 11,3%;  $p < 0,001$ ), що є свідченням активації процесів вільнорадикального окиснення ліпідів із проявами ендогенної інтоксикації. Водночас у цих пацієнтів виявлено зменшення у сироватці крові рівня ЦП, а в гемолізаті крові – ВГ (відповідно: на 26,4% та в 2,1 рази,  $p < 0,001$ ), що вказує на зниження активності антиоксидантних чинників та обґрунтовує доцільність призначення в комплексній терапії хворих на артропатичний псоріаз засобів антиоксидантної дії.

У процесі лікування 20 хворим на артропатичний псоріаз (порівняльна група) призначали базове лікування дерматозу згідно Наказу МОЗ України №312. У комплексній терапії інших 19 хворих (основна група) на тлі базової терапії призначали тіотриазолін (2,5% розчин по 2 мл внутрішньом'язово через день №10) та антраль (по 1 табл. 0,2 г тричі на добу 2-3 тижні) – лікарські засоби гепатопротекторної групи, які також інгібують процеси перекисного окиснення ліпідів та підвищують активність факторів антиоксидантного захисту організму. Цим же хворим призначали аевіт – комплекс вітамінів А і Е (по 1 капс. на добу 3-4 тижні) та аскоцин – лікарський засіб із вмістом аскорбінової кислоти й цинку (по 1 табл. на добу 20 днів), які виявляють антиоксидантну дію, регулюють репаративні процеси в організмі.

Аналіз результатів лікування засвідчив, що поєднане застосування у комплексній терапії артропатичного псоріазу гепатопротекторних та антиоксидантних засобів сприяє прискоренню регресу еритематозних та інфільтративних проявів у ділянці висипки на шкірі з вірогідним зменшенням (на 73,6%) порівняно з початковим значенням індексу ураження шкіри і тяжкості псоріатичного процесу PASI, в той час як у пацієнтів, які отримали лише засоби базової терапії, індекс PASI зменшився лише на 57,3%.

Визначення показників про- й антиоксидантної систем крові у хворих на артропатичний псоріаз, які отримали засоби базової терапії, виявило лише вірогідне зростання вмісту в сироватці крові церулоплазміну (на 12,8%,  $p < 0,05$ ) за тенденції до зниження ВГ (на 16,9%,  $p < 0,05$ ). Водночас у хворих основної групи, яким у комплексній терапії призначали антиоксидантні засоби та гепатопротекторні препарати із антиоксидантною дією, встановлено вірогідне зменшення в еритроцитах рівня МА (на 14,1%,  $p < 0,05$ ) і в сироватці крові – вмісту МСМ (на 6,3%,  $p < 0,05$ ), а також зростання рівня ЦП в сироватці крові (та 26,8%,  $p < 0,01$ ) та підвищення вмісту ВГ в еритроцитах (на 31,5%,  $p < 0,01$ ) з наближенням до аналогічних показників осіб контрольної групи.

Таким чином, поєднане застосування у комплексній терапії артропатичного псоріазу лікарських засобів із гепатопротекторною й антиоксидантною дією – антралю, тіотриазоліну, аевіту й аскоцину покращує клінічні результати лікування дерматозу, а також сприяє нормалізації показників оксидантно-антиоксидантного гомеостазу пацієнтів.

Денисенко О.І., Писаренко Н.Ю., Суховерська О.Б.

#### ЗАСТОСУВАННЯ ЕМОЛІЄНТІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОЇ ЕКЗЕМИ

Кафедра дерматовенерології

Буковинський державний медичний університет

Екзема – це хронічне рецидивуюче алергічне захворювання шкіри, яке виникає на тлі полівалентної сенсibilізації і проявляється запальними процесами у поверхневих шарах шкіри з виникненням поширеної



симетричної поліморфної висипки з інтенсивним свербіжем. Екзема виникає гостро, однак згодом набуває рис хронічного дерматозу зі схильністю до рецидивів. Згідно сучасних досліджень, екзема – це поліетіологічний дерматоз, який розвивається внаслідок складного комплексу екзо- та ендогенних чинників. Дебют та рецидиви екземи найчастіше виникають після контакту з хімічними чинниками (миючі, дезінфікуючі й паливно-мастильні речовини, косметичні та зовнішні лікарські засоби тощо), проникненню яких в шкіру сприяє ксероз – сухість шкіри, яка притаманна хворим на хронічну екзему. У зв'язку з цим застосування ефективних зволожуючих засобів (емолієнтів), які покращують бар'єрні функції шкіри, є важливою задачею сучасної дерматології в плані попередження розвитку та загострень хронічної екземи.

Мета роботи – покращити результати лікування хворих на хронічну екзему шляхом застосування сучасного зволожуючого засобу – емолієнта.

Під спостереженням перебували 34 хворих на хронічну екзему віком від 27 до 76 років, з них 19 осіб жіночої та 15 – чоловічої статі. У 23 осіб (67,6%) діагностовано хронічну форму істинної екземи, у решти 11 (32,4%) – мікробні форми екземи (варикозна та нумулярна екзема) з тривалістю дерматозу 2-15 років. У більшості 28 (82,4%) хворих патологічний процес локалізувався на шкірі кінцівок з переважним ураженням кистів і ступнів. Клінічно у всіх хворих відзначали прояви гіперемії, інфільтрації, лущення та болючі тріщини, що істотно знижувало працездатність пацієнтів.

У процесі лікування хворі на екзему були розподілені на 2 групи: 18 пацієнтів (порівняльна група) отримали базове лікування дерматозу згідно Наказу МОЗ України №312, іншим 16 хворим (основна група) на тлі базової терапії призначали топічний зволожуючий засіб “Локобейз РІПЕА”, до складу якого входять: вазелін і рідкий парафін, які завдяки оклюзивним властивостям утворюють на поверхні шкіри водонепроникну плівку і зменшують трансепідермальну втрату води; гліцерин, який є гідратантом, що утримує воду в роговому шарі епідермісу, забезпечуючи зволожуючу дію; ліпіди, ідентичні ліпідам шкіри – холестерин, церамід III, олеїнова і пальмітинова кислоти, які поповнюють недостатній вміст ліпідів у шкірі та сприяють відновленню й попередженню подальшого пошкодження бар'єрної функції шкіри, забезпечуючи тривалу (до 24 год.) дію; наночастинки твердого парафіну, які сприяють переносу ліпідів у глибокі шари епідермісу; трометамін, який підтримує слабкокислий рН шкіри, оптимальний для забезпечення антибактеріальної дії шкіри. Слід зазначити, що відповідно до даних сучасних досліджень, які доводять, що для оптимального відновлення епідермального бар'єру повинно бути дотримано фізіологічне співвідношення (у рівних частинах) церамідів, холестерину та жирних кислот, у вмісті Локобейз РІПЕА церамід III, холестерин та жирні кислоти (олеїнова і пальмітинова) знаходяться у рівних співвідношеннях, що забезпечує швидке відновлення ліпідного епідермального бар'єру при нанесенні даного емолієнта на уражену шкіру з проявами ксерозу. Хворим на екзему основної групи у період загострення дерматозу емолієнт комбінували із топічними глюкокортикостероїдами, які наносили на вогнища ураження шкіри зранку, а Локобейз РІПЕА – у другій половині дня впродовж 20-25 днів, після чого рекомендували застосовувати емолієнт і в період ремісії дерматозу за наявності проявів ксерозу.

Ефективність лікування пацієнтів оцінювали за динамікою суб'єктивних та об'єктивних даних перебігу екземи, строками лікування та тривалістю стану клінічної ремісії дерматозу. Водночас у процесі динамічного спостереження слідували за переносимістю пацієнтами застосовуваного їм лікування. Як засвідчили результати клінічних досліджень, у хворих на екзему внаслідок включення у комплексне лікування сучасного топічного зволожуючого засобу “Локобейз РІПЕА” уже на 3-4-й день у вогнищах ураження зменшилися прояви лущення, відчуття свербіжу, а на 5-6-й день відзначено епітелізацію ерозій та тріщин у вогнищах ураження шкіри. В цілому терміни лікування хворих основної групи були на 4-5 днів коротшими порівняно із пацієнтами порівняльної групи, яким застосовували лише базове лікування дерматозу. Водночас у хворих основної групи констатовано подовження тривалості стану клінічної ремісії дерматозу в середньому на 4-6 місяців порівняно осіб групи порівняння, які у період ремісії не застосовували зволожуючі засоби. Слід відзначити хорошу переносимість емолієнту “Локобейз РІПЕА”, до складу якого не входять ароматизатори, консерванти і барвники, що є потужними сенсibilізаторами. Упродовж курсу використання Локобейз РІПЕА будь-яких ускладнень чи побічних реакцій у пацієнтів основної групи помічено не було.

Таким чином, застосування у комплексній терапії хронічної екземи із проявами ксерозу сучасного топічного зволожуючого засобу “Локобейз РІПЕА” сприяє підвищенню ефективності лікування таких пацієнтів – скорочує терміни їх лікування та подовжує тривалість стану клінічної ремісії дерматозу. Даний емолієнт не містить ароматизаторів, консервантів і барвників (сенсibilізаторів), що дозволяє широке застосування Локобейз РІПЕА хворим на алергічні дерматози, у т.ч. на хронічну екзему.

Єременчук І.В.

#### КОРЕЛЯЦІЙНИЙ АНАЛІЗ ІНТЕГРАЛЬНИХ ІНДЕКСІВ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ ІЗ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНІСТЮ

Кафедра фтизіатрії та пульмонології

Буковинський державний медичний університет

Туберкульоз відноситься до захворювань, які супроводжуються ендогенною інтоксикацією, тобто накопиченням в організмі кінцевих та проміжних продуктів метаболізму при порушеному обміні внаслідок запальної реакції.

Метою роботи була оцінка показників ендогенної інтоксикації у хворих на мультирезистентний туберкульоз легень.