

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



**МАТЕРІАЛИ  
95 – ї  
підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ  
(присвячена 70-річчю БДМУ)**

**17, 19, 24 лютого 2014 року**

**Чернівці – 2014**

УДК 001:378.12(477.85)  
ББК 72:74.58  
М 34

Матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2014. – 328 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 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 Андрієць О.А.  
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 Польовий В.П.  
доктор медичних наук, професор Слободян О.М.  
доктор медичних наук, професор Ташук В.К.  
доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.  
доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.  
доктор медичних наук, професор Шаплавський М.В.

ISBN 978-966-697-533-4

© Буковинський державний медичний  
університет, 2014



раціонах харчування кількості продуктів, які є основними джерелами ПНЖК. Так, вміст олії був менше нормативного значення в середньому на 22,2%, а рибних продуктів – на 24,4%. Загальний вміст ПНЖК відповідав вітчизняним нормам (5-10 г/добу) у 5-ти ДНЗ (66,7%). Однак, вміст ПНЖК у жодному ДНЗ не забезпечував необхідних 10% енергетичної цінності раціону, а усереднене співвідношення  $\omega$ -3 :  $\omega$ -6 становило 32:1, що не відповідає рекомендованому у РФ (4:1–10:1). Аналіз сезонної динаміки вмісту ПНЖК показав, що у ХР всіх ДНЗ він найменший улітку. Найвищі показники вмісту  $\omega$ -3 ПНЖК у раціонах спостерігалися восени (0,34±0,03г), а  $\omega$ -6 – взимку (8,84±0,4г). Недостатній вміст ПНЖК у ХР дітей створює передумови для дефіциту жиророзчинних вітамінів, зниження опірності організму до несприятливих чинників навколишнього середовища. Тривала нестача у харчуванні есенційних лінолевої та ліноленової кислот може проявлятися затримкою росту, змінами ліпідного профілю крові, зниженням гостроти зору, різними видами неврологічних і когнітивних порушень (Е.С. Bakker, 2009; J.Vobecky, 2001).

Таким чином, вивчення середньодобового набору харчових продуктів у раціонах харчування дітей, які відвідували 9 ДНЗ м. Чернівці, виявило якісний та кількісний дефіцит споживання продуктів, що є джерелами ПНЖК. Вміст ПНЖК родини  $\omega$ -3 в усіх дошкільних закладах нижче рекомендованих величин, а співвідношення  $\omega$ -3: $\omega$ -6 не відповідають рекомендованим. З метою корекції ХР дітей рекомендується збільшити споживання рослинних олій (льняної, гарбузової, кукурудзяної), горіхів, морської риби жирних сортів.

Гуменна А.В., Дейнека С.Є., Ротар Д.В.

### ПОШУК НОВИХ ХІМІОТЕРАПЕВТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ З АНТИМІКРОБНОЮ ДІЄЮ

Кафедра мікробіології та вірусології

Буковинський державний медичний університет

Останнім часом спостерігається збільшення кількості захворювань, викликаних умовно-патогенними та патогенними мікроорганізмами. Швидкий розвиток стійкості мікроорганізмів до багатьох антимікробних препаратів призвів до необхідності пошуку і введення в обіг нових високоєфективних ліків.

Необхідність пошуку нових антимікробних засобів зумовлена також і певними недоліками наявних антисептиків - вузьким антимікробним спектром (феноли, аніонні детергенти), подразнювальною дією (спирти, галоїдопохідні), токсичністю (альдегіди) та множинною контамінацією госпітальними ізолятами.

До сучасних антисептичних речовин висувають ряд вимог. Вони не повинні діяти органотропно, загальнотоксично, алергенно, мутагенно, онкогенно, тератогенно, подразливо та дисмікробіотично. Цим вимогам найбільше відповідають поверхнево активні речовини, а саме – моно- і бісчетвертинні амонієві та фосфонієві сполуки.

Фосфорорганічні сполуки є однією з перспективних груп хімічних речовин у проведенні пошуку нових антимікробних засобів. Тому з метою виявлення активних антимікробних препаратів нами було досліджено антимікробні властивості ряду нових четвертинних фосфонієвих сполук, які синтезовано хіміками-органіками Чернівецького Національного університету ім. Ю.Федьковича.

З метою пошуку нових високоєфективних протимікробних засібів нами проведено дослідження трифенілфосфонієвих солей двох груп. Перша група – нафталіновмісні фосфонієві солі, друга група – фосфонієві солі, що містять гетероциклічні фрагменти, а саме бензофурановий, хінолінієвий, бензімідазолний та ізоксазолний.

Антимікробна активність даних речовин вивчалась за методом двократних серійних розведень у рідкому живильному середовищі на 3 тест-штамах мікроорганізмів: *S. aureus* ATCC 25923, *E. coli* ATCC 25922, *E. faecalis* ATCC 29213.

Таблиця

Мінімальні інгібуючі концентрації ряду нових фосфонієвих сполук (мкг/мл)

| Група речовини | Номер речовини | <i>S. aureus</i> ATCC 25923 | <i>E. coli</i> ATCC 25922 | <i>E. faecalis</i> ATCC 29213 |
|----------------|----------------|-----------------------------|---------------------------|-------------------------------|
| I              | 13             | 3,9                         | 250                       | ≤ 31,2                        |
| I              | 14             | 7,8                         | 250                       | 62,5                          |
| II             | 8              | 15,6                        | 250                       | 125                           |
| II             | 9              | 31,2                        | > 500                     | 250                           |
| II             | 10             | 62,5                        | > 500                     | 500                           |
| II             | 11             | 250                         | > 500                     | > 500                         |

Так, тест–культура *E.coli* ATCC 25 922 виявилась дещо чутливою тільки до речовин першої групи, *S.aureus* ATCC 25 923 виявився чутливим до речовин першої та речовин другої групи під № 8, 9, 10. До *E. faecalis* ATCC 29213 проявили активність усі речовини I групи та речовина № 8 II групи. Також нами встановлені деякі закономірності впливу будови вказаних сполук на антимікробну активність.

Отримані результати підтвердили, що пошук антимікробних препаратів серед трифенілфосфонієвих солей є перспективним і нами проводяться подальші дослідження в цьому напрямку.



Дейнека С.Є., Бліндер О.В.\*, Бліндер О.О.

### ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ БАКТЕРІОЛОГІЧНОГО АНАЛІЗУ СЕЧІ

Кафедра мікробіології та вірусології

Буковинський державний медичний університет.

Сектор мікробіологічних досліджень відділу медико-екологічних проблем\*

ДП «Науковий токсикологічний центр імені академіка Л.І.Медведя МОЗ України»

Інтерпретація результатів бактеріологічного аналізу сечі вимагає додаткових даних, які стосуються прийому пацієнтом антибактеріальних засобів. Особливо це стосується випадків, коли в результаті висіву росту бактерій та грибків не виділено, або виділена тільки резидентна мікрофлора. Отримати інформацію стосовно антимікробної терапії, яку приймав, або приймає пацієнт можливо з анамнезу, або з історії хвороби. Проте не виключаються випадки, коли анамнестичних даних недостатньо, або вони недостовірні. Тому постановка тесту, який дозволяє дати чітку, об'єктивну відповідь про наявність/відсутність антибактеріальних засобів у зразку сечі, який досліджується, є важливою частиною бактеріологічного аналізу.

Впродовж 2009-2010 років проведено бактеріологічне дослідження 1434 зразків сечі пацієнтів лікувальних закладів міста Чернівці та області з метою верифікації діагнозу інфекцій сечової системи (ІСС), що займають одне з провідних місць серед інфекційної патології як в амбулаторній практиці, так і в стаціонарі.

При проведенні бактеріологічного дослідження 1434 зразків сечі пацієнтів лікувальних закладів міста Чернівці та області процент позитивних результатів тесту на наявність антибактеріальних засобів у сечі пацієнтів склав у 2009 році 12,75±1,22, а в 2010-10,03±1,20. Тобто результати кожного десятого бактеріологічного аналізу сечі могли бути хибно інтерпретовані. Слід відмітити, що в деяких випадках тест поставити не вдалось, або його результати викликали сумнів і вважались недостовірними. Процент таких випадків у 2009 р. склав 3,62±0,67, а в 2010 р. - 4,99±0,75. Подальший аналіз був проведений тільки з урахуванням тих випадків, коли результати тесту були достовірними.

Як виявилось, відсотки позитивних тестів були пов'язані з результатами аналізів. Найвищі відсотки отримані у випадках, коли у висівах росту бактерій та грибків не було виявлено (табл.). У 2009 та 2010 рр. вони статистично вірогідно перевищували аналогічні показники для випадків виділення тільки резидентної мікрофлори та у випадках виділення етіологічно значимих штамів (табл.). Тобто, щонайменше кожен п'ятий випадок відсутності росту у висівах сечі може бути результатом антибіотикотерапії.

Таблиця

Відносна кількість позитивних результатів тесту на наявність антибактеріальних речовин у сечі

| Результат аналізу сечі                | 2009 рік |                           | 2010 рік |                           |
|---------------------------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------------|
|                                       | n        | % позит. р-т              | n        | % позит. р-т              |
| Росту бактерій та грибків не виявлено | 133      | 24,81±3,75                | 136      | 22,06±3,56                |
| Виділена резидентна мікрофлора        | 456      | 9,43±1,37 t=3,85; p<0,001 | 338      | 5,92±1,28 t=4,27; p<0,001 |
| Виділені етіологічно значимі штами    | 156      | 12,18±2,62 t=2,76; p<0,01 | 163      | 8,44±1,20 t=3,63; p<0,001 |

Примітка: значення t-критерію Стюдента та імовірності похибки (p) наведені для випадків порівняння значення комірки із відсотками позитивних тестів при відсутності росту у висівах.

При порівнянні випадків виділення етіологічно значимих штамів з випадками виділення тільки резидентної мікрофлори достовірних відмінностей не виявлено. Також не виявлено суттєвих відмінностей при порівнянні аналогічних показників у різні роки спостережень.

Отримані результати дозволяють зробити наступні висновки: кожен десятий бактеріологічний аналіз сечі може бути хибно інтерпретований, якщо він не супроводжується тестом на наявність антибактеріальних речовин у досліджуваному зразку; не менш як 20 % випадків відсутності росту бактерій та грибків у висівах сечі можуть бути зумовлені прийомом антибактеріальних засобів пацієнтом.

Кушнір О.В., Власик Л.І., Візнюк І.Д., Чепишка М.М.

### КОРЕКЦІЯ МОДИФІКОВАНИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ЯК ОСНОВНА СТРАТЕГІЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ПРОФІЛАКТИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ КАТАСТРОФ

Кафедра гігієни та екології

Буковинський державний медичний університет

За даними офіційної статистики МОЗ України станом на 1 січня 2011 року поширеність артеріальної гіпертензії (АГ) серед дорослого населення складає 32,2 %, що удвічі більше, порівняно з 1998 роком. Поширеність АГ серед хвороб системи кровообігу (ХСК) становить 46,8%, у зв'язку з чим підвищений артеріальний тиск (АТ) розглядається як провідний фактор ризику цереброваскулярної патології, який суттєво впливає на якість та тривалість життя населення працездатного віку, будучи провідною причиною інвалідності і смертності (А.П. Дорогой, 2011).





Імовірність розвитку серцево-судинних катастроф у хворих на АГ зростає на 4-8% і більше (SCORE, 2003) відповідно до кількості супутніх факторів ризику та стадії захворювання. Серйозне занепокоєння викликає той факт, що в українській популяції у 46% осіб з підвищеним АТ виявляють ожиріння, у 67% - гіперхолестеринемію, 23% хворих на АГ палять, 83% вживають алкогольні напої, 48% ведуть малорухомий спосіб життя (І.М. Горбась, 2009). Результати вивчення фактичного харчування населення України свідчать про низький рівень обізнаності дорослого населення стосовно принципів здорового харчування (Н.В. Цимбаліста, 2008; В.І. Смоляр, 2013). Тому, важливою складовою успішного лікування є підвищення інформованості пацієнтів щодо основ здорового способу життя, адже, за умов належної мотивації, корекція модифікованих факторів ризику дозволяє у 20-25% хворих досягти цільових рівнів артеріального тиску та на 15-20% знизити ризик коронарних подій. Немедикаментозна терапія є невід'ємною складовою у лікуванні пацієнтів при будь-якій стадії АГ і здійснюється з урахуванням індивідуальних особливостей перебігу захворювання. Вона є пріоритетним напрямком лікування для хворих на АГ з низьким або помірним ризиком ускладнень при рівнях АТ 140/90-159/99 мм.рт.ст. і призначається терміном на 1-3 місяці (Наказ МОЗ України від 24.05.2012р. №384). Основним спрямуванням немедикаментозної терапії є модифікація способу життя пацієнта: відмова від шкідливих звичок, збільшення рухової активності, корекція раціону харчування та психоемоційного стану.

Результати мета-аналізу епідеміологічних досліджень (Fagard, 1995) показали, що вплив аеробних динамічних навантажень у хворих на АГ співставимі з дією антигіпертензивних монопрепаратів. Навіть при помірних, але регулярних фізичних вправах (біг, ходьба, плавання, їзда на велосипеді протягом 30-45 хвилин, 3-5 разів на тиждень) зростає працездатність та тренуваність серцевого м'яза, підвищується еластичність судин, зменшується периферичний судинний опір, покращується реологічні властивості крові, активуються обмінні процеси, що сприяє нормалізації ліпідного обміну і зниженню маси тіла. Для осіб із зайвою масою тіла та патологією опорно-рухового апарату альтернативним методом динамічних навантажень є скандинавська ходьба, яка, мінімізуючи навантаження на опорно-руховий апарат, дозволяє задіяти 90% м'язів тіла та покращити функціональні показники серцево-судинної та дихальної систем.

Рациональна дієтотерапія сприяє нормалізації зниженої толерантності до глюкози, ліпідного профілю та дозволяє знизити рівень АТ у хворих з м'якою гіпертензією тією ж мірою, що і монотерапія антигіпертензивними препаратами (С.П. Свищенко, 2008). Так, у дослідженні DASH (1998) використання хворими низькосольової дієти, яка включає достатню кількість овочів і фруктів, продукти з низьким вмістом жирів, дозволило досягти зниження АТ у пацієнтів з АГ на 11,4/5,5 мм.рт.ст. В якості альтернативи пацієнту можна пропонувати дотримання гіпонатрієвої дієти №10 (нормалізація калорійності раціону, обмеження вживання солі та рідини, тваринних жирів, збагачення раціону продуктами, що містять ліпотропні речовини, клітковину та пектини), яку чергують з калієвою, магнієвою, овочево-фруктовою, молочно-творожною, дієтою Кемпнера та розвантажувальними днями. У низці досліджень вказується на перспективне застосування омега-3 поліненасичених жирних кислот (Н.В. Давиденко, 2004) та вітаміну D (А. Burgaz, N. Orsini, 2011) у профілактиці та лікуванні АГ за рахунок збільшення споживання жирних сортів морської риби та морепродуктів.

Таким чином, пропаганда серед молоді та дорослого населення здорового способу життя є важливою складовою державної політики в галузі охорони здоров'я і вимагає консолідації зусиль педагогів, фахівців гігієнічного профілю та медичних працівників лікувально-профілактичних закладів усіх рівнів у проведенні індивідуальної та групової санітарно-просвітницької роботи. Гігієнічне виховання молоді, проведення шкіл «Здоров'я» для осіб, які мають спадкову схильність чи встановлений діагноз АГ, індивідуальна робота з пацієнтами повинні забезпечувати формування належної мотивації щодо дотримання «кардіопротективного» способу життя, який передбачає зміну індивідуального стилю поведінки, орієнтацію на боротьбу за здоров'я власними зусиллями, спрямованими на усунення модифікованих чинників ризику та підвищення резервних можливостей організму.

**Кушнір О.В., Сидорчук Л.П\*, Жуковський О.М., Іфтола О.М.**

**АСОЦІАТИВНІ ЗВ'ЯЗКИ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА АНГІОТЕНЗИН-ПЕРЕТВОРЮЮЧОГО ФЕРМЕНТУ (АСЕ, I/D) З ТОВЩИНОЮ "ІНТИМА-МЕДІА" АРТЕРІЙ ЕЛАСТИЧНОГО ТИПУ ТА ЗМІНАМИ МІКРОБІОЦЕНОЗУ ТОВСТОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ**

*Кафедра гігієни та екології*

*Кафедра сімейної медицини\**

*Буковинський державний медичний університет*

Актуальним завданням сучасної медичної науки є дослідження генетичної предрисповищеності порушень кишкового мікробіоценозу та ураження органів-мішеней на фоні артеріальної гіпертензії як підґрунтя для розробки ранніх превентивних заходів, а також корекції патогенетично-обґрунтованої терапії.

Мета дослідження полягала у вивченні змін мікробіоценозу дистального відділу товстої кишки та товщини "інтима-медіа" (ТІМ) артерій еластичного типу, зокрема загальної сонної артерії (ЗСА) та черевної аорти (ЧАо) у хворих на есенційну артеріальну гіпертензію (ЕАГ) залежно від інсерційно-делеційного (I/D) поліморфізму гена ангіотензин-перетворюючого ферменту (АСЕ).



Обстежено 28 хворих на ЕАГ II-III стадій від 60 до 85 років (35,7% (10) чоловіків і 64,3% (18) жінок, середній вік – 70,2±6,9). Дослідження порожнинної мікрофлори дистального відділу товстої кишки проводили методом кількісних та якісних мікробіологічних досліджень наважки випорожнень обстежуваних за стандартним протоколом; алелі поліморфних ділянок гена АСЕ вивчали методом ПЛР-аналізу. Дослідження комплексу ТІМ ЗСА та ЧАо перед біфуркацією проводили за допомогою ультразвукової системи "EnVisor HD" ("Philips", США) та на автоматизованому діагностичному комплексі SonoAce8000 SE ("Medison", Корея) за стандартним протоколом. Товщину "інтима-медіа" визначали за методикою P.Pignoli et al.

Статистична обробка отриманих даних показала, що у хворих на ЕАГ вікової категорії 70 років і старше – 46,4% (13) осіб вірогідно частіше діагностували дисбактеріоз III-IV ступенів тяжкості, ніж у хворих віком 60-69 років – 53,6% (15) осіб: 84,6% (11) проти 53,3% (8) (p=0,027), при меншій частоті зустрічання дисбактеріозу I-II ступенів тяжкості 15,4% (2) проти 46,7% (7) (p<0,01). У 95,5% хворих спостеріали значний дефіцит симбіонтних фізіологічно корисних анаеробних облигатних аспорогенних біфідобактерій – 36,2% (p<0,001), лактобактерій на 25,8% (p<0,001) з появою патогенних (ентеротоксигенних ешерихій – 8,87±0,18 lg КУО/г) та вірогідним збільшенням умовно патогенних ентеробактерій (кишкової палички – на 8,7% (p<0,01), протеїв, ентеробактера – 8,89±0,29 lg КУО/г, гафній – 8,68±0,17 lg КУО/г), стафілококів – 5,91±0,17 lg КУО/г, пептокока – на 19,4% (p<0,001), бактерій роду *Clostridium* – 8,95±0,25 lg КУО/г і дріжджоподібних грибів роду *Candida* – 5,71±0,13 lg КУО/г. Тяжкість дисбактеріозу вірогідно корелювала із тяжкістю ЕАГ II і III стадій (r≥0,43, p<0,05).

У гомо- та гетерозиготних носіїв D-алеля гена АСЕ частіше зустрічали тяжкі ступені порушення мікробіоценозу кишечника, що також супроводжувалось тяжчим перебігом гіпертензії: серед носіїв D-алеля (DD- і I/D-генотипи) ЕАГ III стадії спостерігали у 100% (6) і 71,4% (10) випадків, відповідно, проти 25,0% (2) у носіїв II-генотипу (p<0,001). Результати обробки даних бактеріологічних досліджень вмісту порожнини товстої кишки хворих на ЕАГ засвідчили залежність змін видового складу та популяційного рівня мікрофлори порожнини товстої кишки від генотипу гена АСЕ: у носіїв DD та I/D генотипів знижені популяційний рівень та аналітичні показники біфідобактерій (на 37,0% і 35,6% відповідно, (p<0,001), а коефіцієнт кількісного домінування (ККД) – на 38,6% і 38,9% відповідно, (p<0,001), лактобактерій (на 27,6% і 25,7% та 28,5% відповідно (p<0,01), ентерококів (на 1,9-2,83% та 47,8% і 65,4% відповідно (p=0,05); зростає популяційний рівень та ККД патогенних ентеротоксигенних ешерихій (до 8,89 lg КУО/г і 61,9% відповідно) та умовно патогенних ентеробактерій (кишкової палички – на 9,41% і 9,53% відповідно (p<0,05); протеїв – на 43,8% і 20,1% відповідно (p<0,05); серрацій – до 8,86 lg КУО/г і на 17,1% відповідно; ентеробактера – до 8,99 lg КУО/г і на 6,6% відповідно; гафній – до 8,65 lg КУО/г і на 6,4% відповідно), бактероїдів (до 9,55 lg КУО/г (p<0,05) і 4,5% відповідно), пептокока (на 20,2-25,1%, p<0,01), кластридій (до 8,96 lg КУО/г і 45,5% відповідно), стафілококів (до 5,87 lg КУО/г і 21,2% відповідно), дріжджоподібних грибів роду *Candida* (до 5,72 lg КУО/г і 13,9% відповідно).

ТІМ як ЗСА, так і ЧАо достовірно збільшувалася по мірі зростання тяжкості гіпертензії (p<0,0001). Тяжкість порушень кишкового мікробіоценозу вірогідно прямо корелювала у хворих на ЕАГ II та III стадій із товщиною "інтима-медіа" ЗСА і ЧАо (r=0,64-0,80, p<0,04-0,001). У носіїв DD-генотипу тяжкість дисбіозу асоціювалась із ТІМ ЧАо (r=0,80, p<0,001). Залежності змін ТІМ ЗСА від генотипів гена АСЕ не виявили.

Таким чином, отримані дані є результатом реалізації генетично детермінованого клінічного фенотипу ЕАГ. Наявність D-алеля гена АСЕ асоціюється з тяжчим перебігом гіпертензії (серед пацієнтів з III стадією ЕАГ переважали носії ID- та DD-генотипів) незалежно від віку обстежених (p<0,001). У віковій категорії 70 і більше років дисбактеріоз III-IV ступенів зустрічається у 1,6 рази частіше, ніж у віці 60-69 років. Носії D-алеля гена АСЕ є групами високого ризику тяжкого перебігу дисбіозу кишечника за показниками видового складу і популяційного рівня мікрофлори порожнини товстої кишки, що гіпотетично створює передумови розвитку набутого імунодефіцитного стану. На тяжкість дисбіозу вірогідно впливає величина ТІМ ЧАо у хворих на ЕАГ II і III стадій (r=0,64-0,80, p<0,01), які є носіями DD-генотипу гена АСЕ (r=0,80, p<0,001).

**Міхєєв А.О.**

**МІКОТОКСИНИ ТА МІКОТОКСИКОЗИ**

*Кафедра мікробіології та вірусології*

*Буковинський державний медичний університет*

Мікотоксини – токсини, що продукуються мікроскопічними грибами різних видів. Накопичення мікотоксинів у сільськогосподарській продукції і продуктах харчування призводить до розвитку мікотоксикозів – захворювань людини та тварин. До 60-х років минулого століття найпоширенішими харчовими інтоксикаціями, які спричиняються мікотоксинами в продуктах харчування та привертала увагу гігієністів, були такі захворювання, як ерготизм («Антоніїв вогонь»), отруєння «п'яним» хлібом та аліментарно-токсична алейкія (АТА).

Ерготизм (клавіцепстоксикоз) уражує людей після вживання в їжу виробів із зерна з домішками ріжків – *Claviceps purpurea*, які вражають жито чи пшеницю. Якщо їх вміст складає понад 0,05%, то токсини можуть спричинити хронічну інтоксикацію, що перебігає в гангренозній, судомній або змішаній формі. Хвороба в середині XIX ст. уражала в Європі та світі десятки тисяч осіб – «Антоніїв вогонь», «злі корчі», а у XX ст. після виявлення її причини траплялася зрідка.