

**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



різницею з аналогічним показником осіб групи порівняння) і показника резерву бактерицидної активності фагоцитів (збільшення в 1,97 рази), а також вірогідне ( $p < 0,05$ ) зростання титру нормальних антитіл (на 30,8%) та зменшення ЦІК – на 32,8% за відсутності вірогідних змін цих показників у пацієнтів порівняльної групи.

Разом з тим, незважаючи на вірогідну позитивну динаміку більшості імунологічних показників у хворих основної групи, які в комплексній терапії отримували імуностимулюючий засіб «Тималін», показники  $CD_4^+$  (Т-хелперні лімфоцити), НСТ-тесту стимульованого, резерву бактерицидної активності фагоцитів та ЦІК наприкінці їх лікування були вірогідно нижчими порівняно з аналогічними показниками осіб контрольної групи, що свідчить про торпідність імунних порушень і факторів неспецифічної резистентності організму до зворотніх змін у хворих на акне, що може бути однією з патогенетичних ланок та регуляторних передумов до наступних рецидивів дерматозу та обґрунтовує доцільність призначення таким хворим додаткового курсу терапії з використанням засобів імуотропної дії.

**Гаєвська М. Ю.**

### **КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ПСОРИАЗУ ІЗ КОМБІНОВАНИМ ТА ПОЕТАПНИМ ЗАСТОСУВАННЯМ ЗАСОБІВ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОЇ ТА АНТИОКСИДАНТНОЇ ДІЇ**

*Кафедра дерматовенерології*

*Буковинський державний медичний університет*

Псоріаз – одне з найбільш актуальних захворювань шкіри, на яке хворіє 2-5% населення світу. Поширеність дерматозу, його тривалий хронічний перебіг з частими рецидивами, які супроводжуються втратою хворими працездатності та їх соціальної активності, визначають важливе медичне та соціальне значення псоріазу.

Метою роботи було покращити результати лікування хворих на псоріаз шляхом комбінованого та поетапного застосування в їх комплексній терапії гепатопротекторних та антиоксидантних засобів.

Спостерігали 37 хворих на псоріаз, з них 25 чоловіків та 12 жінок віком від 25 до 70 років з тривалістю дерматозу 3-25 років. У всіх пацієнтів патологічний процес на шкірі мав поширений характер, у більшості (у 31) хворих діагностовано прогресуючу стадію псоріазу, у 6 осіб – стаціонарну. Середнє значення індексу PASI (індекс ураження шкіри й тяжкості псоріатичного процесу) у обстежених хворих на початку лікування склало  $24,1 \pm 0,71$ . У більшості (у 27-72,9%) хворих на псоріаз при обстеженні у гастроентеролога виявлено супутні, часто комбіновані, захворювання з боку гепатобіліарної системи чи кишкового тракту. Водночас результати визначення у хворих на псоріаз показників оксидантної й антиоксидантної систем крові засвідчили, що у хворих на псоріаз є вірогідні зміни оксидантно-антиоксидантного гомеостазу.

У процесі лікування хворі на псоріаз були розподілені на 2 групи: 18 пацієнтів (порівняльна група) – отримали засоби базової терапії дерматозу, іншим 19 хворим (основна група), зважаючи на наявні захворювання гепатобіліарної зони та виявлені у хворих зміни оксидантно-антиоксидантного гомеостазу, у комплексній терапії дерматозу поетапно призначали гепатопротекторні засоби – тіотриазолін (2,5% розчин по 2 мл внутрішньом'язово впродовж 10 днів) і глутаргін (по 0,5 г тричі на добу впродовж 15 днів), які також володіють й антиоксидантною дією. Паралельно хворим призначали комбінований препарат оксилік із вмістом вітамінів А, Е і С, які володіють антиоксидантними властивостями (по 1 капсулі на добу впродовж 20 днів). Аналіз динаміки клінічних проявів дерматозу засвідчив, що у хворих на псоріаз основної групи уже на 3-4-й день зменшилося відчуття свербіжів, покращився сон, на 5 – 8-й день зменшилися ознаки гіперемії та інфільтрації в ділянці папул. Наприкінці лікування відзначено зменшення показника індексу PASI у хворих на псоріаз обох груп, однак більш істотне його зменшення встановлено у пацієнтів основної групи (на 75,3%; у пацієнтів порівняльної групи – на 61,4%). Водночас у 14 з 19 хворих основної групи відзначено подовження (у середньому до 7-8 місяців) тривалості стану клінічної ремісії дерматозу (у групі порівняння – у 6 з 18 пацієнтів). Також наприкінці лікування у хворих основної групи встановлено тенденцію до нормалізації показників оксидантної та антиоксидантної систем крові – вірогідне зростання (на 9,8%,  $p < 0,05$ ) у сироватці крові рівня церулоплазміну, зменшення (на 23,0%,  $p < 0,05$ ) в еритроцитах вмісту малонного альдегіду та у сироватці крові середньомолекулярних пептидів (на 13,7%,  $p < 0,01$ ), що свідчить про зниження у хворих на псоріаз проявів ендогенної інтоксикації.

Таким чином, поетапне та комбіноване застосування у комплексній терапії псоріазу гепатопротекторних та антиоксидантних засобів покращує клінічні результати лікування хворих, подовжує тривалість клінічної ремісії дерматозу, а також сприяє нормалізації показників оксидантно-антиоксидантного гомеостазу таких пацієнтів.

**Герман А.О.**

### **ТИРЕОЇДНИЙ СТАТУС ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ**

*Кафедра фізотерапії та пульмонології*

*Буковинський державний медичний університет*

Дисфункція тиреоїдної системи при вперше діагностованому туберкульозі легень (ВДТБ) легень виникає внаслідок комплексної дезінтеграційної дії на структурно-метаболічний гомеостаз патологічних процесів пов'язаних з наявними етіологічними причинами інфільтративних змін у легенях.



Визначити рівень вільного трийодтироніну (вТ3), вільного тироксину (вТ4), тиреотропного гормону (ТТГ) імуноферментним методом у сироватці крові хворих на вперше діагностований туберкульоз легень.

У дослідження було включено 100 пацієнтів з ВДТБ, до групи 1 (гр.1) увійшло 60 пацієнтів з ВДТБ легень зі збереженою чутливістю до протитуберкульозних хіміопрепаратів, до групи 2 (гр.2) увійшло 40 пацієнтів з хіміорезистентним туберкульозом легень. За даними анамнезу пацієнти не мали захворювань щитоподібної залози (ЩЗ) в минулому. Вік хворих коливався від 21 до 64 років, а середній вік склав  $35,4 \pm 2,1\%$  року. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб (ПЗО), у віці від 24 до 58 років, які на момент обстеження не мали ознак маніфестації загострення соматичної патології. Середній вік склав  $32,2 \pm 1,6$  року.

Рівень ТТГ був нижчим за ПЗО ( $2,86 \pm 0,08$ ) у гр.1 у 6,35 рази ( $p < 0,05$ ), у гр.2 цей показник також був у 4,84 рази нижчим за такий показник у ПЗО ( $p < 0,05$ ). Рівень вТ4 в обох групах був нижчим за такий у ПЗО ( $21,19 \pm 0,60$ ). У гр.1 – у 2,33 рази ( $p < 0,05$ ), у гр.2 – у 2 рази ( $p < 0,05$ ). Рівень вТ3 в групі 1 був вищим за показник ПЗО ( $4,55 \pm 0,23$ ) у 1,19 рази, ( $p < 0,05$ ), у групі 2 у 1,07 рази. Показник периферійної конверсії зростає в обох групах і супроводжується збільшенням вмісту вТ3 на тлі зниження рівня вТ4. Так, значення вТ3/вТ4 було високим в обох групах відносно ПЗО ( $0,214 \pm 0,002$ ), у гр.1 – у 2,83 рази, ( $p < 0,05$ ), у гр.2 – у 2,41 рази ( $p < 0,05$ ).

Дані дослідження свідчать, що туберкульозний процес супроводжується низьким рівнем вТ4, що компенсується за рахунок високої периферійної конверсії вТГ, супроводжується високим показником вТ3, що є адекватною реакцією ЩЗ на системні прояви інтоксикаційного синдрому інфекційного характеру.

**Голяр О.І.**

### **СТУПІНЬ ВПЛИВУ АНТИБІОТИКА ШИРОКОГО СПЕКТРУ ДІЇ НА МІКРОБІОЦЕНОЗ КИШЕЧНИКУ ТА ЙОГО КОРЕКЦІЯ ПРЕПАРАТОМ «БІФІФОРМ – 21»**

*Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології*

*Буковинський державний медичний університет*

Накопичений у нашій країні та у всьому світі величезний досвід використання антибіотиків дозволив переглянути основні принципи і концепцію їх призначення, щоб найбільш ефективно використовувати різні групи антибіотиків і, разом з тим, попередити або ж максимально знизити рівень побічних явищ та ускладнень різного ступеня тяжкості. Визначення оптимальних доз антибіотика в етіотропній терапії являється надзвичайною і вирішальною умовою успішного лікування бактеріальних інфекційних захворювань. Неефективність етіотропної антибіотикотерапії може бути пов'язана з нерациональним підбором лікувальних доз. Малі дози часто не забезпечують терапевтичної концентрації у крові і тканинах, призводять до відсутності успіху в лікуванні, рецидиву захворювання або переходу його у хронічну форму, а також до формування антибіотикорезистентності збудника. Характерним прикладом такої помилки являється призначення дорослому пацієнту тетрациклінів у разовій дозі 10 мг/кг і менше. Тоді як середня терапевтична доза складає 20 мг/кг.

Отримані результати вивчення впливу різних (середньої (20 мг/кг) та максимальної (50 мг/кг)) терапевтичних доз тетрацикліну гідрохлориду на видовий склад (якісний) та популяційний (кількісний) рівень автохтонних облигатних анаеробних бактерій роду *Bifidobacterium*, *Lactobacillus*, *Peptostreptococcus*, *Eubacterium*, *Bacteroides* та факультативних анаеробних бактерій роду *Enterococcus*, а також визначений якісний та кількісний склад факультативних анаеробних та аеробних ентеробактерій (бактерій роду *Escherichia*, *Proteus*, *Klebsiella*, *Edwardsiella*, *Pantotea*, *Staphylococcus* та ін.) порожнини та приєпітеліальної біологічної плівки товстої та дистального відділу тонкої кишки.

Тетрациклін у дозі 50,0мг/кг призводить до стерилізуючого ефекту мікрофлори порожнини товстої кишки в результаті чого настає елімінація із порожнини товстої кишки в першу чергу автохтонних облигатних анаеробних бактерій роду *Bifidobacterium*, *Lactobacillus*, *Peptostreptococcus*, аеробних бактерій роду *Enterococcus*, *B. Subtilis* та окремих видів ентеробактерій (*Edwardsiella*, *Pantotea*), значно знижується популяційний рівень бактерій роду *Escherichia*, *Eubacterium*. На цьому фоні зростає популяційний рівень, коефіцієнт кількісного домінування та коефіцієнт значущості у бактерій роду *Peptococcus*, *Clostridium*, *Klebsiella*.

Після створення моделі кишкового дисбактеріозу введенням перорально щоденно протягом 10 днів тетрацикліну у максимальній терапевтичній дозі на шостий день проводили заходи направлені на деконтамінацію та корекцію якісного та кількісного складу мікробіоти порожнини і приєпітеліальної біологічної плівки слизової оболонки товстої та дистального відділу тонкої кишки, за допомогою «Біфіформу дитячого порошку 21».

Таким чином, пероральне використання біфіформу у тварин із дисбактеріозом III – IV ступеня протягом 10 днів значно покращує якісний і кількісний склад мікробіоти порожнини товстої кишки за рахунок появи і досягнення помірного (нормального) популяційного рівня, коефіцієнту кількісного домінування і коефіцієнту значущості бактерій роду *Bifidobacterium*, *Lactobacillus*, *Bacteroides*, *Peptostreptococcus*, *Enterococcus*, *Escherichia*. Але десятиденне використання біфіформу недостатнє для повної нормалізації мікробіоти цього біотопу.