

**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



Таким чином, комбіноване застосування у комплексній терапії артропатичного псоріазу лікарських засобів із гепатопротекторною та антиоксидантною діями (антралю, тіотриазоліну, аевіту, аскоцину) покращує клінічні результати лікування дерматозу, а також сприяє нормалізації показників про-й антиоксидантної систем крові даної категорії хворих.

**Єременчук І.В.**

### **КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ІН'ЕКЦІЙНИХ ФТОРХІНОЛОНІВ У ХВОРИХ ІЗ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНІСТЮ ЗА КЛІНІЧНО-ЛАБОРАТОРНИМИ ПОКАЗНИКАМИ**

*Кафедра фтизіатрії та пульмонології*

*Буковинський державний медичний університет*

Оцінити клінічну ефективність застосування ін'екційних фторхінолонів в інтенсивній фазі хіміотерапії у хворих на мультирезистентний туберкульоз легень.

У відкрите рандомізоване дослідження включено 57 хворих (74,3 % чоловіків, 25,7 % жінок) віком від 20 до 76 років. Після отримання тесту медикаментозної чутливості (ТМЧ) хворих віднесено до 4-ї категорії, підкатегорії 4.1 (протокол № 1091 від 21.12.12 р.). Усім хворим в інтенсивну фазу лікування у режимі хіміотерапії, згідно клінічного протоколу № 1091, у перший місяць лікування призначали ін'екційні форми респіраторних ФХ: левофлоксацин (Lfx), гатифлоксацин (Gfx) та моксифлоксацин (Mfx).

Оцінку індивідуальних режимів хіміотерапії за клінічно-лабораторними показниками проводили через 1 міс. після завершення застосування ін'екційних форм ФХ 3-го та 4-го покоління. Аналіз отриманих даних показав, що у динаміці лікування при призначенні ін'екційного ФХ Mfx в схемах хіміотерапії (через 1 міс.) спостерігали припинення бактеріовиділення у 62,7% пацієнтів і воно залишалося стабільним, при призначенні Gfx в 59,1% випадків припинилося бактеріовиділення і, відповідно, при застосуванні Lfx – у 37,3% осіб.

Нормалізацію показників загального аналізу крові у групах з призначенням Lfx, Mfx та Gfx через 1 місяць лікування відмічено відповідно у 34,8%, 35,8 % та 37,9% осіб. Відсутність основних клінічних проявів через 1 місяць лікування при призначенні Lfx спостерігалось в 52,2% осіб, Gfx - у 57,9% випадків, відповідно Mfx – у 59,2%.

Проведений порівняльний аналіз ефективності ін'екційних форм ФХ 3-го та 4-го покоління у пацієнтів із МРТБ продемонстрував вірогідно вищу ефективність препаратів 4-ої генерації. При порівнянні ФХ 4-го покоління гатифлоксацину та моксифлоксацину різниця показників ефективності дії є незначною (припинення бактеріовиділення у 59,1% та 62,7% випадків відповідно), але він поступився моксифлоксацину за рахунок прояву побічних реакцій у вигляді флебітів – 5,9% випадків, артралгій – 8,1% та фотосенсибілізації – 86%. Слід врахувати ще й той факт, що гатифлоксацин має найвищий показник зв'язування з білками крові (що нижчий цей показник (найнижчий у моксифлоксацину та левофлоксацину), то гірша дифузія ФХ у тканини і внутрішньоклітинно), що не вигідно вирізняє цей препарат серед інших ФХ.

Отже, у хворих на МРТБ легень моксифлоксацин виявив найбільш високий клінічний ефект та задовільну переносимість у складі комплексних режимів хіміотерапії, що дозволило підвищити ефективність лікування та комплаєнтність у пацієнтів досліджуваної групи.

**Кадельник Л.О., Денисенко О.І., Мойсюк С.В., Крайс О.В.**

### **ЗАСТОСУВАННЯ ФОТОТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПСОРИАЗУ**

*Кафедра дерматовенерології*

*Буковинський державний медичний університет*

За даними сучасних досліджень, псоріаз – мультифакторний хронічний імунозалежний дерматоз, який характеризується активацією та порушенням проліферації кератиноцитів з розвитком запальних процесів у шкірі, а також можливим залученням у патологічний процес нігтів, суглобів, внутрішніх органів. За даними різних авторів, частка псоріазу становить 12-15% від загальної кількості захворювань шкіри. В Україні нараховують приблизно 1,5 млн. хворих на псоріаз. Зважаючи на поширеність та можливий системний характер дерматозу, особливо актуальним є вибір ефективних методів лікування псоріазу залежно від стадії процесу, поширеності та інших клінічних особливостей перебігу даного захворювання.

Сучасні терапевтичні методи терапії псоріазу можна розділити на три основні категорії: топічні препарати, системні засоби, фототерапія. Останнім часом все ширшого застосування набувають фототерапевтичні методи лікування псоріазу. Для лікування псоріазу використовують різну довжину УФ хвиль (діапазон А та В): УФВ-терапія, УФА/Б-терапія, фотохіміотерапія (ПУВА). Фотохіміотерапія поєднує первинне системне застосування препаратів з групи фотосенсибілізаторів з подальшим призначенням сеансу УФ фототерапії. Спочатку застосовували широкопалітне УФ випромінювання з довжиною хвилі 280-315 нм для лікування псоріазу.

З 80-х років минулого століття для фототерапії частіше використовували більш вузький спектр УФВ. Таким чином, з'явився термін "селективна УФ-терапія (СУФТ)", який використовували для опису застосування різних компонентів фототерапії. Надалі термін СУФТ використовується для позначення використання поліхромних пучків світла з довжиною хвилі 300-320 нм. Вузькосмугова УФВ терапія стала



можливою з розвитком флуоресцентних труб з піком випромінювання близько 311 нм. В останні роки з появою ексимерних лазерів були розроблені обладнання з випромінюванням монохроматичного світла УФВ (λ-308 нм). Після створення псоралену - першого фотосенсибілізатора для лікування псоріазу, з'явився термін фотохіміотерапія. Для фотохіміотерапії застосовують УФА випромінювання (315-400 нм). Псорален може застосовуватися системно-перорально (ПУВА-терапія), або топічно – у вигляді ванн або крему. Механізм дії фототерапії полягає в тому, що фототерапія запускає різні біологічні ефекти, які полягають в основі клінічної дії при лікуванні псоріазу. Протизапальна дія фототерапії пов'язана зі зниженням рухливості антиген-презентуючих клітин Лангерганса, пригнічення активації Т-лімфоцитів, а також пригнічення індукції апоптозу активованих Т-лімфоцитів. Крім того, фототерапія знижує епідермальну гіперпроліферацію і пригнічує взаємодію ДНК кератиноцитів. ПУВА негативно впливає на синтез ДНК. Показами до застосування методів фототерапії при псоріазі є як легка форма псоріазу, так і середньоважка та важка форма псоріазу. Побічні ефекти від фототерапії можуть виникнути лише у випадку одночасного призначення хворим на псоріаз фотодинамічних препаратів (тетрациклінів та ін.), вживання фотодинамічних продуктів та добавок (петрушка, цикламата тощо). Слід зазначити, що рекомендована початкова доза та поступове збільшення доз опромінення при методах фототерапії, окрім клінічних особливостей дерматозу, визначаються також типом шкіри хворих на псоріаз.

Таким чином, фототерапія – це перспективний напрямок у лікуванні псоріазу, завдяки доступності та безпеці застосування, можливості призначення вагітним та дітям, а також встановленій ефективності при різному клінічному перебігу даного дерматозу.

**Карвацька Ю.П.**

### **КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЗВИЧАЙНІ (ВУЛЬГАРНІ) ВУГРИ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ МУЛЬТИПРОБІОТИКІВ**

*Кафедра дерматовенерології*

*Буковинський державний медичний університет*

Вульгарні вугри (*Acne vulgaris*) представляють одну з найбільш актуальних проблем сучасної дерматології. Значна поширеність вугрової хвороби серед осіб юнацького і молодого працездатного віку, локалізація висипу на відкритих ділянках шкіри, хронічний рецидивуючий перебіг дерматозу є причиною погіршення якості життя пацієнтів, що в цілому і визначає важливе медико-соціальне значення даного дерматозу. Аналіз динаміки кількості хворих на вугри звичайні (вульгарні) у структурі пацієнтів, госпіталізованих у стаціонарні відділення Чернівецького ОШВД показав, що упродовж останніх 3-х років у Чернівецькій області відзначається тенденція до збільшення частки хворих на вугри звичайні.

Встановлено, що вульгарні вугри – це мультифакторний хронічний дерматоз. За даними літератури, однією з причин ініціювання та підтримання хронічного характеру ураження шкіри людини є захворювання травного каналу, а саме дисбіотичних його порушень. Кишкова мікрофлора є важливим органом, який у вигляді піни вкриває всю поверхню кишечника, причому кількість та різноманіття видів мікроорганізмів прогресивно збільшується від його верхніх до нижніх відділів. Мікробіоценоз кишечника – це мікроекологічна система, що еволюційно склалася, в якій мікрофлора з певним видовим складом знаходиться у стані динамічної рівноваги й відповідає поняттю норми. Зміна кількісного та якісного складу кишкових мікроорганізмів прийнятно визначати як кишковий дисбіоз. При дисбіозі відбувається зниження корисних властивостей нормальної мікрофлори: зниження імуностимуляційної функції, місцевого імунітету, біосинтетичної діяльності, детоксикаційної функціональної здатності і, зрештою, травної діяльності.

Біологічні бактерійні препарати, що застосовують як для корекції мікробіоти кишечника так і для лікування дисбіозу поділяють на пробіотики, пребіотики, синбіотики. Існують вимоги до мікроорганізмів, що використовуються у якості пробіотиків і результати клінічних досліджень свідчать, що саме полікомпонентні комбіновані пробіотичні препарати є найбільш ефективними. Отже, з'ясування патогенетичних ланок вульгарних вугрів з метою розробки високоефективних, патогенетично обґрунтованих методів їх лікування є однією з найбільш актуальних задач сучасної дерматології, що і визначає актуальність проведених наукових досліджень.

Метою роботи було визначити показники мікробіоти кишечника хворих на вульгарні вугри з супутніми латентними захворюваннями гепатобіліарної системи та кишкового тракту та визначити ефективність впливу мультикомпонентних комбінованих пробіотиків на зміни в мікробіоті кишківника.

З цією метою проведено клінічне та лабораторне обстеження 38 хворих на вульгарні вугри віком від 18 до 27 років. Серед обстежених було 23 юнаки та 15 дівчат, з яких 29 осіб проживають в умовах міста, а 9 – мешкають у сільській місцевості Чернівецької області (Північної Буковини). У всіх обстежених пацієнтів дерматоз мав хронічний перебіг із тривалістю вульгарних вугрів від 5 місяців до 7 років. У 32 (84,2%) пацієнтів діагностовано дерматоз легкого та середнього ступеню тяжкості і у 6 (15,8%) пацієнтів процес набував тяжкого перебігу з утворенням конглобатних вугрів із подальшим формуванням рубцевих змін шкіри. З анамнезу відомо, що у 21 (55,26%) пацієнта були перенесені захворювання органів травлення, а в інших спостерігалися періодичні скарги на порушення функцій шлунково-кишкового тракту. На момент обстеження і лікування у дерматолога активних проявів захворювань органів травлення у взятих на облік пацієнтів виявлено не було.