

Міністерство охорони здоров'я України
Буковинський державний медичний університет

МАТЕРІАЛИ

94-ї

підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
Буковинського
державного медичного університету

18, 20, 25 лютого 2013р.



Чернівці - 2013

Дмитренко Р.Р. ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ФІБРИНОЛІТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ЯСЕН ЩУРІВ ПРИ ГІПОБАРИЧНІЙ ГІПОКСІЇ ТА ЗІЗНОЇ ТРИВАЛОСТІ ФОТОПЕРІОДУ	184
Ішков М.О. ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ «ПУЛЬПОТЕК» ПРИ ЛІКУВАННІ ПУЛЬПИТУ МОЛЯРІВ МЕТОДОМ ВІТАЛЬНОЇ АМПУТАЦІЇ	184
Калинчук А.І. ПЕРИНАТАЛЬНА АНАТОМІЯ ЖУВАЛЬНОГО М'ЯЗА	185
Караван Я.Р. ГЕНДЕРНИЙ АНАЛІЗ ОНКОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ У МЕШКАНЦІВ БУКОВИНИ	185
Кузняк Н.Б., Навольський Н.М. СУЧАСНІ ВІДОМОСТІ ПРО РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ТА ВИДИ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ У ДІТЕЙ	186
Кузняк Н.Б., Трифаненко С.І. ЗБАГАЧЕНА ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМА КРОВІ ПРИ ЛІКУВАННІ ПЕРЕЛОМІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ З УСКЛАДНЕНИМ КЛІНІЧНИМ ПЕРЕБІГОМ	187
Левандовський Р.А. КЛЮЧ ІНДИВІДУАЛЬНОГО КОРИСТУВАННЯ ДЛЯ ЗНЯТТЯ ПОСТРЕЗЕКЦІЙНОЇ ОРТОПЕДИЧНОЇ АПАРАТУРИ	187
Хомич Н.М. ЗАСТОСУВАННЯ ЛОКАЛЬНОЇ ГІПОТЕРМІЇ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ АТИПОВОГО ВИДАЛЕННЯ ТРЕТІХ МОЛЯРІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ	188
Хухліна О.І. ВПЛИВ МЕТАЛЕВИХ ВКЛЮЧЕНЬ ПРОТЕЗІВ НА СТАН ТКАНИН ПАРОДОНТУ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ШЛУНКА	188
СЕКЦІЯ 13 КЛІНІЧНА ОНКОЛОГІЯ, ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ТА ПРОМЕНЕВА ТЕРАПІЯ	
Кравчук С.Ю. ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ПУХЛИН ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ	190
Крук Т.В. СУЧАСНІ ДІАГНОСТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ ДЛЯ ТЕСТУВАННЯ МУТАЦІЙ ГЕНА BRCA1 У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ	190
Мойсюк Т.Г., Унгурян В.П. ДІАГНОСТИКА ТА ДИФЕРЕНЦІАЦІЯ ПАТОЛОГІЧНИХ СТАНІВ ТКАНИНИ ШЛУНКА МЕТОДОМ ПОЛЯРИЗАЦІЙНОЇ ФЛУОРЕСЦЕНЦІЇ	191
Олійник Е.В. ХІМІОТЕРАПІЯ РАКУ ЛЕГЕНЬ ПЕМЕТРЕКСЕДОМ	192
Пересунько О.П., Зелінська Н.В. КОМПЮТЕРНА МІКРОСПЕКТРОФОТОМЕТРІЯ СИСТЕМИ «ЕПІТЕЛІЙ-СПОЛУЧНА ТКАНИНА» В ДІАГНОСТИЦІ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ	193
Семотович Р.В., Іващук О.І. ПАЛІАТИВНА ТЕРАПІЯ РАКУ ШЛУНКА (ДОСВІД 1 РОКУ)	195
Шульгіна В.В. ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ	196
Шумко Б.І., Гушул І.Я. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ РАКУ ГОРТАНОГЛОТКИ	197
СЕКЦІЯ 14 АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ШКІРНО-ВЕНЕРИЧНИХ, ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ ТА ТУБЕРКУЛЬОЗУ	
Баланюк І.В. ПЕРЕБІГ ВІТРИНОЇ ВІСПИ У ДОРΟΣЛИХ НА БУКОВИНІ	197
✓ Бойко А.В. ПРОБЛЕМА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ З НИЗЬКОЮ ПРИХИЛЬНІСТЮ ДО АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ	198
Височанська Т.П. ДИНАМІКА ЕЛЕМЕНТНОГО СКЛАДУ БІОСУБСТРАТИВ У ХВОРИХ НА ЗВИЧАЙНИЙ ТА АРТРОПАТИЧНИЙ ПСОРИАЗ ВНАСЛІДОК КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ЕЛЕМЕНТОВМІСНИХ ЗАСОБІВ	199
Возна Х.І. КЛІНІКО – ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ НА БУКОВИНІ	199
Волошина Н.О., Денисенко О.І. ПОШИРЕНІСТЬ ІНФЕКЦІЇ HELICOBACTER PYLORI ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ У ХВОРИХ НА ВУЛЬГАРНІ ВУГРИ	200
Гасвська М.Ю., Денисенко О.І., Круцяк О.В. КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОЇ ТА АНТИОКСИДАНТНОЇ ДІЇ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПСОРИАЗУ	201
✓ Герман А.О. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ	202
Голяр О.І. ВІДНОВЛЮВАЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ «БІФІФОРМУ ДИТЯЧОГО ПОРОШКУ №21» МІКРОФЛОРИ ДИСТАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ТОНКОЇ КИШКИ БЛИХ ЩУРІВ З ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИМ ДИСБАКТЕРІОЗОМ	202
Гулей Л.О., Перепічка М.П. ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ДЕРМАТОЗИ ІЗ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ ШЛЯХОМ ЗАСТОСУВАННЯ ГЕПАТОПРОТЕКТОРІВ ТА АНТИОКСИДАНТІВ	203
Давиденко О.М., Мироник О.В. КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ РЕАМБЕРИНУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ЖОВТЯНИЧНІ ФОРМИ ЛЕПТОСПІРОЗУ	204
Денисенко О. І. КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА УСКЛАДНЕНІ ФОРМИ ПСОРИАЗУ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ЗАСОБІВ АНТИОКСИДАНТНОЇ ДІЇ	204
✓ Єременчук І.В. ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНА АКТИВНІСТЬ ПОХІДНИХ ІМІДАЗОЛУ	205
Карвацька Ю.П. ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОБІОТИКІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ВУЛЬГАРНІ ВУГРИ	206
Крайс О.В., Мойсюк С.В., Яцина О.С. ЗАСТОСУВАННЯ ІМУНОБІОЛОГІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПСОРИАЗУ	207
✓ Мигайлюк Л.Д. ІНГАЛЯЦІЙНА ТЕРАПІЯ У ХВОРИХ НА ПОЗАГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ	208

Введення в комплекс лікувальних заходів при пневмонії інгаляцій Декасану дозволяло швидше усунути кашель, зменшити його частоту та інтенсивність, ліквідувати обструкцію дихальних шляхів (при наявності бронхообструктивного синдрому), покращити показники неспецифічної резистентності організму. Одержані дані дозволили розробити ефективну схему лікування пацієнтів із позагоспітальною пневмонією за допомогою включення до комплексу лікування небулайзерних інгаляцій Декасану.

Висновки: Небулайзерна терапія антимікробним засобом Декасан є одним із ефективних методів інгаляційного лікування хворих на позагоспітальну пневмонію. Застосування Декасану для інгаляцій при позагоспітальній пневмонії не має побічних ефектів та дозволяє скоротити терміни клінічного одужання хворого. Впровадження небулайзерної терапії Декасаном в практику спеціалізованих пульмонологічних відділень дозволить підвищити ефективність і скоротити термін стаціонарного лікування хворих із респіраторною патологією.

Підвербецька О.В., Степаненко В.О.

КЛІНІЧНО-ПАТОГЕНЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ

Кафедра фтизіатрії та пульмонології

Буковинський державний медичний університет

Аналіз епідемічної ситуації щодо туберкульозу (ТБ) в Україні свідчить про деяку її стабілізацію. Проте, останніми роками виникла нова епідеміологічна загроза – туберкульоз у ВІЛ-інфікованих хворих. ВІЛ-інфекція у всьому світі та в Україні вже більше 20 років кидає виклик системі охорони здоров'я: темпи розвитку епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу випереджають темпи розгортання діяльності щодо її запобігання та лікування. Як засвідчили результати чисельних досліджень, найбільш поширеним СНІД-індикаторним захворюванням є туберкульоз, який нерідко важко діагностувати у таких хворих через особливості його клінічного перебігу.

Мета: вивчити клінічні особливості перебігу туберкульозу у ВІЛ-інфікованих хворих.

Обстежено 15 ВІЛ-інфікованих хворих на туберкульоз легень (1 група), 40 хворих (32 чоловіків та 8 жінок) на вперше діагностований ТБ легень (2 група) та 15 хворих на хронічний ТБ легень (3 група). У всіх хворих ми визначали загальний стан та вираженість двох синдромів – бронхолегеневого (БЛС), який є провідним для туберкульозу, та інтоксикаційного (ІС), який зустрічається, як при туберкульозі, так і при ВІЛ-інфекції. Для оцінки вираженості інтоксикаційного та бронхолегеневого синдромів ми розробили шкали, за якими оцінювали інтенсивність цих синдромів у обстежуваних хворих.

Аналіз отриманих даних показав, що загальний стан хворих на ВІЛ-асоційований ТБ (1 група) є більш важким у порівнянні із загальним станом ВІЛ-негативних хворих з вперше діагностованим ТБ легень (2 група) та хронічним ТБ легень (3 група): у 1 групі вірогідно рідше визначався задовільний загальний стан у порівнянні з 2 групою ($p < 0,05$) – 6,7 % випадків у 1 групі проти 42,5 % випадків серед хворих другої групи; у хворих на ВІЛ-асоційований ТБ частіше, аніж у хворих 2 та 3 груп, був виявлений загальний стан середньої важкості ($p < 0,05$) – 46,6 % випадків серед хворих 1 групи проти 5% та 6,7 % випадків серед хворих 2 та 3 груп відповідно.

Інтоксикаційний синдром (ІС) у хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз був достовірно більш вираженим ($p < 0,05$), ніж у хворих 2 та 3 груп – середній бал вираженості ІС у хворих на ко-інфекцію становив $8,1 \pm 2,4$ проти $3,2 \pm 2,3$ та $3,7 \pm 1,7$ у хворих на ВДТБ та ХТБ легень відповідно. У ВІЛ-позитивних хворих 1 групи достовірно частіше, порівняно з 1 та 3 групами, визначався виражений ІС ($p < 0,05$) – 53,3 % у першій групі проти 2,5 % та 0 % у другій та третій групах відповідно, та значно рідше був виявлений легкий ІС ($p < 0,05$) – 13,3 % у першій групі проти 50 % у другій та 66,7 % у третій групі. Середня температура тіла у пацієнтів 1 групи ($38,4 \pm 0,98$ °C) була значно вищою ($p < 0,05$), ніж у хворих 2 групи ($37,1 \pm 0,98$ °C) та хворих 3 групи ($37,1 \pm 0,98$ °C).

При порівнянні вираженості бронхолегеневого синдрому БЛС у хворих 1 групи з вираженістю БЛС у хворих 2 групи було встановлено, що середня кількість балів, яка характеризувала вираженість бронхолегеневого синдрому, у хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз в порівнянні з 2 групою вірогідно не відрізнялась ($p > 0,05$) – 1,9 балів у 1 групі проти 2,8 балів у 2 групі. Проте, у хворих на ВІЛ-асоційований ТБ легень достовірно частіше БЛС був легким або зовсім відсутнім (86,7 % випадків), порівняно з 2-ою (52,5 % випадків) та 3-ою (26,7 % випадків) групами ($p < 0,05$). Помірний БЛС у хворих 1 групи зустрічався набагато рідше (6,65 %), ніж у другій (40 %) чи третій (60 %) групах ($p < 0,05$). Таким чином, ми встановили достовірне переважання вираженості інтоксикаційного синдрому (середній бал – $8,1 \pm 2,4$) над вираженістю бронхолегеневого синдрому (середній бал $1,9 \pm 1,8$) у хворих на ВІЛ-асоційований ТБ легень ($p < 0,001$).

Окрім того, ми виявили щільний прямий кореляційний зв'язок між кількістю CD4+ та вираженістю бронхолегеневого синдрому у хворих на ВІЛ-асоційований ТБ легень ($r = 0,91$, $p < 0,0001$).

Отже, у хворих на ТБ легень з ВІЛ-інфекцією вірогідно переважає інтоксикаційний синдром з лихоманкою над бронхолегеневим. Вираженість бронхолегеневого синдрому вірогідно зменшується з поглибленням імуносупресії.