

Міністерство охорони здоров'я України
Буковинський державний медичний університет
Студентське наукове товариство
Рада молодих вчених



ХИСТ

2014, випуск 16

Всеукраїнський журнал молодих вчених
Заснований у 2000 році

Головний редактор
д.мед.н., проф. Т.М.Бойчук

Заступник головного редактора
к.мед.н., доц. О.А.Тюленева

Відповідальні секретарі:

М.С. Степанченко
А.М. Барбе
д. мед. н., проф. І.С. Давиденко,
д. мед. н., проф. Ю.Є. Роговий,
д. мед. н., проф. В.К. Тащук,
д. мед. н., проф. О.І. Федів,
д. мед. н., проф. О.С. Федорук,
д. мед. н., проф. Р.Є. Булик,
д. мед. н., проф. Н.В. Пашковська,
к. мед. н., доц. М.П. Антофійчук.

Адреса редакції: 58002, Чернівці, пл. Театральна, 2, СНТ БДМУ.
Тел./факс: (03722) 3-52-62; (0372) 55-17-39. E-mail: snt@bsmu.edu.ua
Повнотекстова версія журналу представлена на сайті: <http://bim.co.ua/>

Чернівці, 2014

Редакційна рада:

Ю.І. Бажора (Одеса)
О.А. Андрієць (Чернівці)
Ю.Т. Ахтемійчук (Чернівці)
О.О. Мойбенко (Київ)

В.Ф. Сагач (Київ)
О.І. Іващук (Чернівці)
В.К. Тащук (Чернівці)

Науковий редактор:

к.мед.н., доц. Тюленева

Рецензенти та коректори:

Білоус Т.М.
Войткевич Н.І.
Гарас М.Н.
Присяжнюк В.П.
Сливка Н.О.

Степанченко М.С.
Унгурян А.І.
Філіпець О.О.
Чимпой К.А.

Дизайн сторінок та верстка - Барбе А.М.
Дизайн обкладинки - Кривецький І.В.

Матеріали друкуються українською, російською та англійською мовами.

Рукописи рецензуються. Редколегія залишає за собою право редагування.
Передрук можливий за письмової згоди редколегії.

Видається згідно з постановою Вченої ради
Буковинського державного медичного університету

Свідоцтво про державну реєстрацію: серія KB №392

- © «Хист», Всеукраїнський медичний журнал студентів і молодих вчених. - 2014, вип. 16.
- © «Хыст», Всеукраинский медицинский журнал студентов и молодых ученых. - 2014, вып. 16.
- © «Нyst», The Ukrainian Student Medical Journal. - 2014, №16.

Йосипенко В.Р. ПРИЧИНИ ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ	64
Липка В.Т., Андрієвська К.М., Пустовіт І.О. ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА КОМБІНОВАНОГО ВПЛИВУ ДИМЕТОАТУ ТА НІТРАТУ НАТРІЮ НА ПОВЕДІНКОВІ РЕАКЦІЇ ТА МАСУ ТІЛА У ТВАРИН З РІЗНИМИ ТИПАМИ АЦЕТИЛЮВАННЯ	64
Гладкий С.І., Мельник Д.С., Іванчук О.В. КОМП'ЮТЕР: ПОМІЧНИК У РОБОТІ ЧИ ЗАГРОЗА ДЛЯ ЗДОРОВ'Я?	65
Мельник І.І., Бабій О.В., Дубінська О.А., Єрмощенко С.А. ПРОБЛЕМА ЙОДНОГО ДЕФІЦИТУ ТА ШЛЯХИ ЙОГО ПОДОЛАННЯ СЕРЕД СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ	65
Резніков Ю.П. ВПЛИВ СОНЯЧНОЇ АКТИВНОСТІ НА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ	66
Савчук В.О. ПОТЕНЦІЙНА НЕБЕЗПЕКА ВПРОВАДЖЕННЯ БІОТЕХНОЛОГІЙ	66
Сидорчук А.Р., Іринчина К.А. ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНА AGTR1 ТА ВАЖКІСТЬ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ЯК ЕНДОГЕННІ ЧИННИКИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ДИСБІОЗУ КИШЕЧНИКА	67
Стецик Ю.Р., Тимчук Ю.Ю., Боданюк О.А., Фундюр Ю.В. ОСОБЛИВОСТІ СПОЖИВАННЯ ПИТНОЇ ВОДИ СТУДЕНТСЬКОЮ МОЛОДДЮ	67
Цуманець І.О., Шкрібляк У.В. ХАРЧУВАННЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ – ВИБІР МІЖ «СМАЧНО» ТА «КОРИСНО»	68
Цуманець І.О., Шкрібляк У.В. ХАРЧУВАННЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ – ВИБІР МІЖ «СМАЧНО» ТА «КОРИСНО»	68
Чура О.В., Калакайло А.В., Гураль М.М. МОНІТОРИНГ ВЖИВАННЯ ЧІПСІВ СТУДЕНТАМИ МЕДИЧНОГО КОЛЕДЖУ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ОРГАНІЗМ	69

Дерматологія та венерологія

Гулей Л.О., Бобик М.П. ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ ТОПІЧНИХ ЗАСОБІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПСОРИАЗУ	71
Кадельник Л.О. ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО АЛЕРГОДЕРМАТОЗУ ТА ІНВАЗІЇ LAMBLIA INTESTINALIS	71
Ревенко Ж.А., Бігунець В.С. ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗНИКІВ КЛІТИННОГО І ГУМОРАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ДЕМОДЕКОЗ	72
Ревенко Ж.А., Коновалець І.В., Головач Т.О. ПЕРЕВАГИ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ДЕМОДЕКОЗ	72
Степан Н.А., Карвацька Ю.П., Суховерська О.Б. СТАН ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ТА ОКИСНОГО СТРЕСУ У ХВОРИХ НА ЕКЗЕМУ	73

Дитяча хірургія

Іринчина К.А., Данилюк М.О. ПЕРВИННА ХІРУРГІЧНА ОБРОБКА РАН ЛИЦЯ У ДІТЕЙ	75
Андрейко М.Р., Кіріак В.Г., Красовський М.В. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ МОДЕЛЮВАННЯ ДОЛІХОСІГМИ	75
Бабич О.С., Заїка Л.В., Васильєва Л.Я. КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ ДІТЕЙ З ПЕРИТОНІТОМ АПЕНДИКУЛЯРНОГО ГЕНЕЗУ	76
Варварич І.Ю. КРІОТЕРМОДЕСТРУКЦІЯ ДОБРОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ШКІРИ У ДІТЕЙ	76
Джураєв К.Д., Курбанов Г.Т., Турсунов С.Э. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ	77

Ревенко Ж.А., Бігунець В.С.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗНИКІВ КЛІТИННОГО І ГУМОРАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ДЕМОДЕКОЗ

Харківська медична академія післядипломної освіти, Харьков, Україна
КАФЕДРА МЕДИЧНОЇ ПАРАЗИТОЛОГІЇ ТА ТРОПІЧНИХ ХВОРОБ
(науковий керівник - д.мед.н. Бодня К.І.)

Досліджували показники клітинного і гуморального імунітету хворих на демодекоз у фазі загострення захворювання. Проведено обстеження імунологічних реакцій 109 хворих на демодекоз у віці від 20 до 60 років. Обстежені хворі були розділені на 2 групи: до 1-ої групи були віднесені хворі без проявів функціональних порушень з боку гепато-біліарної системи, а в 2-у - хворі з дисфункцією печінки (ДП).

Мета роботи. Визначити зміни показників клітинного та гуморального імунітету хворих на демодекоз, що розвиваються у відповідь на інвазію.

Результати дослідження. Дослідження гуморального імунітету показали, що концентрація імуноглобулінів (Ig) основних трьох класів (А, М і G) у хворих на демодекоз змінювалася по-різному. Це узгоджується і з частотою змінності рівня Ig у порівнянні з нормою. Концентрація Ig А частіше була підвищена, а Ig М і Ig G – знаходилася в межах норми. Сумарний вміст зазначених Ig був нижче норми ($p \geq 0,05$). Змінювалося відсоткове співвідношення рівня Ig. При цьому співвідношення Ig G/Ig А у хворих більш, ніж в 2 рази було нижче норми. Виявлені зміни свідчать про дисбаланс сироваткових Ig, що може бути однією з ознак імунодепресії. У розвитку та реалізації імунної відповіді відбувається серія складних взаємодій між клітинами – Т- і В-лімфоцитами та іншими імунологічними показниками, що забезпечують різноманітність імунної відповіді. Для виявлення взаємозв'язків показників клітинного та гуморального імунітету у хворих на демодекоз була проведена оцінка інфраструктури комплексу кореляцій між досліджуваними показниками. Встановлено, що для інфраструктури імунних показників контрольної групи характерна наявність 16 сильних зв'язків з коефіцієнтом кореляції більш 0,54 і 7 помірних зв'язків з коефіцієнтом більш 0,42 і менше 0,54. У хворих 1-ї групи до лікування було виявлено всього 6 сильних і 5 помірних зв'язків. При цьому з достовірно корелюючих пар, лише 7 були такі ж, як в контрольній групі, а 4 були "новими". У хворих 2-ї групи було всього 6 достовірно корелюючих пар.

Висновок. Результати дослідження клітинного імунітету дозволяють зробити висновок, що при демодекозі відбуваються зміни вмісту в крові лімфоцитів і їх активності, змінюється співвідношення Т- і В-лімфоцитів. Ступінь і частота порушень імунітету були вище у хворих з ДП: частіше спостерігалось зниження числа лімфоцитів, активності Т-лімфоцитів, пригнічення реакції гальмування лейкоцитів. Результати кореляційного аналізу показали, що в розвитку та реалізації імунної відповіді на демодекоз відбувається складна перебудова взаємодій між Т- і В-системами імунітету, яка забезпечує нову інтеграцію імунних процесів, що відображає взаємодії показників імунної системи.

Ревенко Ж.А., Коновалець І.В., Головач Т.О.

ПЕРЕВАГИ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ДЕМОДЕКОЗ

Харківська медична академія післядипломної освіти, Харьков, Україна
КАФЕДРА МЕДИЧНОЇ ПАРАЗИТОЛОГІЇ ТА ТРОПІЧНИХ ХВОРОБ
(науковий керівник - д.мед.н. Бодня К.І.)

Проблема вдосконалення лікування та профілактики паразитарних хвороб та їх наслідків і сьогодні зберігає свою актуальність. Це зумовлено надзвичайним поширенням паразитозів у світі й тими порушеннями, які вони викликають в організмі людини.

Метою нашого дослідження є обґрунтування та розробка методів підвищення ефективності лікування демодекозу з урахуванням клініко-гормональних особливостей його перебігу.

Нами було обстежено 109 хворих на демодекоз у віці від 20 до 60 років (63 чоловіків і 46 жінок). Діагноз демодекозу у хворих і його відсутність в контрольній групі підтверджені згідно критеріїв діагностики. До лікування хворі скаржилися на свербіж, печіння, стягування шкіри, зменшення її еластичності та м'якості, відчуття повзання під нею паразитів тощо. Підвищене салолидіння було у 100% пацієнтів.

Під час клінічного обстеження у 30,4% пацієнток виявили прогресуючий гірсутизм, а у 39,1% - андройдний тип статури, а у 15,2% - високий зріст. У 17,4% спостерігалось поєднання атрофічних стрій і надмірного оволосіння. Були відсутні ознаки гіпертрихозу або гірсутизму у 23,9% пацієнток, а в 19,6% дівчат з гіпертрихозом або гірсутизмом не виявлялися стрії.

Лікування для всіх хворих проводили з урахуванням етіології та патогенезу призначенням протипаразитарного препарату широкого спектру дії – альбендазолу за 10-денною схемою по 10 мг на 1 кг маси тіла в 2 або 3 прийоми протягом доби. Враховуючи динаміку, сукупність клінічних симптомів, результати клініко-лабораторних обстежень, характер та спрямованість розвитку патологічних змін до лікування нами була розроблена методика, а саме чотирих-ступенева шкала оцінки ступеня ефективності комплексного лікування хворих на демодекоз: 1 ступінь (повне одужання) – зникненням суб'єктивних об'єктивних клініко-лабораторних ознак захворювання, що свідчить про зворотній розвиток патологічних змін; 2 ступінь (покращення) – зникненням суб'єктивних і зменшенням об'єктивних ознак, характерних для демодекозу у фазі загострення, при чітко вираженій тенденції до зворотнього розвитку клініко-лабораторних порушень, які спостерігалися до лікування; 3 ступінь (відсутність змін) – зменшенням суб'єктивних ознак за відсутності істотних змін, які вказують на зворотній розвиток клініко-лабораторних порушень, що були до лікування; 4 ступінь (погіршення) - визначається хворих з незначним суб'єктивним покращанням або його відсутністю при погіршенні об'єктивних показників, що свідчать про наростання патологічних змін у печінці.

Отже, отримані дані свідчать про різноманітність дисгормональних проявів у пацієнток з демодекозом, 76% з них - пацієнтки з поєднаними клінічними формами андрогенних дерматопатій. Ознаки андрогенетичної алопеції було виявлено у 95% чоловіків.