



24,4%) відносно частки таких осіб серед хворих, що отримали стандартне лікування (відповідно: 45,2% і 54,8%) чи стандартну терапію у поєднанні з антиоксидантним препаратом (відповідно: 54,7% і 46,3%), а також зменшує частоту рецидивів дерматозу (в 1,7 раз, у групах порівняння – в 1,2 та 1,3 раз) при спостереженні пацієнтів упродовж року.

Отже, запропоноване удосконалене комплексне лікування хворих на ЧПЛ із комбінованим застосуванням на тлі стандартної терапії антиоксидантного засобу із вмістом кверцетину, поліензимного препарату та низькоінтенсивної лазерної терапії сприяє нормалізації чи тенденції до нормалізації показників прооксидантно-антиоксидантного гомеостазу, фагоцитозу, фракцій циркулюючих імунних комплексів та досліджуваних цитокінів прозапального спрямування, а також вірогідно покращує клінічні результати лікування таких пацієнтів.

Гулей Л.О.

ЗАКЛЮЧНА ОЦІНКА КЛІНІЧНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА АЛЕРГІЧНІ ДЕРМАТОЗИ З ДИФУЗНИМИ УРАЖЕННЯМИ ПЕЧІНКИ НЕВІРУСНОГО ПОХОДЖЕННЯ

Кафедра дерматовенерології

Вищий державний навчальний заклад України

“Буковинський державний медичний університет”

Останніми роками відзначається тенденція до зростання частоти алергічних захворювань шкіри (АЗШ). За новітніми даними, до 80% випадків АЗШ пов'язані з різноманітними ураженнями шлунково-кишкового тракту (ШКТ), вагоме значення серед яких мають захворювання гепатобіліарної системи (ГБС), у зв'язку з чим є доцільним застосування у цієї групи хворих гепатопротекторів. Зважаючи на те, що домінуючим симптомом при алергодерматозах, який негативно відображається на якості життя пацієнтів та соціальній активності, є свербіж – з метою оптимізації лікування хворих на АЗШ потрібно застосовувати антигістамінні засоби. Метою дослідження було підвищити результати комплексного лікування хворих на алергічні дерматози із супутнім дифузним ураженням печінки невірусного походження шляхом використання антигістамінного та гепатопротекторного засобів. Під спостереженням перебували 55 хворих на алергічні дерматози (32 чоловіки та 23 жінки), в яких було діагностовано: у 22 (40%) осіб – хронічну екзему, у 12 (22%) осіб – atopічний дерматит, у 9 (16%) осіб – обмежений нейродерміт (за типом простого лишая Відаля), у 8 (15%) осіб – алергічний дерматит та у 4 (7%) осіб – кропив'янку. У 39 пацієнтів захворювання шкіри мало хронічний перебіг (з тривалістю більше року – у 15 осіб, більше 5 років – у 24 особи), у 16 осіб – було діагностовано вперше. Перед початком та в процесі лікування проводилася оцінка клінічного стану хворого. Всіх пацієнтів турбував різкий свербіж, процес на шкірі характеризувався яскравою гострозапальною реакцією (спостерігався виражений набряк, значна гіперемія, наявність значної кількості вузликів, везикул), у випадку гострої екземи – ерозій з явищами мокноття, кірочок та лусочок. Для об'єктивної оцінки ступеня тяжкості клінічних проявів atopічного дерматиту та ефективності лікування використовували індекс SCORAD (Severity Scoring of Atopic Dermatitis). У процесі обстеження у всіх хворих на хронічні алергодерматози було виявлено дифузне ураження печінки невірусного генезу, а також діагностовано супутні, часто комбіновані, захворювання з боку гепатобіліарної системи чи кишкового тракту: у 28 – хронічні гепатити змішаної етіології, у 14 – хронічний панкреатит, у 12 – хронічний холецистит, у 8 – хронічний гастродуоденіт. Хворі на алергічні дерматози із супутніми дифузними ураженнями печінки невірусного походження було розподілено на дві групи: групу порівняння (25 осіб), які отримали стандартне лікування, та основну групу (30 осіб), у схему лікування яких додатково включали: гепатопротектор Еслідін по 2 капсули 3 рази на день протягом одного місяця та антигістамінний препарат Цетрилев по 1 табл. (5 мг) 1 раз на день упродовж 14 днів. Клінічна ефективність запропонованих методів лікування оцінювалася шляхом досягнення позитивних клінічних результатів. Було визначено терміни



припинення чи відсутності свіжих висипань, зменшення ознак запалення на шкірі (наявність та інтенсивність гіперемії), набряку, мокнуща, інфільтрації вогнищ та свербежу. Порівняльний аналіз даних щодо динаміки клінічних проявів хронічних алергічних дерматозів у хворих із супутніми дифузними ураженнями печінки невірусного походження внаслідок застосування різних методів їх терапії показав, що регрес елементів висипки та суб'єктивних проявів алергодерматозів у пацієнтів основної групи відбувся на 5-6 днів швидше, ніж у хворих групи порівняння, що дало можливість скоротити терміни лікування таких хворих (у середньому на 5,1 ліжко-дня) стосовно пацієнтів групи порівняння, які отримали засоби стандартної терапії дерматозів (відповідно: $19,8 \pm 0,56$ та $24,9 \pm 0,42$ ліжко-дня, $p < 0,001$). Величина індексу SCORAD у хворих на atopічний дерматит основної групи зменшилася більше, ніж на 75% в порівнянні з вихідними даними після комплексного лікування, тоді як у хворих після стандартної терапії – лише на 50%.

Захарчук О.І.

ПАТОЛОГІЧНІ ЗМІНИ КЛІНІЧНИХ ТА ЛАБОРАТОРНО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ ПЕЧІНКИ ПРИ ІНВАЗІЇ ДІТЕЙ *TOXOCARA CANIS*

Кафедра фармацевтичної ботаніки та фармакогнозії

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Фрагментарні наукові відомості про ураження печінки у дітей при токсокарозі та висока частота прояву патології гепатобіліарної системи стали причиною більш детального вивчення нами даної нозології, зокрема патології печінки.

При проведенні клініко-лабораторних обстежень до початку етіотропної терапії виявлено 61 (48%) дитину з ураженням печінки, з них 35 (57%) хлопчиків, 26 (43%) дівчаток.

Клінічна картина у хворих на токсокароз з ураженням печінки характеризувалася тим, що найчастіше зустрічаються наступні симптоми: гепатомегалія - у 44 (72%) хворих і біль у животі - у 76 (54%), рідше – субфебрилітет - у 24 (39%), ураження бронхолегеневої системи - у 14 (23%), шкірні висипи - у 13 (21%), лімфаденопатія - у 11 (18%), спленомегалія - у 10 (16%) хворих. При пальпації незначне збільшення печінки на 0,5-1 см зафіксовано у 48% дітей, помірне (+1,5-2 см) - у 9 (20%), значне (+2,5-3см.) - у 7%, більше 3 см - у 5%. Відзначено ураження бронхолегеневої системи у 14 (23%) дітей і найчастіше зустрічалося у віковій групі від 7 до 9 років. Шкірні висипання уртикарного типу виявлені у 13 (21%) дітей і частіше зустрічалися у вікових групах 0-3 роки та 4-6 років. Лімфаденопатія відзначена у 11 (18%) дітей. Найчастіше пальпувалися підщелепні, пахові, пахові лімфовузли діаметром від 1 до 1,5 см. У дітей з ураженням печінки при токсокарозі найчастіше зустрічаються гепатомегалія і болі в животі, відмічені у 72% і 54% дітей відповідно. Частота прояву майже всіх симптомів зменшується зі збільшенням віку, статистично достовірною є залежність частоти спленомегалії від віку. Виняток складають лише симптоми ураження бронхолегеневої системи, частота яких спочатку збільшується (до віку 10-12 років), а потім різко знижується до поодиноких проявів.

Дослідження проведені до початку протигельмінтної і патогенетичної терапії показали підвищення лужної фосфатази у 93% пацієнтів. Диспротеїнемія за рахунок гаммаглобулінів виявлена у 85%, еозинофілія - у 82%, підвищення АЛТ - у 29,5%, лейкоцитоз - у 23%, підвищення ШОЕ - у 21%, анемія - у 16%. Не виявлено у жодного хворого порушень пігментного обміну - рівень загального білірубіну та його фракцій не перевищував норми. Показники еозинофілії від 10 до 20% зафіксовані у 19 (38%) дітей, 21-30% - у 17 (34%), 31 - 40% - у 4 (8%), 41 - 50% - у 6 (12%), 51-60% - у 3 (6%), більше 60 - в одного (2%).

Порівняльним аналізом імунологічних показників у дітей, хворих на токсокароз з ураженням печінки, і показників дітей контрольної групи встановлено, що у дітей з ураженням печінки достовірно відрізняються середні показники Ig G, Ig A, ЦІК, фагоцитозу,