

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

**104-ї підсумкової науково-практичної конференції
з міжнародною участю
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
06, 08, 13 лютого 2023 року**

Конференція внесена до Реєстру заходів безперервного професійного розвитку,
які проводитимуться у 2023 році №5500074

Чернівці – 2023

Conclusions. In patients with pulmonary tuberculosis, side reactions of a toxic nature prevail - in 66.7% of observations, in particular, drug-induced liver damage was recorded in 57.9% of cases ($r = 0,8$; $p < 0,05$). Adverse reactions to the combination of antituberculosis drugs occur in 53.5% of cases ($r=0,6$).

Бродовська Н.Б.
ЗАСТОСУВАННЯ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОГО ТА АНГІОПРОТЕКТОРНОГО
ПРЕПАРАТІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ЧЕРВОНИЙ
ПЛЕСКАТИЙ ЛИШАЙ

Кафедра дерматовенерології

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Червоний плескатий лишай – хронічне неінфекційне запальне захворювання шкіри з групи папуло-сквамозних дерматозів. У структурі патології шкіри червоний плескатий лишай складає біля 3%, проте в останні роки відзначається тенденція до зростання рівня захворюваності на червоний плескатий лишай, особливо серед осіб активного працездатного віку. На сучасному етапі дерматоз характеризується поширеним ураженням шкіри, інтенсивним свербіжем, збільшенням частки атипичних чи торпідних до лікування форм захворювання, що є причиною зниження працездатності та соціальної активності таких пацієнтів. Все це обґрунтовує актуальність визначення патогенетичних чинників червоного плескатоного лишая з метою удосконалення способів його лікування. Однією з можливих причин обтяженого перебігу дерматозу є його поєднання з патологією органів травлення, зокрема гепатобіліарної системи, та розладами мікроциркуляції шкіри, що слід враховувати при комплексному обстеженні та лікуванні хворих на червоний плескатий лишай.

Мета дослідження. Підвищити ефективність лікування хворих на червоний плескатий лишай шляхом застосування у комплексній їх терапії препаратів із гепатопротекторною та ангіопротекторною властивостями.

Матеріал і методи дослідження. Спостерігали 43 пацієнтів (27 жінок, 16 чоловіків) віком від 19 до 75 років, хворих на червоний плескатий лишай із поширеним ураженням шкіри, чисельними запальними папулами з інтенсивним свербіжем, а на нижніх кінцівках – із формуванням верукозних бляшок. Контрольну групу склали 25 практично здорових осіб подібного віку й статі. Для визначення функціонального стану органів гепатобіліарної системи у пацієнтів застосовували інструментальні (ультразвукове дослідження органів черевної порожнини) та лабораторні (біохімічні, імуноферментні) методи дослідження.

Результати дослідження. При комплексному обстеженні у значної частини – у 32 (74,4%) з 43 обстежених хворих на червоний плескатий лишай виявлено супутні захворювання органів гепатобіліарної системи, у тому числі: хронічний холецистит – у 21 (48,8 %) пацієнта, хронічний гепатит невірусного генезу – у 8 (18,6%) та гепатит С – у 3 (7,0%) осіб, які супроводжувалися змінами показників біохімічного аналізу крові (підвищенням вмісту в сироватці крові білірубіну, холестерину, активності трансаміназ, змінами ліпідного спектру тощо). У комплексному лікуванні основної групи хворих на червоний плескатий лишай (21 особа) призначили препарат із вмістом екстракту артишоку (*Synaga scolymus*) з гепатопротекторною дією та ангіопротекторний препарат із вмістом троксерутину (впродовж місяця), решта 22 пацієнти (порівняльна група) отримали стандартне лікування дерматозу. Згідно клінічних спостережень, у пацієнтів із червоним плескатиим лишаєм основної групи відзначено більш швидкий регрес висипних елементів на шкірі (у середньому на 9-14 днів стосовно пацієнтів порівняльної групи), а також виявлено тенденцію до нормалізації показників біохімічного аналізу крові. Через місяць після завершення лікування у пацієнтів основної групи стан клінічного одужання чи значне покращення на шкірі констатовано у 15 (71,4%) осіб, а лише покращення – у 6 (28,6%) пацієнтів, серед хворих на червоний плескатий лишай із групи порівняння відповідно – у 9 (40,9%) та у 13 (59,1%) осіб, що згідно із непараметричним дисперсійним аналізом Фрідмана має достовірну відмінність ($\chi^2 = 4,06$ за критичного значення цього показника – 3,84).

Висновки. Застосування у комплексній терапії хворих на червоний плесканий лишай препарату гепатопротекторної дії із вмістом екстракту артишоку та ангіопротекторного препарату із вмістом троксерутину сприяє нормалізації функції органів гепатобіліарної системи цих пацієнтів, а також достовірно підвищує клінічні результати їх лікування.

Меленко С.Р.

КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ГЕРПЕТИЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ.

*Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології
Буковинський державний медичний університет*

Вступ. Реактивація герпесвірусних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію є актуальною проблемою. Вірусом простого герпесу першого (ВПГ-1) або другого типу (ВПГ-2) інфіковано більше ніж 90% осіб. Через розвиток прогресуючого імунодефіциту в цій категорії осіб можна спостерігати збільшення частоти і тяжкості рецидивів захворювання. Отже вивчення особливостей клінічного перебігу простого герпесу у хворих на ВІЛ-інфекцію є важливим для діагностики атипичних форм хвороби.

Мета дослідження. Визначення особливостей клінічного перебігу простого герпесу у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД.

Матеріали і методи дослідження. У Чернівецькому обласному центрі профілактики та боротьби зі СНІДом обстежено 120 хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД із супутньою герпетичною інфекцією. 25 % хворих в I клінічній стадії, 33 % – в II, 30 % – у III, 11,6 % – хворі на СНІД серед обстежених пацієнтів. Використані загальноприйняті методи клінічного і лабораторного обстеження у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД, серологічні (визначення IgM, IgG до ВПГ ½ за допомогою імуноферментного аналізу), імунологічні (визначення кількості CD4+-лімфоцитів), молекулярно-генетичні методи (визначення DNA вірусів за допомогою ПЛР).

Результати дослідження. Визначено, що характерним для перебігу інфекції, викликані вірусом простого герпесу першого (ВПГ-1) або другого типу (ВПГ-2) у I та II клінічних стадіях, було те, що герпетичні ураження мали тенденцію загоюватися самостійно через декілька тижнів без лікування. У 88 % хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД в I та II клінічних стадіях герпетичних елементи локалізувалися типово: на губах і крилах носа у 44 % хворих, у 29,4 % – герпетичний гінгівостоматит, у 11,7 % в ділянці геніталій, у 11,7 % хворих герпетичні висипання були на долонях, герпетичний проктит у одного пацієнта. Типова локалізація елементів та легкий перебіг герпетичної інфекції спостерігався тільки у 16 % хворих у III та IV клінічних стадіях. У 44 осіб на тлі ВІЛ-інфекції герпетична інфекція перебігала з атиповою локалізацією у різних клінічних формах із рецидивами більше 4 разів на рік. Герпетичний гінгівостоматит середньої тяжкості або з тяжким перебігом із суцільним ураженням слизової оболонки був у 19,2 % хворих, у 23,1 % осіб спостерігались рецидиви генітального герпесу. Хоріоретиніт виявили у 7,7 % хворих, у 38,4 % хворих спостерігалось ураження шкіри різної локалізації з висипними елементами на всіх стадіях розвитку. Герпетичний енцефаліт діагностовано у 1 хворого. III та IV клінічні стадії захворювання характеризувались тривалою наявністю симптомів герпетичної інфекції (більше ніж 4 тижні). Встановлено, що атипові форми виникали у 30 % пацієнтів. У більшості хворих (51,7 %) кількість CD4 +-лімфоцитів була менше 500 клітин в 1 мм³ крові. При кількості CD4 +-лімфоцитів < 200 клітин в мм³ крові у пацієнтів переважав середньотяжкий та тяжкий перебіг, генералізація інфекції. Ig G до ВПГ ½ були виявлені в крові у всіх обстежуваних хворих з герпетичною інфекцією. У 58,3 % хворих були виявлені IgM до ВПГ ½, що стало підставою для встановлення фази реактивації зазначених герпетичних інфекцій. В інших пацієнтів з ВІЛ-інфекцією Ig M не були виявлені тому, що ці антитіла не встигли утворитися на момент звернення за допомогою або, можливо, було слабе вироблення антитіл у зв'язку з імунодефіцитом.

Висновки. В результаті проведеного обстеження хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД виявили атипову локалізацію дерматозів, викликаних ВПГ ½, збільшення тривалості