

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

100 – ї

підсумкової наукової конференції

професорсько-викладацького персоналу

Вищого державного навчального закладу України

«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

11, 13, 18 лютого 2019 року

(присвячена 75 - річчю БДМУ)

Чернівці – 2019

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м. Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2019. – 544 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м.Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Бойчук Т.М., професор Івашук О.І., доцент Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

професор Братенко М.К.

професор Булик Р.Є.

професор Гринчук Ф.В.

професор Давиденко І.С.

професор Дейнека С.Є.

професор Денисенко О.І.

професор Заморський І.І.

професор Колоскова О.К.

професор Коновчук В.М.

професор Пенішкевич Я.І.

професор Сидорчук Л.П.

професор Слободян О.М.

професор Ткачук С.С.

професор Тодоріко Л.Д.

професор Юзько О.М.

д.мед.н. Годованець О.І.

ISBN 978-966-697-543-3

© Буковинський державний медичний
університет, 2019



Соколенко М.О.

ДИНАМІКА ДЕЯКИХ ЦИТОКІНІВ ПРИ ІНФЕКЦІЙНОМУ МОНОНУКЛЕОЗІ

Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Щороку вірусом Епштейна-Барр, у 80 % збудником інфекційного мононуклеозу, інфікується від 16 до 800 чоловік на 100 тисяч населення. Рівень інфікованості дорослого населення України - майже 100 %, а дитячого — більше ніж 50 %. Проаналізувавши захворюваність серед дорослих хворих на інфекційну патологію у стаціонарах Чернівецької області за останні 5 років ми виявили значне зростання частоти захворювань на інфекційний мононуклеоз. Тривала персистенція вірусу в організмі людини та ураження клітин імунної системи спричиняє порушення її функціонування, зміни показників гуморальної та клітинної ланок імунітету, дисбалансу прозапальних та протизапальних цитокінів, що провокує небезпечні наслідки хвороби у вигляді лімфопроліферативних захворювань та аутоімунних станів.

Мета роботи – визначення та оцінка динаміки сироваткових рівнів інтерлейкінів 8, 10, 12 та 17 у хворих на інфекційний мононуклеоз.

Загальне число обстежених і пролікованих хворих на інфекційний мононуклеоз склало 33 особи. Крім комплексного клінічного обстеження, пацієнтам здійснювали імунологічне дослідження, визначення субпопуляцій лімфоцитів, класів імуноглобулінів, сироваткові рівні ІЛ-8, ІЛ-10, ІЛ-12 та ІЛ-17. У дослідження включали пацієнтів не пізніше ніж через 2 доби після маніфестації класичної клінічної картини інфекційного мононуклеозу.

Сироваткові рівні ІЛ-8, ІЛ-10, ІЛ-12 та ІЛ-17 у хворих на інфекційний мононуклеоз зазнавали досить вагомих змін. Виявлено достовірно підвищений рівень ІЛ-8 у хворих на інфекційний мононуклеоз – $(29,30 \pm 8,09)$ пг/мл проти $(14,38 \pm 5,66)$ пг/мл у здорових осіб ($P < 0,05$). Значення ІЛ-10 та ІЛ-17 не зазнавали достовірних змін, хоча можна відзначити тенденцію до деякого зростання їх рівнів – відповідно $(0,210 \pm 0,044)$ і $(0,839 \pm 0,207)$ пг/мл проти $(0,118 \pm 0,033)$ і $(0,534 \pm 0,141)$ пг/мл у здорових осіб.

Не вирізнявся достовірною зміною й рівень ІЛ-12. Однак при інфекційному мононуклеозі встановили значно знижений рівень цього показника – відповідно $(4,09 \pm 0,97)$ при нормі $(7,85 \pm 2,13)$ пг/мл ($P > 0,05$). Вважаємо, що низький рівень ІЛ-12 може бути зумовлений нездатністю збудника індукувати синтез цього цитокіну, або, навпаки – селективною інгібіцією синтезу останнього, що дозволяє збудникам тривало персистувати в організмі хворого.

Таким чином, за результатами імунологічного обстеження хворих на інфекційний мононуклеоз зафіксували виражений дисбаланс співвідношення сироваткових концентрацій ІЛ-8, ІЛ-10, ІЛ-12 та ІЛ-17. Зокрема, зростав вміст прозапальних цитокінів ІЛ-8 та ІЛ-17, суттєво знижувався рівень прозапального ІЛ-12, а також паралельно виявлено тенденцію до підвищення сироваткового рівня протизапального цитокіну ІЛ-10.

Степаненко В.О.

ЧАСТОТА ПОШИРЕННЯ ПОБІЧНИХ РЕАКЦІЙ НА РИФАМПІЦИН У ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ПО ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА 10 МІСЯЦІВ 2018 РОКУ

Кафедра фтизіатрії та пульмонології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

З'ясувати відсоток виникнення побічної дії рифампіцину у комплексному лікуванні хворих на вперше діагностований туберкульоз. Удосконалити профілактику виникнення побічних реакцій при фармакотерапії пацієнтів із застосуванням рифампіцину.

Дослідження з визначення побічних дій, їх клінічної та лабораторної діагностики у хворих із вперше діагностованим туберкульозом, основним методом лікування яких є



етіотропна (антимікобактеріальна) терапія. Обстежувались хворі, які знаходились на лікуванні у 1-му фтизіатричному відділенні Чернівецької комунальної медичної установи – обласний клінічний протитуберкульозний диспансер. У стаціонарі перебувала 161 особа, 28 пацієнтів лікувалися амбулаторно. На протязі 10 місяців 2018 року проводили вибірку стаціонарних та амбулаторних історій хвороб, які містили дані виникнення побічних реакцій. Усім хворим проводилась комплексна хіміотерапія з використанням рифампіцину, добова доза якого складала 600 мг. Рифампіцин – напівсинтетичний похідний рифаміцину. Це складний макроциклічний антибіотик, який інгібує синтез рибонуклеїнової кислоти у багатьох патогенних мікроорганізмів. Він має сильну бактерицидну дію, а також діє як стерилізатор на мікобактерії туберкульозу. Випускається у таблетованій і ін'єкційній формах. Після вживання всередину швидко всмоктується з травневого каналу і проникає в клітини тканин і в рідині організму. Біодоступність при прийомі натще становить 95 %. При прийомі під час їжі біодоступність знижується. Створює ефективні концентрації в мокротинні, слині, назальному секреті, легенях, плевральному та перитонеальному ексудатах, нирках, печінці. Терапевтична концентрація препарату в організмі підтримується 8-12 годин. Метаболізується у печінці з утворенням активного метаболіту. З організму виводиться переважно з жовчю та сечею. Стійкість до рифампіцину розвивається швидко, тому рифампіцин необхідно завжди вводити в комбінації з іншими ефективними антимікобактеріальними препаратами.

У більшості випадків рифампіцин у добовій дозі 600 мг переноситься добре. Але у деяких хворих можуть спостерігатися несприятливі побічні реакції. Для зменшення ризику розвитку тяжких побічних реакцій рифампіцин бажано застосовувати у щоденній, а не інтермітуючій схемі терапії. Переносимість препарату оцінювали на підставі суб'єктивних скарг і відчуттів пацієнтів, а також враховували динаміку лабораторних показників, частоту виникнення і характер побічних реакцій. Особливу увагу звертали на функцію печінки, гепатит.

Вивчення динаміки розвитку побічних реакцій у процесі комплексного лікування із застосуванням рифампіцину у хворих із вперше діагностованим туберкульозом легень виявило виникнення 278 випадків побічних реакцій, вирогідність їх виникнення на рифампіцин встановлено за 10 місяців у 12 хворих, що становить 4,3 % від усіх випадків побічних дій прийому антимікобактеріальних препаратів.

Застосування рифампіцину в добовій дозі 600 мг щоденно у комплексній терапії з іншими ефективними антимікобактеріальними препаратами викликає розвиток побічних реакцій у 4,3 % випадків.

Сторожук М.В.

ОПТИМІЗАЦІЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РОЗАЦЕА З УРАХУВАННЯМ ПОКАЗНИКІВ МЕДІАТОРІВ ЗАПАЛЕННЯ

Кафедра дерматовенерології

*Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Удосконалення лікувальної тактики щодо хворих на розацеа є актуальним завданням сучасної дерматології, що зумовлено поширеністю дерматозу (від 2% до 8% у структурі патології шкіри), схильністю до тривалого хронічного перебігу, торпідного до стандартної терапії, що спричиняє негативний вплив на психосоцієльний стан пацієнтів, знижує їх працездатність та соціальну активність. Встановлено, що розацеа – це поліфакторний дерматоз, в його розвитку мають значення екзогенні (метеорологічні, аліментарні, хімічні) чинники, кліщі роду *Demodex* та ендогенні механізми – нейроендокринні розлади, ангіопатії, захворювання органів травлення тощо, а також імунні фактори, зокрема прозапальні цитокіни, які ініціюють та сприяють хронізації запальних процесів у шкірі.

Метою роботи було розробити удосконалене комплексне лікування хворих на розацеа з урахуванням сироваткового вмісту окремих цитокінів прозапального та протизапального