

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



МАТЕРІАЛИ

97 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
вищого державного навчального закладу України
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

15, 17, 22 лютого 2016 року

Чернівці – 2016

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Івашук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний
університет, 2016



враховувати дані анамнезу хвороби (звертаючи особливу увагу на провокуючі фактори), клінічну картину, виявлення супутніх соматичних захворювань, санацію вогнищ фокальних інфекцій.

Під спостереженням перебували 15 хворих на алергічні дерматози (10 чоловіків, 5 жінок) у яких було діагностовано: у 6 (40%) осіб – хронічну екзему, у 3 (20%) осіб – atopічний дерматит, у 2 (13,3%) осіб – обмежений нейродерміт (за типом простого лишая Відаля), у 2 (13,3%) осіб – алергічний дерматит та у 2 (13,3%) осіб – кропив'янку. В умовах міста мешкали 10 (66,7%) обстежених осіб, решта 5 (33,3%) – у сільській місцевості. За віком обстежені пацієнти були представлені наступним чином: 18-25 років – 3 особи, 26-35 років – 4 особи, 36-49 років – 5 осіб, 50-65 років – 3 особи. У 12 (80%) пацієнтів захворювання шкіри мало хронічний перебіг (з тривалістю більше року – у 8 пацієнтів, більше 5 років – у 4 осіб), у 3 (20%) осіб – було діагностовано вперше. Рецидиви дерматозу в осіб із хронічним перебігом відмічалися не менше, ніж 2 рази на рік. При обстеженні та постановці заключного діагнозу брали до уваги скарги пацієнтів, характер клінічної картини дерматозу, наявність ускладнень. До групи обстежених осіб не включали пацієнтів із наявними на час спостереження ознаками вторинної піодермії. У всіх пацієнтів було отримано письмову інформовану згоду на участь пацієнта у дослідженні. Пацієнтам проводили обстеження з застосуванням наступних методів дослідження: лабораторних методів дослідження (біохімічних показників крові, імунограми, копрограми, протеїнограми) та інструментальних методів діагностики (УЗД органів черевної порожнини) з проведенням їх оцінки та аналізу.

До початку обстеження лише троє із обстежених хворих на хронічні алергічні дерматози не знаходилися на обліку в лікаря – гастроентеролога (з приводу захворювань з боку шлунково-кишкового тракту). У процесі обстеження у всіх хворих на хронічні алергодерматози було виявлено дифузне ураження печінки не вірусного генезу, а також діагностовано супутні, часто комбіновані, захворювання з боку гепатобіліарної системи чи кишкового тракту: у 8 – хронічні гепатити змішаної етіології, у 5 – хронічний панкреатит, у 4 – хронічний холецистит, у 2 – хронічний гастродуоденіт.

Найбільшу частку (40%) серед обстежених пацієнтів склали хворі на екзему. Серед клінічних різновидів екземи найчастіше (у 26,7% хворих) діагностовано справжню екзему, яка виникала після контакту з хімічними чинниками, що зустрічаються в побуті, а також після перенесених стресів. У 13,3% пацієнтів діагностували нумулярну форму мікробної екземи, яку пов'язували з перенесеними простудними захворюваннями. Критерієм включення в дослідження був atopічний дерматит у фазі загострення, ступінь тяжкості захворювання відповідав середній (у 6,7% осіб) чи тяжкій (у 13,3% осіб) формі, що склало 30-70 балів по шкалі SCORAD із площею ураженої ділянки до 30% від площі тіла та клінічно проявлялося у вигляді ліхеноїдної форми з дифузним чи дисемінованим ураженням шкіри. У двох випадках був виставлений діагноз хронічної ідіопатичної кропив'янки середнього ступеня тяжкості, із загостреннями дерматозу 2 рази на рік. Тривалість останньої клінічної ремісії у пацієнтів до залучення в дослідження становила 3-6 місяців. Ці пацієнти не змогли вказати вірогідну причину розвитку патологічного процесу. У кожного сьомого (у 13,3%) пацієнта було діагностовано алергічний дерматит, який з'явився внаслідок повторних контактів шкіри із побутовими миючими засобами чи зовнішніми лікарськими препаратами. У більшості (у 66,7%) хворих патологічний процес мав розповсюджений характер, був ускладнений алергідами (у 33,3% осіб). Всіх пацієнтів турбував різкий свербіж, процес на шкірі характеризувався яскравою гострозапальною реакцією (спостерігався виражений набряк, значна гіперемія, наявність значної кількості вузликів, везикул, у випадку екземи – ерозій з явищами мокноття, кірочок та лусочок).

Таким чином, серед обстежених хворих на алергічні дерматози із супутніми дифузними ураженнями печінки невірусного походження найбільшу частку (40%) складають хворі на екзему з переважанням справжньої (істинної) екземи, а також хворі на atopічний дерматит із поширеним ураженням шкіри і тривалим перебігом дерматозу та різко виразними запальними проявами у період їх загострення, що призводить до тривалого зниження чи втрати хворими дієздатності та обґрунтовує актуальність вдосконалення їх комплексної терапії.

Денисенко О.І.

СТАН ЗАХВОРЮВАНOSTІ ТА ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ВУГРІВ РОЖЕВИХ У МЕШКАНЦІВ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Кафедра дерматовенерології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Вугри рожеві (розацеа) – хронічне захворювання шкіри, яке в Україні в структурі дерматологічної захворюваності складає близько 5%. Дерматоз локалізується на відкритих ділянках шкіри – обличчі, характеризується тривалим хронічним перебігом із тенденцією до формування у хворих резистентності до засобів стандартної терапії, що є причиною психоемоційних розладів пацієнтів, зниження їх дієздатності та соціальної активності, що визначає важливе медичне та соціальне значення рожевих вугрів.

За даними сучасних досліджень, етіопатогенез рожевих вугрів є складним, багатфакторним, який нині залишається до кінця не вивченим. Встановлено, що розвитку розацеа сприяють ряд екзо- та ендогенних чинників. До зовнішніх факторів виникнення дерматозу відносять: аліментарні, вплив сонячного опромінення й хімічних подразників, патологічну роль у розвитку запальних процесів кліщів роду *Demodex* тощо. Водночас серед ендогенних чинників розвитку розацеа виділяють: розлади ендокринної й нервової регуляції,



захворювання шлунково-кишкового тракту, зміни мікроциркуляції, вплив вогнищ хронічної інфекції, наявність дисбіотичних порушень товстої кишки, розвиток вторинних імунодефіцитних станів тощо.

У розвитку рожевих вугрів клінічно виділяють наступні стадії: еритематозу, яка проявляється стійкою еритемою та розвитком телеангіектазій; папульозну – проявляється розвитком на тлі еритеми дрібних запальних вузликів (папул); пустульозну, для якої є характерним поява гноячкових елементів висипки (пустул); інфільтративно-продуктивну, яка проявляється утворенням запальних вузлів, інфільтратів та пухлиноподібних розростань, які є найбільш помітними на шкірі носа (ринофіма). Оскільки висипка часто поєднується, прийнято вирізняти наступні форми розацеа: еритематозно-телеангіектатичну, папуло-пустульозну, пустульозно-вузлову.

Метою роботи було визначити особливості захворюваності та клінічного перебігу рожевих вугрів серед мешканців Чернівецької області.

Проведено ретроспективний аналіз 126 карт стаціонарних хворих на рожеві вугри віком від 23 до 79 років, які є мешканцями Чернівецької області й отримали лікування в дерматологічному відділенні Чернівецького обласного шкірно-венерологічного диспансеру (ОШВД) упродовж останніх чотирьох років. У процесі роботи вивчали розподіл хворих на рожеві вугри за місцем проживання, статтю, віком, особливостями клінічних проявів на шкірі та тривалістю дерматозу.

Встановлено, що на території Чернівецької області на рожеві вугри значно частіше хворіють мешканці міст (85 осіб – 67,5%), рідше (41 хворий – 32,5%) – жителі сільських населених пунктів, причому в останні роки відзначено тенденцію до подальшого зростання частки хворих на даний дерматоз серед міського контингенту регіону: у 2011 р. – 66,0%, у 2014 р. – 73,1%. Аналіз гендерних особливостей хворих на рожеві вугри засвідчив, що серед 126 пацієнтів із розацеа, які перебували на стаціонарному лікуванні в Чернівецькому ОШВД упродовж останніх чотирьох років, переважну більшість (95 пацієнтів – 75,4%) склали особи жіночої статі, рідше розацеа діагностовано серед осіб чоловічої статі (31 хворий – 24,6%). Слід відзначити, що більше половини хворих на рожеві вугри (87 пацієнтів – 69,1%) – це особи активного працездатного віку, з них 26 (20,6%) осіб – віком до 40 років, решта 39 (30,9%) хворих – особи пенсійного віку. Встановлено тенденцію до зростання в останні роки частки хворих на розацеа середнього працездатного віку (41-60 років) серед інших вікових груп пацієнтів: у 2011 р. – 45,3%, у 2014 р. – 56,7%.

Аналіз клінічних проявів рожевих вугрів у мешканців Чернівецької області показав, що практично у всіх (у 119 осіб – 94,4%) пацієнтів висипка була розташована на шкірі обличчя (лоб, щоки, підборіддя), лише у 5 (4,0%) пацієнтів висипка поширювалася на шкіру шиї та у 2 (1,6%) хворих – на волосяну ділянку голови. Згідно виразності клінічних проявів лише у 5 (3,9%) хворих було діагностовано еритематозну форму дерматозу, яка є початковою стадією розвитку дерматозу. У переважній більшості (у 117 осіб – 92,8%) діагностовано папуло-пустульозну форму дерматозу, причому в 52 (41,2%) пацієнтів – з переважанням папульозних елементів висипки, а в 65 (51,6%) хворих – з наявністю чисельних папульозних та пустульозних елементів висипки на шкірі. Водночас лише у 4 (3,2%) хворих встановлено пізню – інфільтративно-продуктивну форму рожевих вугрів із проявами ринофіми. Слід зазначити, що в останні роки відзначається тенденція до зростання (на 11,8%) частки хворих із проявами пустульозної форми розацеа.

Згідно даних анамнезу, у більшості 116 (92,1%) пацієнтів рожеві вугри мали хронічний перебіг від 6 місяців до 11 років, у решти 10 (7,9%) хворих захворювання шкіри було діагностовано вперше і тривало до 6 місяців. Аналіз анамністичних даних свідчить про зростання кількості пацієнтів із тривалістю розацеа більше 5 років (у 2011 р. – 11,3%, у 2014 р. – 23,7%), що свідчить про збільшення частки хворих із формуванням резистентності до засобів стандартної терапії дерматозу.

Таким чином, на території Чернівецької області рожеві вугри частіше виникають серед мешканців міст, осіб жіночої статі та пацієнтів активного дієздатного віку за тенденції до збільшення пустульозних форм розацеа та тривалим (більше 5 років) перебігом захворювання, що обґрунтовує актуальність проведення наукових досліджень із визначення етіопатогенетичних чинників та вдосконалення способів лікування даного дерматозу у мешканців області.

Єременчук І.В.

ВСТАНОВЛЕННЯ ІНТЕНСИВНОСТІ АПОПТОЗУ ЕПІТЕЛІОЦИТІВ БРОНХІВ ПРИ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОМУ ТУБЕРКУЛЬОЗІ ЛЕГЕНЬ

Кафедра фтизіатрії та пульмонології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Апоптозу (АП) та порушенням його регуляції належить одне з провідних місць у виникненні специфічного туберкульозного запалення, розвитку та прогресуванню імунної недостатності, підтриманні латентної персистенції мікобактерій туберкульозу (МБТ). За допомогою АП здійснюється елімінація аутореактивних Т-клітин, цитоліз клітин-мішеней, які задіяні в розвитку специфічного запального процесу. Зміна активності системи імунітету та активація процесів АП в умовах специфічного туберкульозного запалення є достатньо ранніми й відіграють важливу патогенетичну роль у перебігу, прогресуванні та наслідках захворювання.

Метою роботи було дослідження проліферативної активності та визначення інтенсивності апоптозу епітеліоцитів бронхів у хворих на вперше діагностований мультирезистентний туберкульоз легень.