

**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



вульгарні вугри із супутнім дисбіозом товстої кишки IV ступеня виявлено вірогідне зменшення відносно кількості Т-хелперної субпопуляції лімфоцитів не лише порівняно з показником осіб контрольної групи (на 39,8%,  $p < 0,001$ ), але й з аналогічним показником у пацієнтів зі змінами кишкового біоценозу I-го, II-го та III-го ступенів (відповідно: на 34,4%,  $p < 0,001$ , на 21,5% та 22,2%,  $p < 0,05$ ). За наявності у хворих на вульгарні вугри супутнього дисбіозу товстої кишки IV ступеня також встановлено вірогідне зменшення відносно осіб контрольної групи зменшення кількості Т-супресорної субпопуляції лімфоцитів (на 15,4%,  $p < 0,05$ ).

Таким чином, у хворих на вульгарні вугри – мешканців Чернівецької області встановлено наявність диференційованих змін показників системного імунітету, які перебувають у взаємозалежності зі ступенем супутнього дисбіозу вмісту порожнини товстої кишки, що обґрунтовує диференційоване призначення таким пацієнтам імунокоригуючих засобів та мультипробіотиків.

**Мироник О.В., Давиденко О.М.**

**ПОРІВНЯЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ СЕПТОЛЕТЕ ТА СЕПТЕФРІЛУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ВІРУСНІ ІНФЕКЦІЇ**

*Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Відомо, що в світі щорічно реєструється близько 1 млрд. випадків гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ) які наносять населенню та країні значного економічного збитку. В зв'язку з цим ведеться постійний пошук нових засобів та методів профілактики і лікування ГРВІ. Одним з клінічних проявів запального процесу верхніх дихальних шляхів є біль у горлі. Сучасна фармакологія пропонує широкий вибір препаратів різного походження з місцевою антисептичною, імуномодельюючою, антиоксидантною та анальгезуючою дією.

Обстежено 36 хворих із середньотяжким перебігом ГРВІ віком 18-32 років. Осіб чоловічої статі було 16, жіночої – 20. Пацієнти були розподілені на три групи: I група - налічувала 14 пацієнтів, друга – 12, контрольна - 10 осіб. Всі групи були рандомізовані за статевим-віковим складом і тяжкістю перебігу захворювання. Всі хворі отримували базисну терапію: амізон, аспірин, нафтизин, діазолін, аскорутин. Пацієнти I групи додатково отримували септолете по 1 пастильці 6 разів на добу, II групи – септефріль по 1 табл. 4 рази на добу. Всім пацієнтам проводились традиційні клінічні дослідження (скарги, анамнез, об'єктивне обстеження, загальноклінічні лабораторні та серологічні обстеження).

При госпіталізації пацієнти всіх груп скаржилися на загальну слабкість, головний біль, першіння та біль в горлі при ковтанні, сухість в роті, нежить, підвищення температури тіла. При дослідженні ротоглоткового секрету у пацієнтів всіх груп було встановлено підвищення вмісту нейтрофільних лейкоцитів до  $24,0 \pm 0,05$ , лімфоцитів до  $8,0 \pm 0,02$  та зниження епітеліоцитів до  $68,0 \pm 0,03$ . В процесі лікування пацієнти I групи відмічали суб'єктивне покращення (зникнення відчуття першіння та болю в горлі) вже з 1-го дня лікування, чого не спостерігалось серед хворих II та контрольної груп. Крім того, пацієнти I-ої групи відмічали усунення неприємного запаху із рота вже з перших днів лікування. Пацієнти I групи відмічали полегшення відходження слизового секрету з верхніх дихальних шляхів вже на 2-3 день лікування, чого не спостерігалось серед хворих інших груп. Ступінь вираженості сухості слизової оболонки носоглотки зменшувався в процесі лікування у хворих всіх груп. Однак слід відмітити, що серед пацієнтів які приймали септолете цей симптом зникав вже на 3-4-й день на відміну від хворих інших груп у яких дані явища зберігалися на 2-3 дні довше. При об'єктивному обстеженні хворих з ГРВІ вираженість гіперемії слизової оболонки ротоглотки стійко зменшувалася або була практично відсутня до 5-го дня лікування у пацієнтів контрольної групи, а в групах порівняння відповідно на 3-4-й день. При дослідженні вмісту формених елементів на 4-й день лікування було встановлено, що на фоні прийому септолете відбулося вірогідне зниження числа нейтрофільних лейкоцитів до  $13,0 \pm 0,2$  у ротоглотковому секреті, лімфоцитів до  $4,0 \pm 0,1$  і збільшення кількості епітеліальних клітин до  $79,0 \pm 0,4$ , чого не спостерігалось у пацієнтів інших груп.

Таким чином, отримані дані свідчать про позитивну динаміку клінічного перебігу ГРВІ на тлі призначення препаратів з місцевою антисептичною дією. Призначення в комплексному лікуванні хворих на ГРВІ септолете прискорює клінічне одужання, підсилює імунні механізми місцевого захисту слизової оболонки ротоглотки; швидше усуває больові симптоми.

**Підвербецька О.В.**

**СТАН КИШКОВОЇ ПРОНИКНОСТІ ПРИ ТУБЕРКУЛЬОЗІ ЛЕГЕНЬ З РІЗНИМ ПРОФІЛЕМ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ**

*Кафедра фізйотрії та пульмонології  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Метою дослідження було визначити стан проникності слизової оболонки тонкої кишки у хворих на чутливий та хіміорезистентний туберкульоз легень.

Обстежено 40 хворих на вперше діагностований туберкульоз легень (ВДТБ) зі збереженою чутливістю (група 1), 50 хворих на мультирезистентний туберкульоз легень (МРТБ) та 10 хворих на ТБ легень із



розширеною резистентністю (РРТБ) (група 2) та 30 практично здорових осіб у якості контрольної групи (група ПЗО), яким проводили лактулозно-манітоловий тест з метою визначення показника кишкової проникності (ПКП).

Результати дослідження показали, що у хворих на туберкульоз легень ПКП був вірогідно нижчим за значення групи ПЗО ( $p < 0,05$ ). Найменш вираженими були зміни у хворих на чутливий ВДТБ – ПКП у групі 1 становив  $7,78/3,86-12,53$  проти  $11,94/8,3-12,91$  у ПЗО ( $p = 0,038$ ). У хворих на МРТБ та РРТБ ПКП був вірогідно нижчим порівняно з чутливими випадками ВДТБ -  $4,27/1,50-10,29$  у групі 2 проти  $7,78/3,86-12,53$  у групі 1 ( $p = 0,015$ ). У групі 1 у 17,5 % хворих ПКП був у межах  $6,1-10,9$ , у 20 % випадків - від 3,1 до 6 та у 20 % пацієнтів - від 0 до 3, з них у 7,5 % ПКП був менше 1. У групі 2 ПКП від 6,1 до 10,9 зустрічався у 11,7% пацієнтів, ПКП від 3,1 до 6 - у 23,3 % групи 2, що не відрізнялось статистично від показників групи 1 ( $p > 0,05$ ). Виражене зменшення ПКП у групі 2 (в межах 0-3) спостерігалось удвічі частіше, ніж у групі 1 - у 41,7 % хворих ( $p < 0,05$ ), при чому у 16,7 % осіб групи 2 ПКП складав 0-1. У групі 2 ПКП у 1,5 рази рідше, ніж у групі 1, був у межах норми - у 23,3 % осіб, проте різниця не була вірогідною статистично ( $p > 0,05$ ).

Концентрація лактулози у сечі була хворих на ВДТБ була дещо нижчою, ніж у ПЗО, та становила  $2,17/1,44-2,78$  ммоль/л у групі 1 проти  $2,21/1,7-3,2$  ммоль/л у ПЗО ( $p > 0,05$ ). У групі 2 вміст лактулози був дещо нижчим, ніж у групі 1 ( $p > 0,05$ ), та вірогідно відрізнявся від показника ПЗО –  $1,73/1,14-2,42$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ).

Концентрація манітолу у сечі у пацієнтів обох основних груп була вірогідно нижчою, ніж у ПЗО ( $p < 0,05$ ). У групі 2 вміст манітолу був вірогідно меншим, ніж у групі 1, та становив  $2,17/0,92-4,26$  ммоль/л у групі 2 проти  $4,21/1,98-5,51$  ммоль/л у групі 1 ( $p < 0,05$ ).

Встановлено, що у хворих на туберкульоз легень показник кишкового всмоктування є нижчим порівняно з практично здоровими особами ( $p < 0,05$ ). Зміни у хворих на резистентні форми туберкульозу легень були вірогідно більш вираженими, ніж у хворих на хіміочутливі форми ( $p < 0,05$ ). Вміст лактулози у сечі хворих на вперше діагностований туберкульоз легень зі збереженою чутливістю не відрізнявся від показника практично здорових осіб ( $p > 0,05$ ), натомість у хворих на хіміорезистентний туберкульоз був вірогідно нижчим, ніж у контрольній групі, що свідчить про порушення параклітинного транспорту у тонкій кишці. Концентрація манітолу у сечі була вірогідно нижчою у хворих як на чутливий, так і на хіміорезистентний туберкульоз легень, порівняно з практично здоровими особами, що свідчить про зниження трансцелюлярного транспорту ентероцитів ( $p < 0,05$ ).

**Сем'янів І.О.**

**ОПТИМІЗАЦІЯ ПРОГРАМИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ІЗ СУПУТНІМ УРАЖЕННЯМ ГЕПАТО-ПАНКРЕАТО-БІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ**

*Кафедра фізйотрії та пульмонології  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Мета роботи полягала в удосконаленні комплексної програми протитуберкульозної терапії із застосуванням ін'єкційних форм ізоніазиду та рифампіцину у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень

Обстежено 60 хворих з вперше діагностованим чутливим туберкульозом (ВДТБ) легень які були розподілені на 2 групи. До першої групи увійшло 30 хворих на ВДТБ які отримували таблетовані протитуберкульозні препарати першого ряду в інтенсивну фазу хіміотерапії. Другу групу склали 30 хворих на ВДТБ які отримували ін'єкційні форми рифампіцину та ізоніазиду в інтенсивну фазу хіміотерапії. Чоловіків було 45 (75%), жінок – 15 (25%). Середній вік становив  $(39,6 \pm 1,3)$  роки.

Основним критерієм ефективності лікування хворих на туберкульоз згідно уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної та третинної медичної допомоги хворим на туберкульоз №620 є припинення бактеріовиділення. Після 60 доз інтенсивної фази усім хворим було проведено мікроскопічне дослідження мокротиння встановлено, що у гр. 1 після прийому 60 доз препаратів за загальноприйнятою схемою, бактеріовиділення припинилось у 36,7 % хворих, натомість, у пацієнтів які отримували ін'єкційні форми протитуберкульозних препаратів бактеріовиділення на 60 дозі ІФ припинилося у 60 % випадків ( $p < 0,05$ ). У 31 хворого рішенням центральної лікарської консультативної комісії (ЦЛКК) інтенсивну фазу було продовжено до 90 доз. Після проведення моніторингу мокротиння на 90 дозі, встановлено, що у 16,7 % випадків, у пацієнтів, які отримували стандартну схему лікування продовжилось бактеріовиділення, що вказує на недостатню ефективність перорального шляху введення протитуберкульозних препаратів. У хворих 2-ї групи після 90 доз у інтенсивну фазу спостерігається значно краща динаміка показників, бактеріовиділення продовжилось лише у 3,3% пацієнтів.

У гр.1 3,3% пацієнтів констатовано неефективне лікування на 90 дозі інтенсивної фази та рекомендовано перевід у 2-гу категорію лікування, оскільки не відмічалось зменшення масивності бактеріовиділення. У 16,7% випадках, за рішенням ЦЛКК, інтенсивну фазу продовжено до 120 доз. Після мікроскопії мокротиння на 120 дозі, 10% хворих 1-ї групи були переведені у підтримуючу фазу хіміотерапії та у 3,3%, за рішенням ЦЛКК, встановлено діагноз неефективного лікування та переведено у 2-гу категорію



лікування. Усі пацієнти 2-ї групи, яким було продовжено схему лікування до 120 дози, були обезбачені та переведені у підтримуючу фазу хіміотерапії.

Отже, в основі запропонованої нами схеми лікування лежить можливість швидкого створення високих концентрацій медикаментів в легеневій артерії, оминаючи печінку (яка є основним органом інактивації антимікобактеріальних препаратів) та уникаючи пресистемного метаболізму. При внутрішньовенному введенні концентрація препаратів значно перевищує бактеріостатичний рівень, який дає прийом препаратів всередину і навіть внутрішньом'язево.

**Сливка В. І.**

### **ЗНАЧЕННЯ ЛОКАЛЬНОГО ПРОТЕОЛІЗУ І ФІБРИНОЛІЗУ В ПОРУШЕННІ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ**

*Кафедра фтизіатрії та пульмонології  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Наукові дослідження щодо особливостей патогенезу різних форм туберкульозу, розробки нових патогенетично обґрунтованих програм лікування хворих на туберкульоз легень, спрямованих на покращання процесів репарації та функції зовнішнього дихання, залишаються актуальними.

Метою роботи було розробити спосіб корекції порушень функції зовнішнього дихання на підставі визначення патогенетичної ролі протеолізу і фібринолізу для покращення результатів лікування хворих на туберкульоз легень(ТЛ).

Лікування хворих на ТЛ проводили згідно уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Обстежено 27 хворих, які були поділені на дві групи. Основну групу склали 11 хворих на ТЛ. Контрольну групу (група порівняння) склали 16 хворих. Хворі основної групи додатково отримували «Апітонік». Із 27 хворих вперше виявлені склали – 78%; раніше ліковані – 22%. Інтоксикація спостерігалася у 80,1%; катаральні явища у 83,7%; ускладнення 43,2%; МБТ 73%; РГДН 53,9%; ОТДН 22,7%; ЗТДН 23,4%. У контрольній групі в плазмі крові спостерігається активація зовнішніх і внутрішніх механізмів тромбіногенезу, інтенсифікація фібриногенезу, зниження протизгортаючого потенціалу крові, підвищення функціональної активності тромбоцитів і гіперфібриногенемія.

За всіх типів дихальної недостатності відбувається збільшення інтенсивності неферментативного фібринолізу за зменшення ферментативної фібринолітичної активності плазми крові та конденсату повітря, що видихається. У хворих на туберкульоз легень пригнічення процесів тромбіно- і фібриногенезу, гіпофібриногенемія та зменшення активності антитромбіну III відбуваються за активації тромбоцитів, а зміни плазмового фібринолізу характеризуються надмірним підвищенням неферментативної фібринолітичної активності, Хагеман-залежного фібринолізу і зниженням потенційної активності плазміногену за внутрішньосудинної гемокоагуляції. Таким чином, необхідність комплексної корекції порушень регуляції агрегатного стану крові для покращання клінічного перебігу і результатів лікування легневих форм туберкульозу не викликає сумнівів.

Застосування препарату «Апітонік» у комплексному лікуванні хворих на ТГ з обструктивним типом дихальної недостатності знижує вміст у конденсаті повітря, що видихається, колагеноліз та неферментативну фібринолітичну активність, збільшення ферментативної фібринолітичної активності та пригнічення протеолізу. За рестриктивного типу дихальної недостатності використання препарату «Апітонік» нормалізує вміст у конденсаті повітря, що видихається, неферментативний фібриноліз, лізис низькомолекулярних білків і колагену. У хворих на ТГ з обструктивним типом дихальної недостатності застосування препарату «Апітонік» знижує інтенсивність протеолізу і неферментативного фібринолізу. За рестриктивного типу дихальної недостатності препарат «Апітонік» сприяє зниженню неферментативного фібринолізу. Ефективність комплексної терапії хворих на ТГ при застосуванні препарату «Апітонік» підвищується, що проявлялося скороченням терміну детоксикації в середньому на (8,5±3,2) днів, прискоренням розсмоктування зон інфільтрації у легенях, підвищенням частоти зникнення бактеріовиділення і порожнин розпаду та скороченням терміну абацілювання в середньому на 0,9 міс. і терміну загоєння порожнин розпаду в легеневій тканині в середньому на 0,8 міс.

Таким чином, застосування «Апітонік» поліпшує прохідність дихальних шляхів як на рівні крупних бронхів, так і на рівні бронхіол, а їх позитивний вплив на об'єм хвилиного споживання кисню свідчить про покращання вентиляційно-перфузійних співвідношень.

**Сливка В.І.**

### **ІМУНОПРОФІЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УКРАЇНІ**

*Кафедра фтизіатрії та пульмонології  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Серед європейських країн, де застосовують БЦЖ для усіх дітей, вакцинація розглядається як обов'язкова у 29 країнах і як добровільна – у 7. Політика застосування БЦЖ у різних країнах має значні відмінності. Ці розбіжності обумовлені місцевими особливостями епідеміологічного процесу, економічним



розвитком країн, національними особливостями і традиціями систем охорони здоров'я з відносним акцентом на превентивну або лікувальну медицину.

Підхід, що рекомендує проведення щеплення БЦЖ при народженні (при першому контакті зі службами охорони здоров'я), застосовується у більшості країн і відображає поточну позицію ВООЗ із цього питання, через чіткі докази того, що вакцинація БЦЖ блокує гематогенне поширення інфекції в організмі дитини і значно знижує захворюваність генералізованими формами і туберкульозним менінгітом особливо у дітей раннього віку. Первинна імунізація в умовах родопомічного закладу виправдана й необхідністю розвитку імунної відповіді до того, як дитина може бути інфікована збудником туберкульозу, а також можливістю уникнути післявакцинальних ускладнень, пов'язаних із наявністю загальної соматичної патології.

Існують різні підходи до оцінки ефективності БЦЖ. Немає єдиного тесту, що дозволяє прогнозувати індукцію імунної резистентності. У залежності від запропонованої методики автори, як правило, одержують різні результати.

Загально визнано, що з біологічної точки зору дитячий вік є найбільш уразливим для туберкульозної інфекції. Тому в даний час не викликає сумнівів доцільність вакцинації БЦЖ дітей раннього віку в країнах із несприятливою епідеміологічною ситуацією по туберкульозу.

Зростання захворюваності серед дорослого населення України, збільшення кількості бактеріовиділювачів, зростання мультирезистентного туберкульозу не дозволяють більше скорочувати масштаби БЦЖ-вакцинопрофілактики в країні. Особливо важливою вона буде для дітей, інфікованих лікарсько-стійкими МБТ. По суті тільки за допомогою вакцини БЦЖ, при наявності прищеплюваного імунітету, можна буде врятувати цих дітей від гостро прогресуючих і генералізованих форм туберкульозу.

**Соколенко М.О.**

### **ІМУНОТРОПНА ТЕРАПІЯ РЕЦЕДИВУЮЧОЇ ВІЛ-АСОЦІЙОВАНОЇ ГЕРПЕТИЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ**

*Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Лікування ВІЛ-інфікованих осіб з активною герпесвірусною інфекцією(ГВІ) визначається протоколом МОЗ України №182 від 13.04.2007 р., згідно з яким призначають один з етіотропних засобів – ацикловір, валацикловір або фамцикловір. Головний недолік протокольного способу лікування полягає у тимчасовому ефекті препарату. В осіб з критично низькими показниками CD4<sup>+</sup>-лімфоцитів (50-100/мкл крові), як правило, виникають рецидиви захворювання, що змушує проводити тривалу (3-6 місяців) супресивну терапію ацикловіром до підвищення показників CD4<sup>+</sup>-клітин. У зв'язку з цим значно знижується можливість досягти сприятливого висліді лікування у хворих з IV стадією ВІЛ-інфекції та глибоким імунodefіцитом. Однак реплікативні форми ГВІ спостерігаються і в осіб з I-III стадіями ВІЛ-інфекції та відсутньою або помірною імуносупресією (рівень CD4<sup>+</sup>-лімфоцитів – 200-500/мкл крові і вищий). Препарати ацикловір і валацикловір здатні до активного пригнічення реплікації ВПГ-1 і ВПГ-2 тільки тимчасово, тому в умовах тяжкого імунodefіциту немимучі рецидиви і прогресування ГВІ. Зважаючи на вказані обставини, була проведена оцінка терапевтичної ефективності нового імунотропного препарату «Алокін-альфа» у хворих на рецидивуючу ВІЛ-асоційовану герпетичну інфекцію.

Загальне число обстежених і пролікованих хворих на рецидивуючу герпетичну інфекцію на тлі ВІЛ-інфікування склали 47 людей.Для репрезентативної вибірки хворі були поділені на дві групи. Першу групу склали 24 ВІЛ-інфікованих хворих з герпесвірусною інфекцією, яким на фоні базисної терапії (щоденний прийом валацикловіру по 1,0 г всередину 2 рази на день протягом 7-10 діб) додатково призначали 6 підшкірних ін'єкцій алокіну-альфа в дозі 1 мг через один день (11 з них отримували ще й ВААРТ). Другу групу склали 23 пацієнти, яким призначали тільки зазначену базисну терапію протягом тижня (14 з них отримували ще й ВААРТ).

У хворих, в яких базове етіотропне лікування доповнювалось алокіном-альфа спостерігалось достовірно коротша тривалість клінічних проявів ГВІ під час терапії, а також першого рецидиву після закінчення курсу лікування – (6,3±0,5) проти (8,3±0,5) доби при лабіальному герпесі та/або афтозному стоматиті та (5,8±0,5) проти (8,0±0,4) доби відповідно. У хворих на генітальний герпес на фоні ВІЛ-інфекції у III-IV клінічних стадіях цей показник становив відповідно (7,5±0,3) проти (9,0±0,4) та (7,0±0,4) проти (9,8±0,3) доби (в усіх випадках p<0,05-0,02). Прояви оперізувального герпесу утримувалися значно довше, однак і в таких осіб ефективність поєднання імунотропної та етіотропної терапії була суттєво вищою, порівняно з етіотропним лікуванням. Зокрема, тривалість клінічних проявів оперізувального герпесу під час апробованої та традиційної терапії таких пацієнтів становила (10,8±0,6) і (13,5±0,7) доби відповідно, а тривалість першого рецидиву після лікування – (9,8±0,4) і (16,3±0,6) доби відповідно (p<0,02). У пацієнтів контрольної групи базисна терапія суттєво не впливала на тривалість рецидивів.

Отже, доповнення зазначеної базисної терапії хворих на лабіальний, генітальний чи оперізувальний герпес на фоні ВІЛ-інфекції, незалежно від стадії імунodefіциту, 6 підшкірними ін'єкціями препарату «Алокін-альфа» в дозі 1 мг через один день дозволяє достовірно скоротити тривалість клінічних проявів ГВІ, забезпечити статистично значуще зниження частоти та тривалості рецидивів, а також збільшити тривалість ремісії порівняно з лікуванням тільки валацикловіром.