



Отже, у більшості обстежених хворих на червоний плесканий лишай встановлено супутні соматичні захворювання, серед яких найбільш частою патологією є зміни з боку органів гепатобіліарної системи, що слід враховувати при обстеженні таких пацієнтів та призначенні їм комплексної терапії.

**Денисенко О.І.**

## **ВИЗНАЧЕННЯ ХАРАКТЕРУ ВИДОВОГО СКЛАДУ ТА ПОПУЛЯЦІЙНОГО РІВНЯ КИШКОВОЇ МІКРОБІОТИ У ХВОРИХ НА АЛЕРГОДЕРМАТОЗИ**

*Кафедра дерматовенерології*

*Буковинський державний медичний університет*

Алергічні захворювання шкіри (алергодерматози) у структурі дерматологічної захворюваності в Україні складають від 20% до 40%, на сучасному етапі мають тенденцію до більш тяжкого клінічного перебігу з поширеним ураженням шкіри, розвитком ускладнень, частими рецидивами, резистентними до лікування, що призводить до втрати хворими працездатності та соціальної активності на тривалий час. Тому однією з актуальних задач сучасної дерматовенерології є визначення патогенетичних чинників обтяженого клінічного перебігу алергічних дерматозів з метою удосконалення їх лікування та профілактики. Згідно даних сучасних досліджень, алергічні захворювання шкіри характеризуються складним мультифакторним патогенезом, у їх розвитку й перебігу вагоме значення мають зміни імунної й нейроендокринної регуляції, дисбаланс оксидантно-антиоксидантного гомеостазу, гемодинамічні порушення тощо. Водночас вагоме значення у розвитку й перебігу хронічних дерматозів відводять вогнищам хронічної інфекції, змінам біоценозу кишківника тощо, що у пацієнтів із алергодерматозами є недостатньо вивченим і потребує уточнення.

Метою роботи було вивчити та проаналізувати характер змін видового складу та популяційного рівня мікробіоти порожнини товстої кишки у хворих на різні клінічні форми алергодерматозів. Проведено обстеження 34 хворих на алергодерматози, з них 19 чоловіків і 15 жінок віком від 19 до 73 років. Серед обстежених пацієнтів найбільшу кількість склали хворі на екзему – 27 (79,4%) осіб, у тому числі її мікробні форми (паратравматична, варикозна, нумулярна екзема) – у 16 (47,1%) осіб, справжню (істинну) екзему діагностовано в 11 (32,3%) осіб; у 7 (20,6%) хворих встановлено атопічний дерматит (ліхеноїдна форма – у 5, еритематозно-сквамозна форма – в 2 осіб). У більшості – у 29 (85,3%) хворих патологічний процес на шкірі мав поширений характер, у 5 (14,7%) – був обмеженим; у 27 (79,4%) хворих дерматоз мав хронічний перебіг від 6 місяців до 17 років, а у 7 (20,6%) – діагностований вперше. Склад мікробіоти порожнини товстої кишки у хворих на алергодерматози досліджували мікробіологічним методом. Встановлено, що лише у 6 (17,6%) хворих на алергодерматози (переважно з легким клінічним перебігом й обмеженим ураженням шкіри) реєструється стан нормобіоценозу порожнини товстої кишки, а у більшості – в 28 (82,4%) пацієнтів є зміни з боку показників кишкової флори з ознаками дисбіозу I - IV ступенів, які проявляються зниженням популяційного рівня бактерій роду *Bifidobacterium* та *Lactobacillus* на тлі збільшення вмісту ентеробактерій (*Enterobacter*, *Proteus*), стафілококів (*Staphylococcus saprophyticus*), дріжджоподібних грибків роду *Candida* та цвілевих грибків роду *Aspergillus*. Так, у 15 (у 44,1%) пацієнтів виявлено дисбіоз I та II ступенів (відповідно: у 14,7% та 29,4%), а у 13 (38,2%) – дисбіоз III та IV ступенів (відповідно: у 26,5% та 11,7%). При цьому встановлено взаємозалежність між ступенем змін стану кишкової мікробіоти та клінічними формами алергодерматозів. Так, серед 18 хворих на істинну екзему та атопічний дерматит у більшості (у 15 осіб – 83,3%) діагностовано стан нормоценозу чи дисбіоз I та II ступенів і лише в 3 (16,7%) осіб – III ступеня, а серед 16 хворих на мікробні форми екземи у 6 (37,5%) осіб виявлено стан нормоценозу чи дисбіоз I та II ступеня, а у решти 10 (62,5%) осіб – III і IV ступенів, що згідно непараметричного дисперсійного аналізу Фрідмана має вірогідну відмінність ( $\chi^2 = 7,53$  за критичного значення цього показника – 3,84).

Отже, у більшості хворих на алергодерматози встановлено зміни якісних та кількісних показників мікробіоти порожнини товстої кишки з ознаками дисбіозу різного ступеня



тяжкості, при цьому більш виразні дисбіотичні прояви кишкової мікробіоти встановлено у хворих на мікробні форми екземи, що може бути однією з причин формування у таких пацієнтів мікробної сенсibiliзації та повинно бути враховано при плануванні діагностичної та терапевтичної тактики щодо хворих на різні клінічні форми алергодерматозів.

**Підвербецька О.В.**

## **МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ТОНКОЇ КИШКИ ПРИ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОМУ ТУБЕРКУЛЬОЗІ ЛЕГЕНЬ**

*Кафедра фтизіатрії та пульмонології*

*Буковинський державний медичний університет*

Результати окремих досліджень свідчать про порушення процесів всмоктування у тонкому кишечнику хворих на мультирезистентний туберкульоз (МРТБ) легень, однак, до сьогодні практично немає даних щодо морфологічного підґрунтя для таких функціональних змін.

Метою даної роботи було встановити чи є якісь особливості будови стінки тонкої кишки у хворих на МРТБ, які могли б призводити до зниження абсорбтивної здатності слизової оболонки.

Проведено проспективне патоморфологічне дослідження 21 випадок смерті хворих (основна група), в яких основним діагнозом був МРТБ легень, що померли від різних причин. Контрольну групу склали 20 осіб без патології шлунково-кишкового тракту та морфологічних ознак туберкульозу. У ході дослідження застосовували загальні та спеціальні гістохімічні методи дослідження, проводили оцінку стану сполучної тканини у структурах тонкого кишечника (ТК).

У групі МРТБ епітелій був високим призматичним. Епітеліоцити були неоднорідним, містили вакуолі в цитоплазмі та на окремих ділянках були відокремлені від власної пластинки.

Аналіз морфометричних показників тканини тонкого кишечника хворих на МРТБ порівняно із контрольною групою показав, що товщина слизової оболонки була у 1,3 рази меншою –  $523,4 \pm 11,27$  мкм проти  $767,8 \pm 15,19$  мкм відповідно ( $p < 0,05$ ). Така ж тенденція спостерігалась і з боку середньої висоти та ширини ворсинок, які у групі МРТБ становили  $370,4 \pm 15,07$  мкм та  $117,6 \pm 3,52$  мкм проти  $482,9 \pm 21,66$  мкм та  $145,6 \pm 8,41$  мкм у групі порівняння ( $p < 0,05$ ).

Варто зауважити, що показники глибини крипт у групах достовірно не відрізнялись ( $p > 0,05$ ), однак співвідношення висоти ворсинок до глибини крипт було вірогідно нижче при МРТБ -  $2,99 \pm 0,034$  проти  $3,92 \pm 0,013$  ( $p < 0,05$ ).

У хворих на МРТБ вірогідно збільшувалась площа сполучної тканини, колагенові волокна дифузно пронизували слизову оболонку ТК та мали більш грубу структуру. Якщо в групі порівняння показник відносної площі сполучної тканини складав  $11,9 \pm 1,142$  %, то в основній групі ця величина сягала відповідно  $25,7 \pm 2,194$  % ( $p > 0,05$ ), що вказувало на виражене склерозування стінки ТК.

За рахунок вираженої колагенізації слизової оболонки ТК відстань між базальною мембраною епітеліоцитів та стінкою капіляра достовірно збільшилась – у 1,72 та 2,25 рази відповідно ( $p < 0,05$ ).

Отже, проведене дослідження дозволило встановити наявність атрофічних та склеротичних змін в стінці тонкої кишки при мультирезистентному туберкульозі легень у вигляді її стоншення, зміни форми та розмірів, густини ворсинок порівняно із групою порівняння. Потрібно зазначити, що фактично зменшувалась не вся товщина слизової оболонки, а тільки її всмоктувальна поверхня за рахунок атрофії ворсинок, що, імовірно, може призводити до порушення процесів всмоктування у слизовій оболонці тонкої кишки при мультирезистентному туберкульозі легень.