

**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 ендегенних 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 ендегенних 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, переважно 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 анамнестичних 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.



Обстежено 15 пацієнтів з вперше діагностованим туберкульозом легень (ВДТБ) та 15 з МРТБ віком від 20 до 45 років, переважала чоловіча стать. У всіх пацієнтів діагностовано деструктивні форми туберкульозу (ТБ): дисемінований – у 66,4 % хворих та інфільтративний – у 33,6 % випадків. Для прижиттєвого електронно-мікроскопічного морфологічного дослідження епітеліоцитів бронхів проводили браш-біопсію (за стандартною методикою). Провели імуноцитохімічне визначення антигенів Вах, Bcl-2, PCNA- та TUNEL-позитивних ядер.

У хворих із мультирезистентністю інтенсивність апоптичних реакцій є вищою за таку при чутливому ТБ, супроводжується нижчою проліферативною активністю епітеліоцитів бронхоальвеолярної вистілки. Інтенсивність апоптозу клітин браш-біоптату хворих на МРТБ відбувається за рахунок зниженого відсотку PCNA-позитивних ядер та підвищення TUNEL-позитивних ядер на фоні підвищеної концентрації в них проапоптотичного протеїну Вах. Активовані процес апоптозу з переходом у неконтрольовану природню клітинну загибель характеризує поширеність та прогресування специфічного туберкульозного процесу, клінічну маніфестацію і прогноз щодо формування залишкових змін.

Таким чином доведено, що у хворих із мультирезистентним туберкульозом легень має місце істотне порушення між процесами апоптозу та проліферації. Методика підрахунку кількості структур (індекси апоптозу та проліферації) може застосовуватися для визначення ранніх проявів апоптотичної активності, прогнозу щодо клінічної маніфестації та формування залишкових змін.

Захарчук О.І.

УРАЖЕННЯ ДІТЕЙ *TOXOCARA CANIS*: КЛІНІЧНА СИМПТОМАТИКА ТА ІНСТРУМЕНТАЛЬНО-ЛАБОРАТОРНІ ПОКАЗНИКИ

*Кафедра фармацевтичної ботаніки та фармакогнозії
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Токсокароз – зооантропоозне паразитарне захворювання, що спричиняється міграцією личинок аскаридат собак (*Toxocara canis*) в органах і тканинах людини, характеризується тривалим рецидивуючим перебігом і поліорганными ураженнями алергічної природи [Софьина А.В., 2013]. За даними зарубіжної літератури захворюваність на токсокароз зросла за останні 50 років на 300% [Shakir Al-Hassnawi Alaa Tareq, 2013]. Останніми роками в Україні спостерігається чітка тенденція до збільшення числа виявлених хворих на токсокароз [Захарчук О.І., 2012; Юхименко Г.Г. та ін., 2012].

При проведенні дослідження використані клініко-лабораторні, біохімічні, інструментальні, епідеміологічні, епізоотологічні, санітарно-гельмінтологічні, імунологічні, серологічні методи з відповідною статистичною обробкою отриманих результатів.

Найчастіше хворі скаржилися на підвищену втомлюваність (59,90%), головний біль (30,08%), запаморочення (45,25%), відчуття тяжкості і/або біль в епігастральній області (40,92%) і правому підребер'ї (67,48%), диспепсичні прояви у вигляді нудоти (30,62%), зниження апетиту (44,72%), закрепи (24,66%), проноси (21,14%), метеоризм (41,19%). Прояви диспепсичного синдрому різного ступеня вираженості відзначалися у половини обстежених. У 46,61% хворих на токсокароз були скарги на кашель, частіше сухий. При об'єктивному обстеженні у 84,25% хворих відзначалася блідість шкірних покривів, у 14,36% – субіктеричність склер, у 44,72% хворих захворювання супроводжувалося різноманітного типу рецидивуючими висипами на шкірі. Елементи висипів мали макуло-папульозний характер і локалізувалися на тулубі або на тулубі та верхніх кінцівках одночасно. Підвищення температури тіла частіше спостерігалось у 55,28% хворих. При огляді у 196 (53,12%) дітей відзначався локальний біль у правому підребер'ї та/або в ділянці проекції жовчного міхура з іррадіацією в праве плече, шию, під лопатку і в поперекову ділянку. У 45,53% хворих обмежений біль при перкусії і пальпації визначався переважно в епігастральній ділянці, рідше (22,49%) – навколо пупка. Наліт на слизовій язика зустрічався у 33,88% хворих. При пальпації в правому підребер'ї печінка визначалася біля краю реберної дуги у 29,27% хворих, а у 70,73% нижній край печінки виступав з-під краю реберної дуги на 2-3 см. При ультразвуковому дослідженні органів черевної порожнини у 61,3% хворих зі скаргами на біль у правому підребер'ї виявлені ознаки хронічного холециститу, у 42,9% хворих – гепатохолециститу, холецистопанкреатиту, гепатиту. У 20 (5,42%) хворих виявлена спленомегалія і в одного – ознаки гастроудоденіту. Легеневий синдром відмічався у 48,27% хворих. На фоні субфебрильної температури, рідше фебрильної, у хворих відмічались кашель, ядуха, біль у грудній клітці. Рентгенологічно у 50,94% хворих визначалося посилення легеневого рисунка за рахунок периваскулярних і перибронхіальних ущільнень, інфільтративні зміни. Гепатобіліарний синдром виявлений у 69,34% хворих на токсокароз. У 72,37% хворих спостерігалися неврологічні порушення різного ступеня вираженості, які клінічно проявлялися у вигляді головного болю, що виникав частіше до кінця дня і/або після перенапруження, підвищеної втомлюваності й дратівливості. У 41,7% хворих виявлено синдром вегетосудинної дистонії. Зміни в емоційній сфері виявлялися в різній формі неврастенічного синдрому (астено-депресивного, астено-фобічного, астено-іпохондричного), а також істеричним синдромом і невротичними реакціями.

Серед клініко-лабораторних показників у хворих на токсокароз найчастіше відзначалися еозинофілія (100%), лейкоцитоз (80,30-93,33%), прискорена ШОЕ (90,37-96,70%), анемія (80,51-87,88%), гіпергаммаглобулінемія (93,50-100,00%), гіпоальбумінемія (76,62-97,04%).

Порівняльний аналіз частоти основних клінічних проявів та результатів обстеження дітей з токсокарозом і без токсокарозу показав, що зміни клініко-лабораторних показників у хворих на токсокароз



різноманітні і неспецифічні, що узгоджується з літературними даними. Еозинофілія, лейкоцитоз, гіпергаммаглобулінемія, гіпоальбумінемія, поєднані з легеневим синдромом, вираженою лімфаденопатією на тлі рецидивуючої гарячки значно частіше ($P < 0,01$) спостерігаються у дітей з токсокарозом, ніж без нього. Щодо частоти абдомінального та гепатобіліарного синдромів, шкірних проявів і неврологічних порушень, а також анемії і прискореної ШОЕ, то у дітей з токсокарозом ці показники зустрічаються в 1,2-1,3 рази частіше, але достовірної різниці не спостерігається ($P > 0,5$). У подальших дослідженнях варто враховувати величину цих показників при проведенні диференціальної діагностики з іншими паразитарними інвазіями.

Карвацька Ю.П.

СТАН ПОКАЗНИКІВ СИСТЕМНОГО ІМУНІТЕТУ ТА КИШКОВОГО БІОЦЕНОЗУ У ХВОРИХ НА ВУЛЬГАРНІ ВУГРИ – МЕШКАНЦІВ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

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

Вивчення патогенетичних чинників вульгарних вугрів (*Acne vulgaris*) з метою удосконалення методів їх лікування та профілактики є однією з актуальних проблем сучасної дерматології. Актуальність вульгарних вугрів визначає значна поширеність даного дерматозу, локалізація вугрової висипки на відкритих ділянках шкіри та хронічний перебіг дерматозу з частими рецидивами, нерідко з формуванням глибоких елементів висипки та пост-акне, що значно знижує їх працездатність, соціальну активність та якість життя пацієнтів. Все це обґрунтовує актуальність наукових досліджень з уточнення механізмів розвитку й перебігу вульгарних вугрів з метою оптимізації лікування та профілактики даного дерматозу.

Як засвідчують сучасні наукові дослідження, патогенез вульгарних вугрів є складним, багаточинним, в основі якого є гіперпродукція шкірного сала, а також розвиток запалення сально-волосяного апарату внаслідок активації мікрофлори шкіри (*Propionibacterium acnes*, *Staphylococcus epidermidis* та ін.) на тлі вторинного імунодефіцитного стану, чому можуть сприяти хронічні вогнища інфекції в організмі пацієнтів, зокрема зміни біоценозу кишківника. Все це визначає актуальність встановлення можливої взаємозалежності між ступенем порушень кишкового біоценозу та характером змін показників системного імунітету у хворих на вульгарні вугри з метою уточнення патогенетичних ланок та удосконалення лікування даного дерматозу.

Метою роботи було визначити показники системного імунітету у хворих на вульгарні вугри із супутніми змінами біоценозу порожнини товстої кишки мешканців Чернівецької області.

Під спостереженням перебували 65 хворих на вульгарні вугри (37 осіб чоловічої та 28 – жіночої статі) віком від 18 до 25 років, які проживають на території Чернівецької області. У всіх обстежених осіб дерматоз мав хронічний перебіг з тривалістю від 6 місяців до 11 років. Згідно критеріїв тяжкості вульгарних вугрів, у 20 (30,8%) пацієнтів діагностовано легку, у 24 (36,9%) – середньотяжку та у 21 (32,3%) – тяжку ступінь клінічних проявів дерматозу. Групу контролю склали 35 практично здорових осіб (донорів) подібного віку.

Для оцінки стану показників клітинної ланки системного імунітету у хворих на вульгарні вугри визначали: кількість загальних і активних Т-лімфоцитів, їх субпопуляції, імунорегуляторний індекс. Якісний та кількісний склад мікробіоти порожнини товстої кишки досліджували бактеріологічним методом, ступінь порушення мікробіоценозу оцінювали за відомими критеріями. Статистичну обробку результатів досліджень здійснювали методами статистичного аналізу з використанням комп'ютерної програми Statistica 6.0, за вірогідну брали різницю середніх при $p < 0,05$.

Встановлено, що у хворих на вульгарні вугри з наявністю I-го ступеня змін кишкового біоценозу є лише помірне порівняно з показниками осіб контрольної групи зменшення відносної кількості Т-лімфоцитів активних (на 9,7%, $p < 0,05$). В обстежених пацієнтів з проявами II-го ступеня дисбіозу товстої кишки виявлено вірогідне зменшення кількості загальних Т-лімфоцитів та Т-хелперної субпопуляції лімфоцитів як порівняно з показниками осіб контрольної групи (відповідно: на 18,4% та 23,3%, $p < 0,001$), так і хворими на вульгарні вугри з I-им ступенем дисбіозу товстої кишки (відповідно: на 13,7% та 16,4%, $p < 0,05$). Також у пацієнтів із дисбіозом II-го ступеня встановлено вірогідне порівняно з показниками осіб контрольної групи зменшення відносної кількості Т-лімфоцитів активних (на 16,7%, $p < 0,05$).

У хворих на вульгарні вугри з наявністю III-го ступеня дисбіозу товстої кишки встановлено вірогідне зменшення відносної кількості загальних та Т-лімфоцитів та Т-лімфоцитів активних як порівняно з показниками осіб контрольної групи (відповідно: на 19,3% та 26,4%, $p < 0,001$), так і хворими на вульгарні вугри з I-им ступенем дисбіозу товстої кишки (відповідно: на 14,6%, $p < 0,05$ та 26,4%, $p < 0,01$). Також у пацієнтів із дисбіозом III-го ступеня встановлено вірогідне порівняно з показниками осіб контрольної групи зменшення відносної кількості Т-хелперної та Т-супресорної субпопуляції лімфоцитів (на 22,6%, $p < 0,01$ та 16,6%, $p < 0,05$).

Найбільш істотні зміни досліджуваних показників системного імунітету встановлено у хворих на вульгарні вугри з наявністю дисбіозу товстої кишки IV ступеня: вірогідне зменшення кількості загальних Т-лімфоцитів та Т-лімфоцитів активних як відносно показників осіб контрольної групи (відповідно на: 27,0% та 34,7%, $p < 0,001$), так і відносно цих показників у хворих на вульгарні вугри з дисбактеріозом I-го ступеня (відповідно на: 22,8% і 27,7%, $p < 0,001$). У таких пацієнтів також визначено зміни імунорегуляторного індексу – зменшення порівняно з його значенням в осіб контрольної групи та у хворих на вульгарні вугри з дисбактеріозом I-го ступеня (відповідно на: 29,8%, $p < 0,01$ та 28,1%, $p < 0,05$). Слід зазначити, що у хворих на