

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



## **МАТЕРІАЛИ**

**96 – ї**

**підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

**16, 18, 23 лютого 2015 року**

**Чернівці – 2015**

УДК 001:378.12(477.85)  
ББК 72:74.58  
М 34

Матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2015. – 352 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 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. Іващук 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.  
чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.  
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 978-966-697-588-4

© Буковинський державний медичний  
університет, 2015



терапію: дезінтоксикаційно-регидраційну, ентеросорбенти, ферментні та антибактеріальні препарати (ніфуроксазид, норфлоксацин), а 15 хворим другої групи, окрім традиційної терапії, призначали Ентерол-250 по 1 капсулі 2 рази на день упродовж 5 діб.

Ефективність застосування пробіотики оцінювали за клінічними та мікробіологічними критеріями. У хворих, які отримували Ентерол-250, швидше регресували явища загальної інтоксикації і диспепсичні прояви кишкових недуг. При повторному дослідженні мікрофлори товстої кишки констатовано збільшення популяційного рівня лактобактерій – кількість сягала рівня  $10^6$  КУО/г.

Захворювання на харчові токсикоінфекції та гастроінтестинальний сальмонельоз супроводжується діарейним та інтоксикаційним синдромами, а також істотними змінами кишкового нормобіоценозу, що вимагає корекції. Застосування Ентеролу-250 у комплексній терапії є ефективним і доцільним із клінічної та мікробіологічної позицій, зважаючи на антидіарейну і вториннодетоксикуючу дію, та здатність нормалізувати нормобіоценоз кишечника.

**Височанська Т.П.**

### **КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ПІДХОДУ ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВУЛЬГАРНИЙ ТА АРТРОПАТИЧНИЙ ПСОРИАЗ У РІЗНИХ ФІЗИКО-ГЕОГРАФІЧНИХ РАЙОНАХ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ**

*Кафедра дерматовенерології*

*Буковинський державний медичний університет*

На псоріаз страждає від 2 до 4 % населення світу, а в Україні на сьогодні зареєстровано понад 1 млн. таких хворих. Актуальність вивчення псоріазу обумовлює характер його клінічного перебігу – поширене ураження шкіряного покриву переважно працездатного населення, розвиток множинних ускладнень, у т.ч. ураження опорно-рухового апарату, що обґрунтовує актуальність наукових досліджень щодо покращення лікування даного дерматозу.

Метою роботи було покращити результати лікування хворих на вульгарний та артропатичний псоріаз із різних ландшафтних регіонів Чернівецької області шляхом диференційованого призначення лікарських засобів на основі визначених у біосубстратах хворих елементних порушень.

Проаналізовано захворюваність на псоріаз у мешканців різних фізико-географічних (рівнинних, передгірних, гірських) районів Чернівецької області за останні 3 роки (2011-2013 рр.). Засвідчено, що серед рівнинних районів найбільш високі показники поширеності псоріазу з тенденцією до зростання у Хотинському, Кіцманському і Новоселицькому районах, а в передгірних – у Герцаївському та Сторожинецькому районах. Найнижчі показники поширеності псоріазу відзначено серед мешканців гірських районів області – Вижицького і Путильського, однак за тенденції до зростання абсолютної кількості хворих на псоріаз у цих районах за останні 3 роки.

Проведено клініко-лабораторне обстеження 86 хворих на псоріаз (51 чоловік, 35 жінок) 18 - 82 років, з них 37 пацієнтів з артропатичною формою дерматозу, які проживають на території різних фізико-географічних територій Чернівецької області (Північної Буковини): 24 (27,9%) хворих – у рівнинних, 39 (45,3%) – у передгірних і 23 (26,8%) – у гірських районах області. У всіх обстежених дерматоз мав хронічний перебіг і тривав від 6 місяців до 35 років.

У взятих на облік пацієнтів для оцінки клінічних проявів псоріазу та ефективності різних методів його терапії було вираховано індекс – PASI, середнє значення якого на початку лікування у хворих на вульгарний псоріаз склав  $22,7 \pm 0,612$ , на артропатичний –  $29,4 \pm 0,523$ . Відповідно у рівнинних районах індекс PASI склав  $26,6 \pm 0,913$ ; у передгірних –  $21,5 \pm 0,87$ ; у гірських –  $28,2 \pm 0,867$  та з проявами оніходистрофії. Було визначено вміст окремих макро- й мікроелементів (заліза, цинку, кальцію, марганцю) у біосубстратах (крові, волоссі, нігтях) методом спектрофотометричного аналізу у хворих на вульгарний та артропатичний псоріаз. Встановлено, що у хворих на вульгарний та артропатичний псоріаз – мешканців рівнинних регіонів вірогідно знижений порівняно з особами контрольної групи вміст у крові заліза (на 26,1%,  $p < 0,01$ ), у волоссі – цинку (на 23,9%,  $p < 0,001$ ), у нігтях – заліза, цинку й марганцю (відповідно: на 17,9%,  $p < 0,01$ , 12,5%,  $p < 0,05$  та у 1,78 рази,  $p < 0,001$ ). У хворих на псоріаз із передгірних регіонів вірогідно знижений вміст у крові кальцію (на 28,1%,  $p < 0,05$ ), а у нігтях – заліза та марганцю (відповідно: на 27,3% та 36,5%,  $p < 0,001$ ). У хворих на псоріаз із гірських регіонів, особливо з артропатичною формою, вірогідно знижений вміст у крові кальцію (в 2,01 рази,  $p < 0,001$ ), у нігтях – цинку та заліза (відповідно: на 32,8% та 33,6%,  $p < 0,001$ ).

У процесі лікування хворих на вульгарний та артропатичний псоріаз із різних регіонів поділили на групи: порівняльні, які отримували засоби базової терапії псоріазу згідно Наказу МОЗ України №312, та основні групи, хворі яких отримали комплексне лікування – базову та елементну терапію. Хворим на псоріаз основної групи з рівнинного регіону призначали Феррум лек, а через місяць (зважаючи на дефіцит у волоссі й нігтях цинку і заліза, а у нігтях – марганцю) – Цинктерал і Тотему впродовж 1 місяця, після чого встановлено вірогідне ( $p < 0,05$ ) збільшення у волоссі вмісту цинку (на 21,0%; до лікування –  $142,3 \pm 5,81$  мг/кг, після лікування –  $180,1 \pm 5,16$  мг/кг), а в нігтях – марганцю (на 23,4%; відповідно:  $0,781 \pm 0,058$  мг/кг і  $1,02 \pm 0,068$  мг/кг) і заліза (на 23,3%; відповідно:  $24,7 \pm 1,48$  мг/кг і  $32,2 \pm 1,61$  мг/кг) за лише тенденції до зростання вмісту заліза в нігтях хворих порівняльної групи. До базового лікування хворих на вульгарний і артропатичний псоріаз основної групи з передгірного регіону включали Кальцій-Д3 нікомед форте, а через місяць (через дефіцит у нігтях марганцю і заліза) – Тотему впродовж 1 місяця, внаслідок чого через 6-7 місяців у цих пацієнтів



встановлено вірогідне ( $p < 0,05$ ) зростання в нігтях вмісту марганцю (на 40,9%; до лікування –  $0,821 \pm 0,063$  мг/кг, після лікування –  $1,39 \pm 0,054$  мг/кг) без вірогідної його динаміки у хворих порівняльної групи. Хворі на вульгарний та артропатичний псоріаз основної групи з гірського регіону на тлі базового лікування отримали Кальцій-Д3 нікомед форте, а через місяць – Цинктерал, Феррум лек і Кальцій-Д3 нікомед форте впродовж 1 місяця. Через 6-7 місяців після лікування у хворих на псоріаз порівняльної групи виявлено зменшення у волоссі вмісту заліза й цинку, в той час як у хворих основної групи – вірогідне ( $p < 0,05$ ) порівняно з показниками наприкінці лікування зростання в крові вмісту кальцію (на 25,8%; відповідно:  $3,25 \pm 0,127$  мг/кг і  $4,38 \pm 0,168$  мг/кг) і заліза (на 14,8%; відповідно:  $42,1 \pm 1,36$  мг/кг і  $49,4 \pm 1,59$  мг/кг), а в нігтях – збільшення порівняно з початковим рівнем вмісту заліза (на 25,9%;  $24,8 \pm 1,72$  мг/кг і  $33,5 \pm 1,28$  мг/кг) і цинку (на 21,7%;  $177,3 \pm 4,85$  мг/кг і  $226,4 \pm 8,07$  мг/кг). Покращилися найближчі (збільшення кількості хворих, виписаних в стані клінічної ремісії чи значного покращання; зменшення індексу PASI в основних групах) та віддалені наслідки лікування хворих на псоріаз (подовження тривалості ремісії дерматозу в 1,58; 1,48 та 1,56 рази, зменшення кількості загострень в році в 1,49; 1,71 та 1,52 рази).

Отже, з метою оптимізації лікування та профілактики псоріазу, в тому числі артропатичного, у мешканців різних фізико-географічних районів рекомендовано на тлі базової терапії диференційоване й поетапне призначення лікарських засобів із вмістом цинку, заліза, марганцю і кальцію, що сприяє нормалізації чи тенденції до нормалізації елементного складу біосубстратів таких пацієнтів та покращує результати їх лікування.

**Возна Х.І., Меленко С.Р.**

### **РОЛЬ ЕНДОТЕЛІУ У ПАТОГЕНЕЗІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ**

*Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології*

*Буковинський державний медичний університет*

За рейтинговою оцінкою UNODS Україна посідає 22 місце серед 123 країн світу за кількістю людей, що живуть з ВІЛ. Щодня в Україні офіційно реєструються 52 нових випадки інфікування, а вісім людей помирають через СНІД. Останнім часом особливу увагу науковців привертає роль ендотелію у патогенезі ВІЛ-інфекції. На місцевому рівні ендотелію утворює стінку гемакапілярів – синусоїдів, які забезпечують обмін між кров'ю і тканинами, у ширшому розумінні ендотеліальна вистилка судин організму розглядається як самостійний активний орган, що забезпечує гомеостаз судинної стінки і є важливим бар'єром на шляху поширення та розвитку інфекції. Молекули, які експресуються ендотелієм та є маркерами його активації і пошкодження, існують в розчинних формах у кровоносному руслі. Їх можна ідентифікувати якісно та кількісно лабораторними методами. Зокрема, високочутливими тестами є визначення в периферичній крові вмісту ендотеліну та оксиду азоту.

На сьогодні підтверджена участь судинного ендотелію в різних патологічних процесах, що призводять до ішемічно-гіпоксичних, мікроциркуляторних порушень: зміна секретії оксиду азоту та ендотеліну-1, зміна ендотеліюзалежних механізмів вазорегуляції, активація окислювальних процесів, гемореологічні порушення, активація тромбоцитарної ланки гемостазу, ініціація проліферативних процесів гладком'язових клітин судин, пошкодження ендотеліоцитів. У зв'язку з цим набуває великого значення подальше вивчення тонких механізмів судинного патогенезу різноманітної інфекційної патології.

Метою дослідження стало вивчення вмісту зазначених маркерів ендотеліальної дисфункції у крові хворих на ВІЛ-інфекцію, їх змін залежно від клінічної стадії недуги та під впливом різних методів лікування.

На підставі дослідження маркерів ендотеліальної дисфункції на фоні ВІЛ-інфікування обстежили 136 хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД. Встановлено, що по мірі прогресування імунодефіциту рівень ендотеліну-1 суттєво перевищує, а оксиду азоту – достовірно нижчий, ніж показники здорових осіб. Щоправда, стосовно останнього показника, така закономірність не стосується осіб у I клінічній стадії ВІЛ-інфекції, коли концентрація оксиду азоту достовірно перевищує норму. У разі глибокого імунодефіциту (III й IV клінічні стадії ВІЛ-інфекції/СНІДу) вказані маркери досягають відповідно критично високих і низьких значень.

У результаті досліджень встановлено сильну обернену кореляцію між кількістю Т-хелперів і рівнем ендотеліну-1, а між кількістю CD4<sup>+</sup>-лімфоцитів і концентрацією оксиду азоту при II-IV клінічній стадії ВІЛ-інфекції – середню пряму. Через 3 місяці симптоматичної чи антиретровірусної терапії жоден із досліджуваних маркерів ендотеліальної дисфункції суттєво не змінився ( $p > 0,05$ ), що вказує на відсутність впливу зазначеного лікування на стан ендотелію. Таким чином, включення до терапії молсидоміну, не впливаючи суттєво на рівень ендотеліну-1, забезпечувало часткове підвищення рівня оксиду азоту, донатором якого є цей препарат.

**Волошина Н.О., Денисенко О.І.**

### **ПОКАЗНИКИ ПРО- ТА ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ У ХВОРИХ НА ВУЛЬГАРНІ ВУГРИ РІЗНОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ**

*Кафедра дерматовенерології*

*Буковинський державний медичний університет*

Вугри звичайні (акне вульгарні) – поліфакторний дерматоз, в основі якого лежить утворення перифолікулярного запалення сально-волоссяних фолікулів на тлі гіперпродукції салових залоз, патологічної десквамації епітелію себаційних фолікулів та активації сапрофітних й умовно патогенних мікроорганізмів. Розвитку дерматозу сприяють генетична схильність, розлади нейроендокринної регуляції, метаболічні