

**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 – її 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 – її 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



порушення, а також зміни імунологічної реактивності організму пацієнтів. Згідно сучасних досліджень, важливими показниками ступеня тяжкості патологічних процесів та ефективності їх лікування є рівень медіаторів запалення – цитокінів, які є регуляторами міжклітинної взаємодії, реалізації імунної відповіді тощо.

Мета роботи – визначити у хворих на вугри вульгарні показники про- та протизапальних цитокінів залежно від тяжкості клінічних проявів дерматозу.

Під спостереженням перебували 40 хворих на вульгарні вугри, віком від 20 до 26 років, з них 23 – особи жіночої та 17 – чоловічої статі. У 20 осіб діагностовано акне середньої тяжкості та ще у 20 осіб – вульгарні вугри із тяжким клінічним перебігом. Давність дерматозу в обстежених пацієнтів коливалася в межах від 2 до 5 років. Групу контролю склали 20 практично здорових осіб подібного віку. У хворих на вульгарні вугри досліджували рівень у сироватці крові про- і протизапальних цитокінів: туморнекротичного фактора α (ТНФ- α), інтерлейкіну 1 β (ІЛ-1 β), інтерлейкіну – 4 (ІЛ-4) та інтерферону γ (ІНФ- γ), визначення яких проводили за допомогою специфічних реактивів фірми Bender MedSystems GmbH (Австрія) методом твердофазового імуноферментного аналізу за інструкцією виробника. Статистичний аналіз результатів дослідження проведено методами статистичного аналізу, різницю показників вважали вірогідною при значеннях $p < 0,05$.

Внаслідок проведених досліджень у хворих на вульгарні вугри перед початком лікування встановлено вірогідне підвищення в сироватці крові вмісту прозапального цитокіну ТНФ- α , рівень якого у пацієнтів з акне середньої тяжкості був вищим відносно показника осіб контрольної групи в 2,3 рази (у хворих на акне – $92,1 \pm 6,54$ пк/мл; в осіб контрольної групи – $38,6 \pm 3,42$ пк/мл, $p < 0,001$). Водночас у пацієнтів із тяжкими проявами акне (індуративні, конглобатні вугри) рівень ТНФ- α ($124,4 \pm 7,26$ пк/мл) був підвищеним як порівняно з аналогічним показником осіб контрольної групи, так і показником хворих на акне середньої тяжкості (збільшення відповідно в 3,2 рази та на 35,1%, $p < 0,001$). Аналогічні зміни встановлено і стосовно прозапального цитокіну ІЛ-1 β , рівень якого у хворих на акне середньої тяжкості був вищим відносно показника контрольної групи в 1,9 рази (у хворих на акне – $69,4 \pm 4,82$ пк/мл; в осіб контрольної групи – $35,7 \pm 3,24$ пк/мл, $p < 0,001$), а у пацієнтів із тяжкими проявами акне його рівень ($109,1 \pm 5,42$) був підвищеним як порівняно з аналогічним показником осіб контрольної групи, так і показником хворих на середньотяжкі акне (збільшення відповідно в 3,1 та 1,6 рази, $p < 0,001$).

Водночас визначення у хворих на вульгарні вугри протизапальних цитокінів виявило лише тенденцію ($p > 0,05$) до підвищення порівняно із показниками осіб контрольної групи вмісту в сироватці крові ІЛ-4 – при середній тяжкості акне – на 18,5%, при тяжкій формі дерматозу – на 26,8% (у хворих на акне середньої тяжкості – $32,3 \pm 3,12$ пк/мл; у хворих на тяжкі акне – $34,3 \pm 3,54$ пк/мл; в осіб контрольної групи – $26,8 \pm 2,56$ пк/мл), а також ІНФ- γ – відповідно на 29,8% та 39% (у хворих на акне середньої тяжкості – $24,6 \pm 2,43$ пк/мл; у хворих на тяжкі акне – $27,1 \pm 3,68$ пк/мл; в осіб контрольної групи – $19,2 \pm 2,25$ пк/мл).

Отже, згідно з результатами досліджень, у хворих на вульгарні вугри має місце дисбаланс про- й протизапальних цитокінів – значне переважання рівнів прозапальних цитокінів синергічної дії – ТНФ- α та ІЛ-1 β на тлі лише тенденції до підвищення протизапальних цитокінів – ІЛ-4 та ІНФ- γ , які перебувають у залежності зі ступенем тяжкості дерматозу.

Гаєвська М.Ю.

ВПЛИВ ЗАСОБІВ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОЇ ТА АНТИОКСИДАНТНОЇ ДІЇ НА ПЕРЕБІГ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ПСОРИАЗУ

Кафедра дерматовенерології

Буковинський державний медичний університет

Псоріаз – поширений у світі дерматоз, яким хворіють до 5% населення світу. Тривалий хронічний перебіг з частими рецидивами, які супроводжуються втратою хворими працездатності та їх соціальної активності, визначають важливе медичне та соціальне значення псоріазу.

Метою роботи було покращити результати лікування хворих на псоріаз шляхом комбінованого та поетапного застосування в їх комплексній терапії гепатопротекторних та антиоксидантних засобів.

Спостерігали 39 хворих на псоріаз, з них 29 чоловіків та 10 жінок віком від 28 до 65 років з тривалістю дерматозу 25 років. У всіх пацієнтів патологічний процес на шкірі мав поширений характер, у більшості (у 34) хворих діагностовано прогресуючу стадію псоріазу, у 15 осіб – стаціонарну. Середнє значення індексу PASI (індекс ураження шкіри й тяжкості псоріатичного процесу) у обстежених хворих на початку лікування склало $24,1 \pm 0,71$. У більшості 31 хворого на псоріаз виявлено супутні, захворювання з боку гепатобіліарної системи чи кишкового тракту. Результати визначення у хворих на псоріаз показників оксидантної й антиоксидантної систем крові показали, що у хворих на псоріаз є вірогідні зміни оксидантно-антиоксидантного гомеостазу.

У процесі лікування хворі на псоріаз були розподілені на 2 групи: 19 пацієнтів (порівняльна група) – отримали засоби базової терапії дерматозу, іншим 20 хворим (основна група), зважаючи на наявні захворювання гепатобіліарної зони та виявлені у хворих зміни оксидантно-антиоксидантного гомеостазу, у комплексній терапії дерматозу поетапно призначали гепатопротекторні засоби – тіотриазолін (2,5% розчин по 2 мл внутрішньом'язово впродовж 10 днів) і глутаргін (по 0,5 г тричі на добу впродовж 15 днів), які також володіють й антиоксидантною дією. Паралельно хворим призначали комбінований препарат оксилік із вмістом вітамінів А, Е і С, які володіють антиоксидантними властивостями (по 1 капсулі на добу впродовж 20 діб).

Аналіз динаміки клінічних проявів дерматозу засвідчив, що у хворих на псоріаз основної групи уже на 4-5-й день зменшилося відчуття свербіжів, покращився сон, на 6-9-й день зменшилися ознаки гіперемії та



інфільтрації в ділянці папул. За даними клінічних спостережень, у хворих на псоріаз основної групи уже на 3-4-й день зменшилося відчуття свербіжів, покращився сон, на 5-8-й день зменшилися ознаки гіперемії та інфільтрації в ділянці папул. Наприкінці лікування відзначено зменшення показника індексу PASI у хворих на псоріаз обох груп, однак більш істотне його зменшення встановлено у пацієнтів основної групи (на 74,1%; у пацієнтів порівняльної групи – на 61,4%). Водночас у 14 з 19 хворих основної групи відзначено подовження (у середньому до 7-8 місяців) тривалості стану клінічної ремісії дерматозу (у групі порівняння – у 6 з 18 пацієнтів).

Таким чином, поетапне та комбіноване застосування у комплексному лікуванні хворих на псоріаз гепатопротекторних та антиоксидантних препаратів сприяє покращанню результатів лікування пацієнтів та подовжує термін клінічної ремісії псоріазу.

Герман А.О.

ПОКАЗНИКИ ДЕЯКИХ ІНТЕРЛЕЙКІНІВ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

Кафедра фізіотрії та пульмонології

Буковинський державний медичний університет

Цитокінова мережа контролює процеси імунної та запальної реактивності. Однією з найважливіших функцій системи цитокінів (ЦК) є забезпечення узгодженої дії імунної, ендокринної та нервової системи організму у відповідь на стресову реакцію. У зв'язку із зазначеним виникає необхідність аналізу якісного і кількісного складу ЦК при туберкульозі легень (ТБЛ), який може відображати ступінь вираженості локального і системного характеру запалення, особливості регуляції і кооперації залежно від варіанту функціональної активності щитоподібної залози (ЩЗ) та їх роль у формуванні системних проявів й прогресуванні захворювання.

Мета дослідження полягала у вивченні цитокінової дизрегуляції при вперше діагностованому туберкульозі легень залежно від функціонального стану щитоподібної залози.

Вивчали рівні інтерлейкінів (ІЛ) ІЛ-6, ІЛ-10, ІЛ-18 у сироватці крові практично здорових осіб (ПЗО) – 20 осіб та хворих на ТБЛ, які були розподілені у 2 клінічно-патогенетичні групи залежно від функціонального стану ЩЗ. Група ІА (33 особи) – з нормальною функцією ЩЗ та ІБ (22 особи) – пацієнти з порушенням тиреоїдного гомеостазу на тлі високого вмісту вільного трийодтироніну та низьких значень вільного тироксину. Середній вік склав $36,2 \pm 1,5$ року.

В усіх групах обстежуваних хворих із ТБЛ відмічено підвищення рівня ІЛ порівняно з ПЗО та залежно від клінічно-патогенетичного варіанту перебігу недуги. Рівень ІЛ-6 зростав у підгр.ІА та ІБ відносно показників ПЗО (у 9,96 рази, $p < 0,05$ та 5,59 рази, $p < 0,05$). Так, рівень ІЛ-10 у підгр.ІА та ІБ зростав відносно ПЗО у 2,77 та 2,02 рази ($p < 0,05$). Рівень ІЛ-18 у підгр.ІА був вищим за показник ПЗО у 2,7 рази ($p < 0,05$), у підгр.ІБ у 1,18 рази ($p < 0,05$), що свідчить про активацію клітинного імунітету у даних пацієнтів.

Отже, при вперше діагностованому туберкульозі легень зі збереженою секрецією ЩЗ визначається вірогідне зростання рівня як прозапальних цитокінів (ІЛ-6, ІЛ-18), що є компенсаторною реакцією моноцитарно-макрофагальної ланки як на активатори запалення, так і протизапальних цитокінів (ІЛ-10), коефіцієнт балансу зрушений у бік прозапальної активності. При туберкульозі легень з порушенням тиреоїдного гомеостазу визначається зростання рівня як прозапальних, так і протизапальних цитокінів, хоча їх рівень є вірогідно нижчим ніж у групах зі збереженою тиреоїдною активністю.

Голяр О.І., Москалюк В.Д., Возна Х.І., Кривецька С.С., Рудан І.В. РЕАКТИВНА ВІДПОВІДЬ НЕЙТРОФІЛІВ ПЕРИФЕРІЙНОЇ КРОВІ І ЗАГАЛЬНА ІМУННА РЕАКТИВНІСТЬ ОРГАНІЗМУ ХВОРИХ НА САЛЬМОНЕЛЬОЗ

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології

Буковинський державний медичний університет

Нейтрофільні лейкоцити першими надходять до вогнища інтервенції бактерій – збудників запалення. Вони постійно перебувають у пристінковому шарі плазми крові і здатні у будь який момент залишити капіляри і перейти до осередку локалізації збудника запального процесу.

Вагомість цієї популяції імунокомпетентних клітин була підставою для вивчення реактивної відповіді нейтрофільних поліморфноядерних лейкоцитів периферійної крові у хворих на харчову токсикоінфекцію (сальмонельоз).

Реактивну відповідь нейтрофільних лейкоцитів хворих на харчову токсикоінфекцію (сальмонельоз) оцінювали за такими гематологічними показниками: за індексом реактивної відповіді нейтрофілів; нейтрофільно-лімфоцитарним коефіцієнтом, індексом зсуву нейтрофілів і лейкоцитів, лімфоцитарно-гранулоцитарним індексом, індексом співвідношення нейтрофілів і моноцитів індексом співвідношення значень абсолютної кількості лейкоцитів і ШЗЕ, індексом нейтрофільної реактивності, за лімфоцитарним і лейкоцитарним індексом.

У хворих на сальмонельоз індекс реактивної відповіді нейтрофільних лейкоцитів при поступленні на госпіталізацію зростає у 2,64 рази, нейтрофільно-лімфоцитарний коефіцієнт – на 84,40%, індекс зсуву нейтрофілів – у 2,15 рази, лейкоцитів – у 2,08 рази, індекс співвідношення нейтрофілів і моноцитів – у 3,68 рази, індекс співвідношення лейкоцитів і ШЗЕ – у 20,52 разів, лейкоцитарного індексу – у 4,03 рази.



Клінічне значення зростання індексу реактивної відповіді нейтрофілів полягає в тому, що інтервенція сальмонели здійснена і активно формуються і здійснюються механізми вродженого (адаптивного) імунітету за рахунок активації процесів розпізнання патогеном і включення механізмів захисної і секреторної активності поліморфноядерних нейтрофільних лейкоцитів.

У практично здорових осіб індекс зсуву лейкоцитів і нейтрофілів периферійної крові становить $1,73 \pm 0,04$ у.о. і не залежить від загальної абсолютної кількості лейкоцитів у периферійній крові. Підвищення індексів зсуву лейкоцитів і нейтрофілів свідчать про активний запальний процес в організмі хворих на сальмонельоз і про порушення імунологічної реактивності. Його збільшення пов'язане із знизженням відносної кількості еозинофілів і підвищенням відносної кількості паличкоядерних і сегментоядерних нейтрофільних лейкоцитів. Зростання індексу співвідношення нейтрофілів і моноцитів підтверджує відповідний рівень (III ступінь імунних порушень) формування і розвиток запального процесу.

Підтвердженням прогресуючого розвитку і перебігу сальмонельозу є знизження у 2,02 рази лімфоцитарно-гранулоцитарного індексу за рахунок суттєвого зростання гранулоцитів, лімфоцитарного індексу на 80,0%.

Перераховані вище зміни показників, що характеризують стан факторів і механізмів реактивної відповіді нейтрофільних лейкоцитів периферійної крові підтверджують про суттєву (III ступінь імунних порушень) активацію неспецифічної реактивності імунокомпетентних клітин, що беруть участь у природженому (неспецифічному імунітеті), що характеризує першу лінію захисту від генетично чужорідних живих тіл (мікроорганізмів), речовин, клітин, тощо.

Зростання індексу імунної реактивності в 2,09 рази засвідчує про активацію специфічної імунної відповіді, яка на день госпіталізації (повна маніфестація хвороби) уже формується, або продовжує розвиток її, але фактори і механізми неспецифічного протинфекційного захисту своєю ефективністю на цей період захворювання значно, на 58,62%, знижують свою активність вже переважає специфічна імунна відповідь – pojawiaються специфічні імуноглобуліни основних класів і клон специфічних реактивних Т СД 8 лімфоцитів.

Гулей Л.О., Перепічка М.П.

ВІДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ДЕРМАТОЗИ ІЗ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ

Кафедра дерматовенерології

Буковинський державний медичний університет

Загальновідомим є той факт, що переважна більшість хронічних дерматозів протікає на тлі патології органів травлення, де провідне місце займають захворювання гепатобіліарної системи. Водночас дослідження останніх років засвідчують, що порушення балансу між синтезом активних форм кисню і активністю антиоксидантних систем крові, відіграє важливу роль у розвитку хронічних дифузних захворювань печінки. Динаміку показників вільнорадикального окиснення ліпідів та антиоксидантного захисту вважають надійним підтвердженням ефективності лікування та правильності вибору лікарських засобів. Таким чином, оптимізація терапії хворих на хронічні дерматози є актуальним завданням, що забезпечить підвищення ефективності лікування, зменшення частоти рецидивів, нормалізацію і профілактику функціональних порушень печінки, знизження ризику розвитку побічних ефектів при застосуванні системного лікування.

Мета дослідження – покращити ефективність лікування хворих на хронічні дерматози з наявністю супутньої патології гепатобіліарної системи шляхом застосування комплексного лікування із включенням засобів гепатопротекторної та антиоксидантної дії з урахуванням показників оксидантно-антиоксидантного гомеостазу пацієнтів.

Проведено клінічне та лабораторне обстеження 56 хворих на хронічні дерматози (екзема, псоріаз, червоний плоский лишай, розацеа та ін.), з них 37 осіб – жіночої й 19 – чоловічої статі віком від 23 до 78 років, що мешкають у Чернівецькій області і знаходилися на стаціонарному лікуванні в КМУ «Чернівецький обласний шкірно-венерологічний диспансер» у 2011-2013 рр. У всіх пацієнтів діагностовано супутні захворювання органів гепатобіліарної системи. Групу контролю склали 20 практично здорових осіб (донорів) подібного віку й статі.

Серед 56 хворих на хронічні дерматози, в яких було встановлено супутні захворювання органів гепатобіліарної системи, більшість (29 осіб – 51,8%) склали хворі на еритемо-сквамозні дерматози (псоріаз, червоний плоский лишай), у 15 (26,8%) пацієнтів діагностовано алергічні дерматози (екзема, алергічний контактний дерматит), у 8 (14,3%) – рожеві вугри та у 4 (7,1%) осіб – шкірні форми дифузних захворювань сполучної тканини. У 39 (69,6%) осіб захворювання шкіри мало хронічний перебіг, у 17 (30,4%) – діагностовано вперше. У процесі комплексного клініко-лабораторного та інструментального обстеження у лікаря-гастроентеролога у 19 (33,9%) з 56 хворих на хронічні дерматози діагностовано хронічні гепатити змішаної етіології, у 37 (66,1%) – хронічний холецистит. Слід зазначити, що лише 18 (32,1%) з обстежених хворих знаходилися на обліку в лікаря – гастроентеролога з приводу захворювань печінки чи жовчного міхура, у 21 (37,5%) хворого в анамнезі були періодичні скарги з боку органів травлення, а в решті 17 (30,4%) осіб захворювання органів гепатобіліарної системи мали латентний перебіг.

Всім обстеженим хворим на хронічні дерматози з наявністю супутньої патології гепатобіліарної системи було призначено базове лікування згідно Наказу МОЗ України № 312, яке включало «тіотриазолін» (2,5% розчин по 2 мл внутрішньом'язово щоденно, на курс – 10 ін'єкцій). Враховуючи виявлені у хворих на



хронічні дерматози супутні захворювання гепатобіліарної системи та наявні вірогідні зміни з боку показників про- й антиоксидантної систем крові, метою роботи був пошук оптимізації схеми їх лікування шляхом застосування антиоксидантних засобів. Для цього хворих на хронічні дерматози було розподілено на дві групи: групу порівняння (29 осіб), які отримали базове лікування, у т.ч. тіотриазолін, та основну групу (27 осіб), у схему лікування яких додатково включали: глутаргін (по 0,75 г тричі на добу протягом 15 днів), аевіт (по 1 драже 2 рази на добу впродовж місяця) та аскоцин (по 1 табл. на добу впродовж 20 днів).

Порівняльний аналіз даних щодо динаміки клінічних проявів хронічних дерматозів у хворих із наявністю супутніх захворювань органів гепатобіліарної системи внаслідок застосування різних методів їх терапії показав, що регрес елементів висипки та суб'єктивних проявів хронічних дерматозів у пацієнтів основної групи відбувався на 4-6 днів швидше, ніж у хворих групи порівняння, що дало можливість скоротити терміни лікування таких хворих (у середньому на 3,8 ліжко-дні) стосовно пацієнтів групи порівняння, які отримали лише засоби базової терапії дерматозів (відповідно: $20,8 \pm 0,58$ та $24,6 \pm 0,43$ ліжко-дні, $p < 0,001$). У хворих на псоріаз основної групи відзначено вірогідне стосовно групи порівняння зменшення індексу PASI (на 73,9%, у групі порівняння – на 56,8%).

Аналіз клінічних наслідків різних методів лікування хворих на хронічні дерматози з наявністю супутніх захворювань органів гепатобіліарної системи засвідчив, що використання лише базової терапії дерматозів зумовило стан клінічного одужання лише в 1/3 (10 осіб – 34,5%) хворих, значне покращання (зникнення практично всіх елементів висипки з незначними залишковими проявами у вигляді вторинних плям, незначної еритеми та інфільтрації) – у 8 (27,6%) пацієнтів, покращання (із залишковими проявами помірної гіперемії та інфільтрації) – у кожного четвертого (в 7 осіб – 24,1%) хворого; клінічна картина залишилася практично без змін у 4 (13,8%) пацієнтів. Значно кращі наслідки лікування констатовано у хворих основної групи, які отримали комбіновану терапію: клінічне одужання – більш ніж у половині (15 осіб – 55,6%) пацієнтів, значне покращання – у третини (9 осіб – 33,3%) хворих і покращання – у 3 (11,1%) пацієнтів. Важливо відзначити, що всі хворі на хронічні дерматози основної групи перенесли прийом антиоксидантних препаратів добре, без розвитку ускладнень чи побічних реакцій. При вивченні віддалених результатів через 6 місяців, загострення дерматозів у хворих групи порівняння було відмічено у 13 осіб, та у 6 осіб з основної групи.

Давиденко О.М., Мироник О.В.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ С НА БУКОВИНІ

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології

Буковинський державний медичний університет

Щороку на гострий вірусний гепатит С хворіє 3-4 млн. людей. Частота виявлення маркерів HCV у країнах Східної Європи де географічно розміщена Україна складає 1,5-4 %. В Україні офіційна реєстрація гепатиту С розпочалася з 2003 року, однак достеменних даних щодо частоти інфікування населення вірусом гепатиту С наразі немає. У США та країнах Західної Європи дві третини випадків інфікування HCV припадає на вік від 30 до 50 років. За результатами епідеміологічних досліджень проведених в Україні на початку нинішнього століття маркери гепатиту С також частіше виявлялися у молодому віці, переважно у чоловіків, віком від 25 до 44 років.

В загальній структурі захворюваності на гепатити на Буковині, гострий гепатит С становив 22,8% у 2011 році, 25% - у 2012 році і 18% у 2013 році. Серед хронічних гепатитів ВГС займає провідну позицію. Так, у 2011 році діагноз хронічного ВГС становив 82%, у 2012 році – 84%, а у 2013 році – 78 %.

Аналіз домінуючих шляхів передавання ВГС на Буковині показав, що найбільшого значення у передачі вірусу гепатиту С має статевий шлях передачі – 38%. Питома вага інфікування при ін'єкційному введенні наркотичних речовин становила – 32%. Достатньо значимим є інфікування пацієнтів під час проведення медичних парентеральних втручань: частка цього шляху становить – 18%. Інфікування через інструменти в салонах краси (татування, манікюр) спостерігалось у 8%. Встановити можливий шлях інфікування у 4% хворих не вдалось. Аналіз вікової структури осіб, що захворіли на ВГС вказує на переважання осіб молодого та найбільш працездатного віку 16-30 років. Соціальний статус пацієнтів був різним. Так учнів та студентів було 21,6%, робітників – 16,3%, пенсіонерів – 13,9%, медичних працівників – 11,1%, не працювали офіційно – 37,1%.

Слід відмітити, що проаналізовані матеріали відносно ВГС можуть створювати оманливе враження, щодо сприятливої ситуації відносно гепатиту С, оскільки реєструвались переважно жовтяничні форми хвороби. Враховуючи легкість перебігу гострих форм ВГС, та у більшості випадків відсутність за них жовтяниці, можна зробити припущення, що справжній рівень захворюваності у 5-6 разів вищий.

Денисенко О.І.

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ОКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ХВОРИХ НА АРТРОПАТИЧНИЙ ПСОРИАЗ У ПРОЦЕСІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ІЗ ПОЄДНАНИМ ЗАСТОСУВАННЯМ ЗАСОБІВ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОЇ ТА АНТИОКСИДАНТНОЇ ДІЇ

Кафедра дерматовенерології

Буковинський державний медичний університет

Псоріаз – поширений хронічний дерматоз, на який у різних країнах світу хворіє від 2% до 5% населення, а в Україні – більше 1 млн. людей. Псоріаз – хронічний запальний імунозалежний генодерматоз