

**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



мультифакторного генезу, що характеризується підвищеною проліферативною активністю кератиноцитів. Важливу роль у патогенезі псоріазу відіграють нейроендокринні, імунні, обмінні розлади, захворювання органів травлення тощо. Окрім шкіри у 8-15% хворих на псоріаз уражаються суглоби, насамперед – дрібні суглоби кистів і ступнів. Артропатичний псоріаз може стати причиною інвалідності хворих, що визначає актуальність удосконалення методів лікування даної категорії пацієнтів.

Мета роботи – покращити результати лікування хворих на артропатичний псоріаз шляхом поєднаного застосування в їх комплексній терапії засобів із гепатопротекторною та антиоксидантною дією з урахуванням динаміки показників оксидантно-антиоксидантного гомеостазу пацієнтів.

Під спостереженням перебували 39 хворих на артропатичний псоріаз, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в КМУ “Чернівецький обласний шкірно-венерологічний диспансер”. Діагноз артропатичного псоріазу хворим виставляли на підставі клінічних, лабораторних і рентгенологічних даних, а також консультації суміжних фахівців – рентгенолога й ревматолога. Серед хворих на артропатичний псоріаз переважали особи чоловічої статі (32 особи – 82,1%), меншу частку (7 осіб – 17,9%) склали особи жіночої статі. Більше половини (23 особи – 59,0%) пацієнтів проживають у сільській місцевості Чернівецької області, решта (16 осіб – 41,0%) – в умовах міста. Артропатичний псоріаз частіше реєстрували в осіб старшого дієздатного віку (41-60 років), які склали 56,4%, а також середнього працездатного віку (31-40 років) – 25,6%, рідше артропатичний псоріаз діагностували серед осіб молодого працездатного віку (21-30 років) – 10,3% та осіб пенсійного віку (старших 61 року), які склали 7,7%. За даними анамнезу, третина (14 осіб – 35,9%) хворих на артропатичний псоріаз у минулому отримували лікування з приводу захворювань шлунково-кишкового тракту (гастродуоденіт, холецистит, панкреатит, коліт тощо).

У хворих на артропатичний псоріаз визначали показники оксидантної системи крові: вміст малонового альдегіду (МА) в еритроцитах і молекул середньої маси (МСМ) – у сироватці крові, а також чинники антиоксидантного захисту: вміст відновленого глутатіону (ВГ) і каталази (КА) в гемолізаті крові та вміст церулоплазміну (ЦП) у сироватці крові за відомими методиками. Групу контролю склали 18 практично здорових осіб (донорів) подібного віку.

Перед початком лікування у хворих на артропатичний псоріаз встановлено вірогідне порівняно з показниками осіб контрольної групи збільшення в еритроцитах рівня МА та в сироватці крові – МСМ (відповідно: на 48,3% та 11,3%;  $p < 0,001$ ), що є свідченням активації процесів вільнорадикального окиснення ліпідів із проявами ендогенної інтоксикації. Водночас у цих пацієнтів виявлено зменшення у сироватці крові рівня ЦП, а в гемолізаті крові – ВГ (відповідно: на 26,4% та в 2,1 раз,  $p < 0,001$ ), що вказує на зниження активності антиоксидантних чинників та обґрунтовує доцільність призначення в комплексній терапії хворих на артропатичний псоріаз засобів антиоксидантної дії.

У процесі лікування 20 хворим на артропатичний псоріаз (порівняльна група) призначали базове лікування дерматозу згідно Наказу МОЗ України №312. У комплексній терапії інших 19 хворих (основна група) на тлі базової терапії призначали тіотриазолін (2,5% розчин по 2 мл внутрішньом'язово через день №10) та антраль (по 1 табл. 0,2 г тричі на добу 2-3 тижні) – лікарські засоби гепатопротекторної групи, які також інгібують процеси перекисного окиснення ліпідів та підвищують активність факторів антиоксидантного захисту організму. Цим же хворим призначали аевіт – комплекс вітамінів А і Е (по 1 капс. на добу 3-4 тижні) та аскоцин – лікарський засіб із вмістом аскорбінової кислоти й цинку (по 1 табл. на добу 20 днів), які виявляють антиоксидантну дію, регулюють репаративні процеси в організмі.

Аналіз результатів лікування засвідчив, що поєднане застосування у комплексній терапії артропатичного псоріазу гепатопротекторних та антиоксидантних засобів сприяє прискоренню регресу еритематозних та інфільтративних проявів у ділянці висипки на шкірі з вірогідним зменшенням (на 73,6%) порівняно з початковим значенням індексу ураження шкіри і тяжкості псоріатичного процесу PASI, в той час як у пацієнтів, які отримали лише засоби базової терапії, індекс PASI зменшився лише на 57,3%.

Визначення показників про- й антиоксидантної систем крові у хворих на артропатичний псоріаз, які отримали засоби базової терапії, виявило лише вірогідне зростання вмісту в сироватці крові церулоплазміну (на 12,8%,  $p < 0,05$ ) за тенденції до зниження ВГ (на 16,9%,  $p < 0,05$ ). Водночас у хворих основної групи, яким у комплексній терапії призначали антиоксидантні засоби та гепатопротекторні препарати із антиоксидантною дією, встановлено вірогідне зменшення в еритроцитах рівня МА (на 14,1%,  $p < 0,05$ ) і в сироватці крові – вмісту МСМ (на 6,3%,  $p < 0,05$ ), а також зростання рівня ЦП в сироватці крові (та 26,8%,  $p < 0,01$ ) та підвищення вмісту ВГ в еритроцитах (на 31,5%,  $p < 0,01$ ) з наближенням до аналогічних показників осіб контрольної групи.

Таким чином, поєднане застосування у комплексній терапії артропатичного псоріазу лікарських засобів із гепатопротекторною й антиоксидантною дією – антралю, тіотриазоліну, аевіту й аскоцину покращує клінічні результати лікування дерматозу, а також сприяє нормалізації показників оксидантно-антиоксидантного гомеостазу пацієнтів.

Денисенко О.І., Писаренко Н.Ю., Суховерська О.Б.

#### ЗАСТОСУВАННЯ ЕМОЛІЄНТІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОЇ ЕКЗЕМИ

Кафедра дерматовенерології

Буковинський державний медичний університет

Екзема – це хронічне рецидивуюче алергічне захворювання шкіри, яке виникає на тлі полівалентної сенсibilізації і проявляється запальними процесами у поверхневих шарах шкіри з виникненням поширеної



симетричної поліморфної висипки з інтенсивним свербіжем. Екзема виникає гостро, однак згодом набуває рис хронічного дерматозу зі схильністю до рецидивів. Згідно сучасних досліджень, екзема – це поліетіологічний дерматоз, який розвивається внаслідок складного комплексу екзо- та ендогенних чинників. Дебют та рецидиви екземи найчастіше виникають після контакту з хімічними чинниками (миючі, дезінфікуючі й паливно-мастильні речовини, косметичні та зовнішні лікарські засоби тощо), проникненню яких в шкіру сприяє ксероз – сухість шкіри, яка притаманна хворим на хронічну екзему. У зв'язку з цим застосування ефективних зволожуючих засобів (емолієнтів), які покращують бар'єрні функції шкіри, є важливою задачею сучасної дерматології в плані попередження розвитку та загострень хронічної екземи.

Мета роботи – покращити результати лікування хворих на хронічну екзему шляхом застосування сучасного зволожуючого засобу – емолієнта.

Під спостереженням перебували 34 хворих на хронічну екзему віком від 27 до 76 років, з них 19 осіб жіночої та 15 – чоловічої статі. У 23 осіб (67,6%) діагностовано хронічну форму істинної екземи, у решти 11 (32,4%) – мікробні форми екземи (варикозна та нумулярна екзема) з тривалістю дерматозу 2-15 років. У більшості 28 (82,4%) хворих патологічний процес локалізувався на шкірі кінцівок з переважним ураженням кистів і ступнів. Клінічно у всіх хворих відзначали прояви гіперемії, інфільтрації, лущення та болючі тріщини, що істотно знижувало працездатність пацієнтів.

У процесі лікування хворі на екзему були розподілені на 2 групи: 18 пацієнтів (порівняльна група) отримали базове лікування дерматозу згідно Наказу МОЗ України №312, іншим 16 хворим (основна група) на тлі базової терапії призначали топічний зволожуючий засіб “Локобейз РІПЕА”, до складу якого входять: вазелін і рідкий парафін, які завдяки оклюзивним властивостям утворюють на поверхні шкіри водонепроникну плівку і зменшують трансепідермальну втрату води; гліцерин, який є гідратантом, що утримує воду в роговому шарі епідермісу, забезпечуючи зволожуючу дію; ліпіди, ідентичні ліпідам шкіри – холестерин, церамід III, олеїнова і пальмітинова кислоти, які поповнюють недостатній вміст ліпідів у шкірі та сприяють відновленню й попередженню подальшого пошкодження бар'єрної функції шкіри, забезпечуючи тривалу (до 24 год.) дію; наночастинки твердого парафіну, які сприяють переносу ліпідів у глибокі шари епідермісу; трометамін, який підтримує слабкокислий рН шкіри, оптимальний для забезпечення антибактеріальної дії шкіри. Слід зазначити, що відповідно до даних сучасних досліджень, які доводять, що для оптимального відновлення епідермального бар'єру повинно бути дотримано фізіологічне співвідношення (у рівних частинах) церамідів, холестерину та жирних кислот, у вмісті Локобейз РІПЕА церамід III, холестерин та жирні кислоти (олеїнова і пальмітинова) знаходяться у рівних співвідношеннях, що забезпечує швидке відновлення ліпідного епідермального бар'єру при нанесенні даного емолієнта на уражену шкіру з проявами ксерозу. Хворим на екзему основної групи у період загострення дерматозу емолієнт комбінували із топічними глюкокортикостероїдами, які наносили на вогнища ураження шкіри зранку, а Локобейз РІПЕА – у другій половині дня впродовж 20-25 днів, після чого рекомендували застосовувати емолієнт і в період ремісії дерматозу за наявності проявів ксерозу.

Ефективність лікування пацієнтів оцінювали за динамікою суб'єктивних та об'єктивних даних перебігу екземи, строками лікування та тривалістю стану клінічної ремісії дерматозу. Водночас у процесі динамічного спостереження слідували за переносимістю пацієнтами застосовуваного їм лікування. Як засвідчили результати клінічних досліджень, у хворих на екзему внаслідок включення у комплексне лікування сучасного топічного зволожуючого засобу “Локобейз РІПЕА” уже на 3-4-й день у вогнищах ураження зменшилися прояви лущення, відчуття свербіжу, а на 5-6-й день відзначено епітелізацію ерозій та тріщин у вогнищах ураження шкіри. В цілому терміни лікування хворих основної групи були на 4-5 днів коротшими порівняно із пацієнтами порівняльної групи, яким застосовували лише базове лікування дерматозу. Водночас у хворих основної групи констатовано подовження тривалості стану клінічної ремісії дерматозу в середньому на 4-6 місяців порівняно осіб групи порівняння, які у період ремісії не застосовували зволожуючі засоби. Слід відзначити хорошу переносимість емолієнту “Локобейз РІПЕА”, до складу якого не входять ароматизатори, консерванти і барвники, що є потужними сенсibilізаторами. Упродовж курсу використання Локобейз РІПЕА будь-яких ускладнень чи побічних реакцій у пацієнтів основної групи помічено не було.

Таким чином, застосування у комплексній терапії хронічної екземи із проявами ксерозу сучасного топічного зволожуючого засобу “Локобейз РІПЕА” сприяє підвищенню ефективності лікування таких пацієнтів – скорочує терміни їх лікування та подовжує тривалість стану клінічної ремісії дерматозу. Даний емолієнт не містить ароматизаторів, консервантів і барвників (сенсibilізаторів), що дозволяє широке застосування Локобейз РІПЕА хворим на алергічні дерматози, у т.ч. на хронічну екзему.

Єременчук І.В.

#### КОРЕЛЯЦІЙНИЙ АНАЛІЗ ІНТЕГРАЛЬНИХ ІНДЕКСІВ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ ІЗ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНІСТЮ

Кафедра фтизіатрії та пульмонології

Буковинський державний медичний університет

Туберкульоз відноситься до захворювань, які супроводжуються ендогенною інтоксикацією, тобто накопиченням в організмі кінцевих та проміжних продуктів метаболізму при порушеному обміні внаслідок запальної реакції.

Метою роботи була оцінка показників ендогенної інтоксикації у хворих на мультирезистентний туберкульоз легень.



Аналіз інтегральних індексів ендогенної інтоксикації (ІЕІ), показав, що у пацієнтів із МРТБ (гр.2) спостерігається вірогідне зниження рівня лейкоцитарного індексу інтоксикації за В.К. Островським (ЛІО) відносно показника у пацієнтів із ВДТБ (гр.1) в 1,4 рази ( $p < 0,001$ ) та встановлена недостовірна різниця показників гр.2 із ПЗО ( $p_1 > 0,1$ ). Показник індексу Кребса (ІК) у гр.2, вірогідно знизився у 1,5 рази відносно гр.1 ( $p < 0,001$ ), однак констатовано приріст даного показника у гр.2 відносно ПЗО у 1,3 рази ( $p_1 < 0,001$ ). Встановлено, що показник ядерного індексу ендотоксикозу (ЯІЕ) у гр.2 вірогідно зріс у 6 разів відносно ПЗО ( $p_1 < 0,001$ ), та відмічається зниження даного показника у 1,3 рази відносно гр.1 ( $p < 0,001$ ). Доведено, що показник співвідношення Л/ШОЕ у гр.2 зріс у 1,8 рази відносно відповідного показника у гр.1 ( $p < 0,001$ ) та у 2,1 рази відносно ПЗО ( $p_1 < 0,001$ ).

Оцінка значень ЯІЕ у хворих на МРТБ, ймовірно, вказує на стан пацієнтів із середнім ступенем тяжкості інтоксикаційного синдрому. Вірогідне зниження показників ЛІО та ІК у хворих із мультирезистентністю, однак, на рівні помірно вираженої ендогенної інтоксикації, не є прогностично сприятливою ознакою, оскільки свідчить на користь виснаження клітинної ланки імунної реактивності за рахунок формування умов до розвитку резистентності МБТ та зниження опірності організму. Відповідно, підвищений показник співвідношення Л/ШОЕ при МРТБ свідчить на користь розвитку синдрому системної ендогенної інтоксикації та наявності у даних пацієнтів глибокого вторинного імунодефіцитного стану.

Проведений нами кореляційний аналіз у хворих на ВДТБ, вказує на майже відсутню залежність між досліджуваними параметрами. Однак, у пацієнтів із МРТБ встановлена наявність тісного зворотного (негативного) зв'язку між показниками ІК та загальної кількості лімфоцитів крові ( $CD_{4+}$ ) ( $r_{xy} = -0,816$ ). Доведена наявність середньої сили позитивного зв'язку між ЯІЕ і показником паличкоядерних нейтрофілів крові ( $r_{xy} = 0,79$ ). Також, середньої сили зв'язок встановлений між показником співвідношення Л/ШОЕ і показником швидкості осідання еритроцитів ( $r_{xy} = 0,742$ ).

Отже, отримані кореляційні зв'язки між ІЕІ та показниками периферичної крові у хворих на МРТБ підтверджують наявність тісної залежності між оцінюваними параметрами на відміну від пацієнтів із чутливим ТБ.

**Карвацька Ю.П.**

#### **ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ КЛІТИННОЇ ЛАНКИ СИСТЕМНОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ВУЛЬГАРНІ ВУГРИ У ПРОЦЕСІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ**

*Кафедра дерматовенерології  
Буковинський державний медичний університет*

Вульгарні вугри (*Acne vulgaris*) є поширеним хронічним дерматозом, на який страждає понад 80-90% осіб молодого дієздатного віку, а поодинокі акне виявляють майже у 100% підлітків. Локалізація висипу на відкритих ділянках шкіри, хронічний рецидивуючий перебіг дерматозу з формуванням постакне сприяє розвитку депресивних станів у таких пацієнтів, що визначає важливість удосконалення терапії даного дерматозу. Згідно сучасних досліджень, вульгарні вугри – поліфакторне хронічне захворювання. У розвитку запального процесу в шкірі при вульгарних вуграх окрім генетичної схильності, істотне значення мають зміни ендокринної регуляції, обмінних процесів, порушення системного імунітету, особливо його клітинної ланки. У той же час, важливу роль у патогенезі хронічних дерматозів відводять змінам біоценозу кишківника, які спричиняють обмінні порушення, процеси аутоінтоксикації, розвиток вторинного імунодефіцитного стану. Виявлена взаємозалежність між ступенем порушень кишкового біоценозу та характером змін показників системного імунітету у хворих на вульгарні вугри визначає актуальність застосування імунокоригуючого засобу та пробіотику з метою удосконалення лікування даного дерматозу.

Мета дослідження – вивчити динаміку показників клітинної ланки системного імунітету у хворих на вульгарні вугри у процесі комплексного лікування із застосуванням пробіотику та імунокоригуючого засобу.

Під спостереженням перебували 59 хворих на вульгарні вугри, з них 27 пацієнтів чоловічої та 32 – жіночої статі віком від 18 до 29 років. У більшості (у 33 осіб – 55,9%) обстежених хворих діагностовано середній ступінь тяжкості акне, у 14 (23,7%) – легкий перебіг та у 12 (20,3%) осіб – тяжка форма вугрової хвороби з тривалістю дерматозу від 6 місяців до 11 років. Для оцінки стану клітинної ланки системного імунітету у хворих на вульгарні вугри визначали кількість Т-лімфоцитів за допомогою реакції спонтанного розеткоутворення (Е-РУК) і активних Т-лімфоцитів (А-Е-РУК); кількість Т-хелперної (Т-х) і Т-супресорної (Т-с) субпопуляцій Т-лімфоцитів з використанням теофілінового тесту; імунорегуляторний індекс (ІРІ) – співвідношення Тх/Тс; кількість В-лімфоцитів за реакцією комплементарного розеткоутворення (ЕАС-РУК) згідно відомих методик. Групу контролю склали 22 практично здорові особи (донори) такого ж віку. Статистичну обробку результатів досліджень проводили методами статистичного аналізу з використанням комп'ютерних програм (Excel, Statistica 6.0).

У хворих на вульгарні вугри на початку лікування встановлені зміни кількісного складу клітинної ланки імунітету, причому переважно Т-популяції лімфоцитів. Так, у хворих на вульгарні вугри виявлено вірогідне порівняно з аналогічними показниками осіб контрольної групи зменшення відносної кількості загального пулу Т-лімфоцитів (на 17,0%;  $p < 0,001$ ) та Т-лімфоцитів активних (на 17,4%;  $p < 0,01$ ). У хворих на вульгарні вугри також встановлено зміну клітинного складу субпопуляцій Т-лімфоцитів – вірогідне зменшення



(на 20,68%;  $p < 0,001$ ) кількості Т-хелперних лімфоцитів за тенденції до зниження (на 13,04%;  $p > 0,05$ ) кількості Т-супресорних лімфоцитів, однак без істотної зміни імунорегуляторного індексу. У обстежених хворих на вульгарні вугри також встановлено тенденцію до зменшення (на 9,48%;  $p > 0,05$ ) кількості В-лімфоцитів відносно осіб контрольної групи. Водночас у більшості (у 56 – 94,9%) обстежених пацієнтів виявлено зміни з боку показників кишкової флори з проявами дизбіозу порожнини товстої кишки І-ІV ступеня.

У процесі лікування хворі на акне були розподілені на 3 групи: пацієнти І групи (20 осіб) отримали базове лікування акне, хворим ІІ-ї групи (19 осіб) додатково призначали пробіотик “Лациум”, пацієнтам ІІІ-ї групи (20 осіб) на тлі базової терапії призначали пробіотик “Лациум” та імунокоригуючий засіб “Лікопід”, який виявляє стимулюючий ефект на клітинну ланку імунітету.

Аналіз імунологічних показників у хворих на акне до та після лікування виявив у пацієнтів І групи тенденцію до зменшення майже усіх досліджуваних показників клітинної ланки зі збереженням вірогідної різниці з аналогічними показниками осіб контрольної групи, у тому числі зменшення: Е-РУК – на 21,4% ( $p < 0,001$ ), А-Е-РУК – на 23,8% ( $p < 0,001$ ), Т-х – на 30,3% ( $p < 0,001$ ) та ЕАС-РУК – на 18,9% ( $p < 0,001$ ), що є виявом виснаження Т- і В-клітинної ланок системного імунітету у даної групи пацієнтів. У хворих на вульгарні акне ІІ групи після лікування встановлено тенденцію до збільшення загальних Т-лімфоцитів, Т-лімфоцитів активних і Т-х (відповідно на: 3,04%, 12,1% і 5,87%,  $p > 0,05$ ), однак за наявності вірогідної їх різниці з аналогічними показниками після лікування у хворих І групи (збільшення відповідно: на 11,0% і 17,72%,  $p < 0,05$  та на 21,49%,  $p < 0,01$ ). Водночас у пацієнтів ІІІ (основної) групи наприкінці комплексної терапії встановлено вірогідне зростання: рівня загальних Т-лімфоцитів як порівняно з його значенням до лікування (на 16,0%,  $p < 0,001$ ), так і його показником після лікування у хворих І та ІІ груп (відповідно: на 27,3%,  $p < 0,001$  та 12,3%,  $p < 0,01$ ); кількості активних Т-лімфоцитів (А-Е-РУК) – на 16,07% ( $p < 0,05$ ) за вірогідної різниці (на 33,7%  $p < 0,001$ ) з його значенням після лікування у хворих І групи; Т-х та Т-с субпопуляцій Т-лімфоцитів (відповідно: на 22,7%,  $p < 0,001$  і 15,3%,  $p < 0,01$ ) за вірогідного збільшення відносно показників після лікування у хворих І і ІІ груп лише Т-хелперної субпопуляції (відповідно: на 44,5%,  $p < 0,001$  і 18,9%,  $p < 0,01$ ), а також збільшення кількості В-лімфоцитів як порівняно з його значенням до лікування (на 18,9%,  $p < 0,001$ ), так і його показником після лікування у хворих І та ІІ груп (відповідно: на 31,0%,  $p < 0,001$  і 8,01%,  $p < 0,05$ ) із наближенням до аналогічних показників осіб контрольної групи.

Застосування хворим на вульгарні вугри пробіотику “Лациум” та імунокоригуючого засобу “Лікопід” сприяє нормалізації чи тенденції до нормалізації показників клітинної ланки системного імунітету, що обґрунтовує доцільність їх застосування у комплексній терапії даного дерматозу.

#### **Москалюк В.Д., Соколенко М.О., Голяр О.І., Возна Х.І., Кривецька С.С. ГЕРПЕТИЧНА ІНФЕКЦІЯ У СТРУКТУРІ ВІЛ-АСОЦІЙОВАНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

*Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології  
Буковинський державний медичний університет*

Так як, Україна є однією із найбільш уражених ВІЛ країн Східної Європи, де епідемія розвивається за небезпечним сценарієм – переходом з вузьких уразливих груп до загальної популяції, причому у деяких регіонах спостерігаються ознаки переходу в найнебезпечнішу генералізовану стадію епідемії, актуальність ВІЛ-асоційованих захворювань зростає з кожним роком.

Загальновідомо, герпесвіруси повсюдно поширені в людській популяції, вони здатні уражати практично усі органи і системи організму хазяїна, спричиняючи латентну, гостру і хронічну форми інфекції. Особливу цитопатогенну дію вони проявляють на тлі імунодефіцитних станів.

Особлива актуальність проблеми герпесвірусних інфекцій пов'язана з появою хворих на ВІЛ/СНІД. Встановлено, що віруси герпесу можуть активувати ВІЛ, що перебуває у стадії провірусу, і є кофактором прогресування ВІЛ-інфекції і СНІДу. У зв'язку з цим герпетична інфекція є одним з важливих ВІЛ-асоційованих захворювань.

Активізація герпесвірусної інфекції у ВІЛ-інфікованих хворих, крім загального посилення реплікації ВІЛ, відбувається з підвищенням виділенням віріонів ВІЛ в місцях герпетичних шкірних висипань, які не завжди мають характерний для герпесу вигляд. Найбільш важливо те, що при цьому можуть утворюватися частки змішаного фенотипу – віріони ВІЛ, «одягнені» в оболонку герпесу. Такі закамфльовані частки, на відміну від звичайних віріонів ВІЛ, здатні інфікувати різні типи клітин, включаючи епітеліоцити і фібробласти. При цьому спричиняється продуктивна ВІЛ-інфекція, тобто уможливується зараження ВІЛом через контакти з шкірою і слизовими оболонками.

При герпесі розвиваються імунодефіцитні стани, обумовлені недостатністю різних ланок імунної системи та її нездатністю елімінувати вірус з організму. Віруснейтралізуючі антитіла, що зберігаються протягом усього життя, іноді в досить високих титрах, хоча і перешкоджають розповсюдженню, але не запобігають виникненню рецидивів.

Спектр клінічних проявів герпесвірусних інфекцій відрізняється значною різноманітністю. Він залежить від локалізації патологічного процесу і його поширеності, стану імунної системи хворого і антигенного типу вірусу. Тяжкий перебіг захворювання відзначається після первинного інфікування, коли ще немає специфічних антитіл до вірусу герпесу, у дітей раннього віку з незрілою імунною системою, при імунодефіцитних станах різного генезу, у тому числі при СНІДі. Так, клінічні прояви інфекції, що перебігала раніше латентно, можуть бути яскравими на тлі імунодефіцитних станів, з тенденцією до генералізації і