

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



## **МАТЕРІАЛИ**

**105-ї підсумкової науково-практичної конференції  
з міжнародною участю  
професорсько-викладацького персоналу  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ  
присвяченої 80-річчю БДМУ  
05, 07, 12 лютого 2024 року**

Конференція внесена до Реєстру заходів безперервного професійного розвитку,  
які проводитимуться у 2024 році № 3700679

**Чернівці – 2024**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали підсумкової 105-ї науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету, присвяченої 80-річчю БДМУ (м. Чернівці, 05, 07, 12 лютого 2024 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2024. – 477 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 105-ї підсумкової науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету, присвяченої 80-річчю БДМУ (м. Чернівці, 05, 07, 12 лютого 2024 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Геруш І.В., професорка Грицюк М.І., професор Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

професор Братенко М.К.

професор Булик Р.Є.

професор Гринчук Ф.В.

професор Давиденко І.С.

професор Дейнека С.Є.

професорка Денисенко О.І.

професор Заморський І.І.

професорка Колоскова О.К.

професор Коновчук В.М.

професор Пенішкевич Я.І.

професорка Хухліна О.С.

професор Слободян О.М.

професорка Ткачук С.С.

професорка Годоріко Л.Д.

професор Юзько О.М.

професорка Годованець О.І.

ISBN 978-617-519-077-7

© Буковинський державний медичний  
університет, 2024

то відбувається надмірна стимуляція їх активності цитокінами, що виділяються інфікованими макрофагами. В результаті спостерігається значне збільшення концентрації прозапальних цитокінів Т-хелперів-1, таких як IFN- $\gamma$ , IL-2 та IL-12. Наступний ланцюг – посилення синтезу макрофагами прозапальних IL-6 і TNF- $\alpha$ , що призводить до появи нових або прогресування наявних патоморфологічних і клінічних проявів туберкульозної інфекції. Таким чином, Т-хелпери відіграють ключову роль у патогенезі СВІС. Проте, ймовірно, існують додаткові фактори, які впливають на формування надмірної запальної відповіді на туберкульозну інфекцію. На таку думку нашої думки той факт, що у деяких хворих СВІС розвивається раніше значного збільшення кількості Т-лімфоцитів у периферичній крові. Вважається, що такі ситуації пов'язані з місцевою клітинно-опосередкованою імунною відповіддю за участю CD4<sup>+</sup>-лімфоцитів.

**Висновки.** В основі імунопатогенезу запального синдрому відновлення імунної системи лежить різке збільшення кількості Т-хелперів на фоні опортуністичної інфекції в організмі з подальшою надмірною активацією макрофагів і синтезом великої кількості прозапальних цитокінів з відповідними патоморфологічними ознаками.

Рудан І.В.

## ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ СХЕМ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С НА ФОНІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ТА БЕЗ НЕЇ

*Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології*

*Буковинський державний медичний університет*

**Вступ.** ВІЛ-інфекція і хронічний гепатит С у наш час залишаються актуальними проблемами охорони здоров'я через високий рівень захворюваності, спільні шляхи передачі збудників, поліморфізм клінічних проявів, високий ризик розвитку несприятливих наслідків і значні економічні збитки, зумовлені переважанням серед інфікованих людей працездатного віку

**Мета дослідження.** Порівняння ефективності потрійної та безінтерференової схем терапії хворих на хронічний гепатит С (ХГС) при супутній ВІЛ-інфекції та без неї, а також зіставлення отриманих результатів з рядом міжнародних досліджень.

**Матеріали і методи дослідження.** Обстежено 71 хворого на ХГС, а також 77 – з поєднаною ВІЛ-інфекцією/ХГС. 37 хворих на ХГС і 22 – на ВІЛ-інфекцію у поєднанні з ХГС отримували дві схеми терапії: потрійну інтерферонвмісну (софосбувір 400 мг 1 раз на добу внутрішньо + пегільований інтерферон альфа-2а в дозі 180 мкг підшкірно 1 раз на тиждень + рибавірин у дозуванні залежно від ваги: 1000 або 1200 мг/добу в осіб <75 кг чи  $\geq$ 75 кг відповідно), або пангенотипну комбінацію противірусних препаратів прямої дії – софосбувір 400 мг і велпатасвір 100 мг 1 раз на добу внутрішньо. Тривалість терапії за обома схемами становила 12 тиж.

**Результати дослідження.** Пацієнти в порівнюваних групах за основними параметрами не відрізнялися, за винятком осіб з ХГС без ВІЛ-інфекції, які були достовірно старші за віком ( $p < 0,05$ ). За відсутності ВІЛ-інфекції через 4 тиж інтерферонвмісної терапії хворих, інфікованих не 3-м генотипом HCV, встановили зниження активності АЛАТ і АсАТ у 81,3 % з них, а вірусологічну відповідь досягли у 75,0 % осіб. Після закінчення 12-тижневого курсу потрійна терапія продемонструвала біохімічну відповідь у 93,8 %, а вірусологічну – у 81,3 % хворих, інфікованих не 3-м генотипом HCV і у 2 з 3 людей, в яких був виявлений 3а генотип вірусу. Стійка ж вірусологічна відповідь була досягнута у 75,0 і 66,7 % хворих з аналізованими генотипами HCV. Сучасна схема використання противірусних препаратів прямої дії (ПППД – софосбувір у поєднанні з велпатасвіром) забезпечувала кращі результати – в усіх пацієнтів, незалежно від генотипу збудника, отримали біохімічну та стійку вірусологічну відповідь. Суттєвих змін у клінічному перебігу ВІЛ-інфекції у ВІЛ/HCV-коінфікованих під час лікування ХГС не було.

**Висновки.** У разі комбінації ВІЛ-інфекції з ХГС ефективність апробованих схем була подібною з хворими на HCV-моноінфекцію: стійка вірусологічна відповідь (СВВ) при

застосуванні потрібної інтерферонвмісної терапії досягнута у 66,7 % хворих, незалежно від генотипу HCV, та в усіх ВІЛ-інфікованих, які отримували апробовану комбінацію ПППД. При цьому безінтерферонна схема привабливіша не тільки з огляду на дещо вищу ефективність, але й у зв'язку з відсутністю майже постійних небажаних явищ при потрібній терапії. Порівняльний аналіз результатів цього дослідження з результатами терапії ХГС в міжнародних протоколах показав, що частота СВВ у наших пацієнтів зівставна з аналогічними дослідженнями PROTON Study, FISSION Study, ASTRAL-1, ASTRAL-3, ASTRAL-5 щодо терапії ХГС, а також ВІЛ/HCV-коінфекції. Лікування ХГС у ВІЛ-інфікованих пацієнтів варто розпочинати якомога раніше, після встановлення діагнозу хронічного гепатиту, доки немає глибокого фіброзу й клінічних ознак цирозу печінки і хворі не потребують призначення антиретровірусної терапії. У такому разі вірогідність досягнення СВВ при ВІЛ/HCV-коінфекції наближається до результатів терапії хворих тільки на ХГС.

**Сливка В.І.**

## **ПОБІЧНІ РЕАКЦІЇ НА АНТИМІКОБАКТЕРІАЛЬНІ ПРЕПАРАТИ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ У ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ**

*Кафедра фтизіатрії та пульмонології*

*Буковинський державний медичний університет*

**Вступ.** Тривале застосування протитуберкульозних препаратів підвищує ризик виникнення побічних реакцій (ПР), що є однією з основних причин недостатньої ефективності лікування вперше діагностованого туберкульозу (ВДТБ). Виникаючи у процесі комбінованої хіміотерапії, ПР суттєво обмежують можливості цілеспрямованого впливу лікарських засобів і знижують ефективність лікування хворих на туберкульоз (ТБ) за головними показниками – строками припинення бактеріовиділення та частотою повного видужання.

**Мета дослідження.** Проаналізувати частоту виникнення ПР препаратів першого ряду у хворих на ВДТБ в Чернівецькій області.

**Матеріал та методи дослідження.** Проведено статистичний аналіз частоти виникнення ПР до препаратів першого ряду у хворих на ВДТБ за останні три роки на підставі обробки матеріалів подання формуляру на побічну реакцію (форма № 137), що ґрунтуються на клінічних індикаторах.

**Результати дослідження.** Протягом останнього часу ПР визнані джерелом невирішених проблем практичної і суспільної охорони здоров'я, додають значний негативний внесок у захворюваність і смертність від ТБ тому, що є основною причиною формування перерви у лікуванні. Така ситуація сприяє зростанню поширеності лікарсько-стійкого ТБ, що у свою чергу призводить до фінансово-економічних збитків та зниження показників ефективності лікування ВДТБ. Частота розвитку ПР, обумовлених дією лікарського засобу, коливається в досить широких межах. За даними ВООЗ, ПР виникають у 0,4–20 % госпіталізованих хворих та у 2,5–28 % амбулаторних хворих. В Україні критерії оцінки частоти розвитку ПР лікарського засобу: понад 10 % – дуже часті; 1–10 % – часті; 0,1–1 % – нечасті; 0,01–0,1 % – поодинокі; менше 0,01 % – рідкісні. Було проведено статистичний аналіз виникнення побічних ефектів препаратів першого ряду у хворих на ТБ в Чернівецькій області в період з 2021-2022 рр., та 9 міс. 2023р.

За 2021 р. у 101 хворого на ВДТБ, які лікувались в стаціонарі, ПР до препаратів першого ряду було виявлено у 28 хворих, що склало 28 %. У 2022 р. із 118 пролікованих пацієнтів ПР зареєстровано у 19 хворих, що склало 16%. За 9 міс. 2023 із 81 хворих ПР були у 32, що склало 37 %. Зростання ПР до препаратів першого ряду у хворих на ТБ в Чернівецькій області пов'язане з удосконаленням методів виявлення та діагностики ТБ та проведення лікарями-фтизіатрами постійного моніторингу щодо виникнення ПР, та за його результатами зважування «користь» та «потенційну шкоду» від хіміотерапії. У разі, якщо «потенційна шкода» переважає «користь» (тобто, коли розвиваються серйозні ПР – ступінь вираженості 3–5), потрібно негайно ставити питання, наскільки даний режим хіміотерапії