

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



МАТЕРІАЛИ

**106-ї підсумкової науково-практичної конференції
з міжнародною участю
професорсько-викладацького колективу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
03, 05, 10 лютого 2025 року**

Конференція внесена до Реєстру заходів безперервного професійного розвитку,
які проводитимуться у 2025 році №1005249

Чернівці – 2025

УДК 61(063)
М 34

Матеріали підсумкової 106-ї науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького колективу Буковинського державного медичного університету (м. Чернівці, 03, 05, 10 лютого 2025 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2025. – 450 с. іл.

У збірнику представлені матеріали 106-ї науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького колективу Буковинського державного медичного університету (м. Чернівці, 03, 05, 10 лютого 2025 р.) зі стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Геруш І.В., професорка Годованець О.І., професор Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

професор Батіг В.М.
професор Білоокій В.В.
професор Булик Р.Є.
професор Давиденко І.С.
професор Дейнека С.Є.
професорка Денисенко О.І.
професор Заморський І.І.
професорка Колоскова О.К.
професорка Кравченко О.В.
професорка Пашковська Н.В.
професорка Ткачук С.С.
професорка Тодоріко Л.Д.
професорка Хухліна О.С.
професор Черноус В.О.

ISBN 978-617-519-135-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2025

час ушпиталення були негативно пов'язані з ГУН. Пацієнти з ГУН були старшими, переважали чоловіки та мали тяжче захворювання, порівняно з пацієнтами без ГУН. Тим часом пацієнти з ГУН час- тіше мали супутнє захворювання (47,5 проти 21,5%, $P<0,001$).

Висновки. Пацієнтам із хронічною хворобою нирок слід рекомендувати вживати додаткових запобіжних заходів, щоб мінімізувати ризик зараження вірусом. Наявність хронічної хвороби нирок слід розглядати, як важливий фактор у майбутніх моделях стратифікації ризику для COVID-19. Групу ризику становлять пацієнти, які мали внутрішнє ураження нирок до моменту госпіталізації, проте більшість пацієнтів з COVID-19 становлять особи без захворювання нирок в анамнезі. Частота ураження нирок серед пацієнтів з COVID-19 може коливатися від 1 до 13 %, а розвиток гострого ураження нирок є предиктором ризику, пов'язаний із високою госпітальною смертністю. У пацієнтів, які були госпіталізовані із підвищеним рівнем креатиніну в сироватці крові, тривалий час зберігається збільшення кількості лейкоцитів та нижчий рівень лімфоцитів і тромбоцитів.

Баланюк І.В.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ХВОРОБИ СТІЛЛА У ПРАКТИЦІ: ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ТЕРАПІЇ

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Хвороба Стілла – це генералізована форма ювенільного ідіопатичного артриту, яка перебігає з гарячкою, висипом, лімфаденопатією, спленомегалією, а також серозитом і запаленням багатьох органів.

Сьогоднішні реалії перебігу гарячкових станів становить значні труднощі у клініці інфекційних хвороб і вимагає від лікарів багато знань, щоб встановити правильний діагноз, виключаючи хвороби як інфекційного, так і неінфекційного генезу.

Точна причина цієї недуги недостатньо вивчена, але вважається, що це складна взаємодія генетичних факторів і факторів навколишнього середовища.

Частота захворювання становить 1:100 000 осіб.

Мета дослідження. Ознайомити на прикладі клінічного випадку фахівців – практиків з особливостями клінічного перебігу хвороби Стілла.

Матеріал і методи дослідження. Наведено витяг з історії хвороби пацієнтки, госпіталізованої в інфекційне відділення ОКНП «Чернівецька обласна клінічна лікарня»,

Результати дослідження. Хвора М., 42 роки, госпіталізована в інфекційне відділення ОКНП «Чернівецька обласна клінічна лікарня» 21.08.2023 р. з попереднім діагнозом: «Аденовірусна інфекція»? З анамнезу захворювання відомо, що пацієнтка захворіла 26 липня 2023 р., коли відзначила підвищення температури тіла до 39 °С, пізніше приєдналися біль у горлі та висипка на руках і в ділянці «декольте». Хворій було призначено комплекс традиційних загальноклінічних, біохімічних обстежень, коагулограму, дослідження рівня С-реактивного білка, рентгенографію ОГП, УЗД-ОЧП, ЕКГ, МРТ головного мозку. Патологічних змін не було виявлено згідно лабораторних та інструментальних методів обстеження. Хвора отримувала наступне лікування: розчин Рінгера, реосорбілакт, цефепім, лаксерс, лінезолід, L-цет, магнекор, клексан, езорма, нурофен, тівортін. Враховуючи відсутність позитивної динаміки хвороби, для уточнення діагнозу було вирішено залучити суміжних спеціалістів. Імунолог запідозрив хворобу Стілла у дорослих і синдром активації макрофагів. Був визначений рівень феритину крові. Отриманий результат – $>1\,500$ мкг/л (норма 13-120 мкг/л). Враховуючи затяжний перебіг хвороби та відсутність ефекту від призначеної терапії, дані лабораторних та інструментальних досліджень, пацієнтку було скеровано на консультацію та дообстеження в умовах «Західноукраїнського медичного центру клінічної імунології та алергології», ревматологічне відділення, м. Львів. Після лікування хвору виписали з покращенням стану і скерували до ревматолога за місцем проживання.

Висновки. Враховуючи тривалість захворювання, загальну слабкість, підвищення температури тіла до 39,0 °С, біль та набряк променево-зап'ясткових суглобів, висип на верхніх кінцівках, шиї, ділянці «декольте», знижену силу кистей, більше справа, дефігурацію променево-зап'ясткових, гомілково-ступневих суглобів; дані лабораторних методів дослідження: лейкоцитоз (18,409/л), високі показники феритину нг/мл (1196) хворий встановлено заключний діагноз: Хвороба Стілла, системний варіант, акт. III ст., підгострий перебіг, з ураженням шкіри (еритематозні висипання на верхніх кінцівках, тулубі, шиї), феритин – 1196, ANA (+), лейкоцитоз, фебрильна гарячка, анемічний синдром легкого ст., з ураженням суглобів артрит променево-зап'ясткових суглобів, ФНС I ст. Після проведенного лікування хвору виписали з покращенням стану і скерували до ревматолога за місцем проживання. Отже, у хворих, в яких тривала гарячка, артрит, висипання на шкірі, високі показники феритину, необхідно виключати хворобу Стілла.

Гаєвська М.Ю.

УДОСКОНАЛЕННЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПСОРІАЗ З УРАХУВАННЯМ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ОРГАНІВ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ ТА КИШЕЧНОГО БІОЦЕНОЗУ

Кафедра дерматовенерології

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Підвищення ефективності лікування хворих на псоріаз є актуальною задачею сучасної дерматовенерології. Псоріаз – поширений хронічний дерматоз, який на сучасному етапі характеризується більш тяжким клінічним перебігом із поширеним ураженням шкіри та частими затяжними рецидивами, що істотно знижує працездатність, якість життя та соціальну активність пацієнтів. Все це обґрунтовує важливе медико-соціальне значення псоріазу та актуальність удосконалення терапевтичних схем його лікування та профілактики з урахуванням можливих патогенетичних механізмів його розвитку та перебігу.

Мета дослідження. Розробити та оцінити ефективність удосконаленого способу комплексного лікування хворих на псоріаз з урахуванням функціонального стану органів гепатобіліарної системи та кишечного біоценозу пацієнтів.

Матеріал і методи дослідження. Під спостереженням перебували 69 хворих на псоріаз, з них 35 чоловіків та 34 жінки віком від 19 до 72 років з тривалістю дерматозу від 5 до 23 років. Функціональний стан органів гепатобіліарної системи у пацієнтів вивчали шляхом їх ультразвукового дослідження та біохімічного й імуноферментного дослідження крові, а стан мікробіоти порожнини товстої кишки – шляхом мікробіологічного дослідження калу класичним методом. Ефективність лікування пацієнтів оцінювали за тривалістю їх лікування, тривалістю стану клінічної ремісії та кількістю рецидивів псоріазу у році.

Результати дослідження. При клінічному обстеженні у більшості – у 48 (69,6%) пацієнтів діагностовано псоріаз звичайний, у решти 21 (30,4%) пацієнта – атипові форми: ексудативний, інверсний та пустульозний псоріаз. У всіх хворих патологічний процес на шкірі мав поширений характер. У 61 (88,4%) хворого діагностовано прогресуючу стадію псоріазу, в 8 (11,6%) пацієнтів – стаціонарну стадію. Внаслідок комплексного обстеження у більшості – у 48 (71,0%) хворих на псоріаз виявлено зміни з боку органів гепатобіліарної системи (хронічний холецистит та гепатити), а у 51 (76,8%) хворого – зміни показників мікробіоти порожнини товстої кишки з ознаками дисбіозу різного ступеня тяжкості – частіше II та III ступенів. У процесі лікування хворі на псоріаз були розподілені на 2 групи: 35 пацієнтів (група порівняння) отримували стандартну терапію дерматозу, інші 34 пацієнти (основна група) з урахуванням змін функціонального стану органів гепатобіліарної системи та дисбіозу кишківника додатково отримували гепатопротекторний препарат із вмістом екстракту листя артишоку (*Synapsa scolymus*) та пробіотик із вмістом *Bacillus Clausii*. Після регресу псоріатичної висипки на шкірі для попередження рецидивів псоріазу пацієнтам основної групи призначали топічний інгібітор кальциневрину (0,1% мазь такролімусу) з імуносупресивною дією (тривалістю до 12 місяців). Встановлено, що у пацієнтів основної