

**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

**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) хворій 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 ПСОРИАЗ 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 (*Synala 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

групи у середньому на 7-11 днів раніше відбувся регрес елементів висипки на шкірі, а також збільшилася тривалість стану клінічної ремісії псоріазу (у середньому до  $8,14 \pm 0,47$  місяців; у групі порівняння –  $4,21 \pm 0,31$  місяці,  $p < 0,05$ ) та зменшення кількості загострень псоріазу у році (до  $1,61 \pm 0,12$  рази; у порівняльній групі –  $3,14 \pm 0,27$  рази,  $p < 0,05$ ), що свідчить про достовірне покращення як найближчих, так і віддалених результатів їх лікування.

**Висновки.** Застосування у комплексній терапії хворих на псоріаз із супутніми захворюваннями органів гепатобіліарної системи та дисбіозу товстого відділу кишечника гепатопротекторного засобу із вмістом екстракту листя артишоку, пробіотика із вмістом *Bacillus Clausii* та пролонгованого призначення топічного інгібітора кальциневрину (0,1% мазь такролімусу) з імуносупресивною дією прискорює регрес елементів висипки, а також покращує віддалені результати їх лікування – продовжує стан клінічної ремісії та зменшує кількість рецидивів псоріазу в році у таких пацієнтів.

**Кравчук І.І.**

## **СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЕТІОПАТОГЕНЕТИЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДЕРМАТОМІКОЗІВ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ХВОРИХ**

*Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології*

*Буковинський державний медичний університет*

**Вступ.** Мікози належать до найпоширеніших опортуністичних захворювань, які трапляються у ВІЛ-інфікованих хворих. З розвитком СНІДу дефекти з боку імунної системи набувають комплексного характеру і за відсутності лікування дозволяють розвиватися незвичайним формам грибкових захворювань. *Pneumocystis carinii*, *Candida albicans* і *Cryptococcus neoformans* при ВІЛ-інфекції є основними збудниками мікозів, особливо на стадії СНІДу.

**Мета дослідження.** Проаналізувати особливості етіології та патогенезу дерматомікозів у ВІЛ-інфікованих хворих.

**Матеріал і методи дослідження.** Опрацювали літературні джерела, які описують сучасні етіопатогенетичні особливості дерматомікозів у ВІЛ-інфікованих хворих.

**Результати дослідження.** Залежно від ключових механізмів розвитку імуносупресії виділяють дві основні групи грибкових захворювань. До першої групи належать мікози, пов'язані з переважанням кількісних та якісних уражень нейтрофілів; до другої – з дефектами у клітинно-опосередкованому імунитеті. З огляду на домінування клітинно-опосередкованого типу імуносупресії при ВІЛ-інфекції можна припустити виникнення у таких хворих мікозів. Мікози є ранніми клінічними маркерами ВІЛ-інфекції, а орофарингеальний кандидоз належить до найпоширеніших опортуністичних захворювань. На думку деяких авторів, відсутність або наявність орофарингеального кандидозу у ВІЛ-інфікованих хворих при рівні CD4-лімфоцитів нижче 400 в 1 мкл свідчить про ризик розвитку СНІДу впродовж 3 років з ймовірністю виникнення 50 і 90 %, відповідно. Основним збудником кандидозу слизових оболонок ротової порожнини у ВІЛ-інфікованих хворих є *Candida albicans*, інші види трапляються значно рідше і в основному представлені *C. glabrata*, *C. parapsilosis*, *C. Tropicalis*. На думку Goodmon D.S. та співавторів, *T. rubrum* є основним збудником дерматофітій у ВІЛ-інфікованих хворих, збудниками дерматофітій у ВІЛ-інфікованих хворих у зіставних частках були *T. rubrum* та *T. Mentagrophytes*, описали випадки виникнення дерматофітій, спричинених *M. gypseum*, у хворих на СНІД.

**Висновки.** Дерматомікози у ВІЛ-інфікованих хворих обумовлені широким спектром збудників, в основі розвитку яких лежить складна й до кінця не вивчена багатокomпонентна система патогенезу.