

**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

Меленко С.Р.

## ПЕРСПЕКТИВИ ДІАГНОСТИКИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ТОКСОПЛАЗМОЗУ У ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ

*Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології  
Буковинський державний медичний університет*

**Вступ.** Токсоплазмоз – поширене протозойне інфекційне захворювання. Перебігає переважно безсимптомно, проте існує тісний зв'язок між захворюваністю на нього та станом імунної системи. Саме церебральний токсоплазмоз вважається однією з головних опортуністичних інфекцій у ВІЛ-інфікованих і тому вчасна діагностика вкрай важлива.

**Мета дослідження.** Встановити надійні та доступні для практичної медицини критерії церебрального токсоплазмозу при ВІЛ-інфекції/СНІДі.

**Матеріал і методи дослідження.** На базі ОКУ “Чернівецького обласного центру з профілактики та боротьби зі СНІДом” досліджено історії хвороб 8 пацієнтів у ІV клінічній стадії ВІЛ-інфекції з менінгеальною симптоматикою. Серед 8 пацієнтів: 5 чоловіків та 3 жінок. Для встановлення діагнозу використовувались клінічні дані, імунологічні та серологічні методи дослідження інструментальні методи обстеження – комп'ютерна томографія. У сироватці крові пацієнтів для підтвердження діагнозу “церебральний токсоплазмоз” виявляли IgM та/або IgA до токсоплазм < 0,8 МО/мл та IgG > 12,0 МО/мл. У лікворі за допомогою ПЛР визначали ДНК *Toxoplasma gondii* та титр IgM, IgA, IgG. При КТ обстеженні – типоморфологічні зміни.

**Результати дослідження.** У 5 з 8 пацієнтів було підтверджено церебральний токсоплазмоз завдяки наявності антитіл у лікворі та/або позитивній ПЛР і типові КТ-картині. У 3 з 5 пацієнтів титр IgG до токсоплазм у лікворі склав 30-95 МО/мл та ПЛР позитивна, що є критерієм для підтвердження діагнозу. На КТ – типові морфологічні зміни мозкової речовини. У 1 з 5 пацієнтів були високі титри IgG до токсоплазм у лікворі (76 МО/мл), проте ПЛР була негативною. У 1 з 5 пацієнтів були відсутні антитіла до *Toxoplasma gondii* у лікворі. Однак при проведенні ПЛР зі спинномозкової рідини було знайдено ДНК збудника токсоплазмозу. У 2 пацієнтів виявлено IgG у сироватці крові, проте вони відсутні у лікворі, що заперечує діагноз “церебральний токсоплазмоз”. Це свідчить про те, що при діагностиці увагу варто звертати на антитіла у лікворі чи позитивну ПЛР спинномозкової рідини. У 1 пацієнта відсутні IgG у сироватці крові.

**Висновки.** Для підтвердження діагнозу “церебральний токсоплазмоз” у ВІЛ-інфікованих потрібен комплекс обстежень, що складається з вивчення клініки та проведення імунологічних і серологічних методів дослідження. Головним критерієм підтвердження діагнозу варто вважати виявлення титрів IgG не тільки у сироватці крові, а й у спинномозковій рідині. Також проведення ПЛР-діагностики ліквору на виявлення ДНК *Toxoplasma gondii* є необхідним у вищезгаданого токсоплазмозу. КТ обстеження є допоміжним методом після лабораторних досліджень для встановлення діагнозу “церебральний токсоплазмоз”.

Москалюк В.Д.

## ТАКТИКА ЛІКАРЯ ПРИ ГАРЯЧКОВИХ СТАНАХ

*Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології  
Буковинський державний медичний університет*

**Вступ.** Гарячкові стани залишаються актуальною темою в медичній практиці лікарів багатьох спеціальностей. Вони часто є ознакою інфекційних захворювань, автоімунних процесів чи пухлинних станів. Сучасні методи діагностики та тактики введення таких пацієнтів дозволяють швидко визначити джерело інфекції та ефективно проводити лікування таких хворих.

**Мета дослідження.** Визначити тактику ведення хворих при гарячкових станах.

**Матеріал і методи дослідження.** Проаналізували актуальні джерела для визначення тактики лікаря при гарячкових станах.

**Результати дослідження.** Перший етап - обстеження включає в себе посів крові на гемокультуру і стерильність! Відмінняють всі медикаментозні засоби. Виключення туберкульозу за допомогою мікроскопії мокротиння, бактеріологічного дослідження мокротиння та сечі на мікобактерії туберкульозу. Комп'ютерна томографія ОЧП, ОГК. Консультації фахівців (у жінок – УЗД органів малого таза з обов'язковою консультацією гінеколога). Рентгенографія черепа і приносних пазух. Серологічні та імунологічні тести: визначення антитіл до ВІЛ, маркерів хронічних парентеральних вірусних гепатитів. Виключення або підтвердження інфекційної патології: гострої та хронічної EBV-інфекції, хвороби Лайма, цитомегаловірусної інфекції. ANA (антинуклеарні антитіла).

Другий етап проводиться при негативних результатах першого етапу. Призначаються консультації вузьких спеціалістів, додаткові дослідження: колоноскопія, дослідження тонкої кишки, функціональні легеневі проби, біопсія кісткового мозку, електроенцефалографія та УЗД щитоподібної залози. Необхідно виключати злоякісні новоутворення, гранулематозні хвороби, гематологічні онкологічні захворювання тощо.

На третьому етапі досліджують функцію щитоподібної залози (гормони: ТТГ, Т3, Т4), проводять рентгенографію ілеосакрального з'єднання, скінтиграфію кісток та в разі необхідності – легенів, ФГДС. Обов'язково є консультація ендокринолога – виключення або підтвердження автоімунного або гнійного тиреоїдиту. Поглиблене обстеження опорно-рухового апарату дасть змогу виключити не тільки остеомієліт, при якому місцева симптоматика часто з'являється значно пізніше гарячки, а й метастатичний процес у кісткову тканину.

Четвертий етап. При безрезультатному обстеженні пацієнтів на попередніх етапах необхідне спостереження за такими хворими з призначенням терапії *ex juvantibus*, особливо в разі погіршення стану хворого. Іноді на будь-якому етапі необхідно повторювати різні методи обстеження пацієнтів від загальноприйнятих до більш поглиблених, повторно залучати фахівців певних спеціальностей.

**Висновки.** При тривалих гарячкових станах необхідно дотримуватись певної послідовності в обстеженні пацієнтів і повного комплексу обстежень.

## **Підвербецька О.В. СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ПАЛІАТИВНУ ДОПОМОГУ ХВОРИМ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ**

*Кафедра фтизіатрії та пульмонології*

*Буковинського державного медичного університету*

**Вступ.** Перебіг туберкульозу (ТБ), тривале лікування можуть супроводжуватись фізичним, психологічним, духовним стражданням, а відтак – зниженням якості життя. Стратегія «The end TB Strategy» має на меті у тому числі ліквідацію страждань, спричинених туберкульозом. Відповідно, паліативна допомога хворим на ТБ є значущим компонентом ведення пацієнтів із даним діагнозом.

**Мета дослідження.** Узагальнити дані літературних джерел, нормативних документів щодо надання паліативної допомоги хворим на туберкульоз.

**Матеріали та методи дослідження.** Здійснено пошук й аналіз літературних джерел в реферативній базі PubMed («palliative care», «tuberculosis», «hospice») та нормативних документів, які стосуються та їх аналіз.

**Результати дослідження.** Паліативна допомога спрямована на покращення якості життя хворого та його найближчого оточення. Паліативна допомога пацієнтам з ТБ може бути призначена незалежно від віку чи етапу лікування і може надаватися паралельно з антимікобактеріальною терапією. Окремо виділяють «паліативний нагляд», що передбачає припинення етіотропного лікування через вичерпані терапевтичні можливості та синдромальний підхід до пацієнта. Рішення про переведення на паліативний нагляд приймається лікарським консилиумом за обґрунтованими показаннями, зокрема у разі, коли продовження лікування може погіршити якість життя пацієнта або становити ризик