

**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

За 2022 р. у 121 хворого на ВДТБ, які лікувались в стаціонарі, ПР до препаратів першого ряду було виявлено у 48 хворих, що склало 39 %. У 2023 р. із 138 пролікованих пацієнтів ПР зареєстровано у 29 хворих, що склало 21 %. За 9 міс. 2024 із 107 хворих ПР були у 52, що склало 49 %. 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 безпечний для пацієнта, та визначатись із симптоматичною та дезінтоксикаційною терапією а також із тактикою щодо протитуберкульозної терапії.

Висновки. Аналіз частоти формування побічних реакцій на препарати першої групи у хворих на ВДТБ у динаміці за останні 3 роки має тенденцію до підвищення, практично у 2 рази ($p \leq 0,5$), та практично впливає на тривалість лікування, пов'язаних з побічними діями протитуберкульозних препаратів.

Степан Н.А.

ДИНАМІКА РІВНЯ РАНЬОГО НЕСПЕЦИФІЧНОГО МАРКЕРУ ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА ЕКЗЕМУ В ПРОЦЕСІ СТАНДАРТНОГО ЛІКУВАННЯ

Кафедра дерматовенерології

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Екзема – поширений хронічний алергічний дерматоз із гострозапальними проявами на шкірі. Згідно сучасних досліджень, одним із найбільш стабільних та надійних лабораторних показників, що відображають активність запалення й активацію клітинного імунітету, є неоптерин, який бере участь у стимуляції лімфоцитів при хронічних запальних процесах, діє в тісному синергізмі з прозапальними цитокінами тощо. Також встановлено, що неоптерин порівняно з досліджуваними про- й протизапальними цитокінами є більш чутливим та стабільним маркером запального процесу в шкірі хворих на різні клінічні форми екземи, який може бути застосований як критерій ефективності лікування даної категорії пацієнтів.

Мета дослідження. Дослідити динаміку рівня неоптерину – раннього неспецифічного маркера запалення у сироватці крові хворих на екзему в процесі стандартного лікування.

Матеріал і методи дослідження. Проведено обстеження та лікування 20 хворих на екзему, з них 11 – чоловіків та 9 – жінок віком від 19 до 76 років. Згідно клінічних критеріїв, у 14 (70,0%) хворих діагностовано інфекційну (мікробну) форму екземи, у т.ч. варикозну, паратравматичну та мікотичну форми, а в 6 (30,0%) пацієнтів – справжню (істинну) екзему з тривалістю дерматозу від 6 місяців до 23 років. У більшості (57,9%) обстежених хворих на екзему патологічний процес на шкірі мав поширений характер, у 42,1% пацієнтів – обмежений. Критеріями включення в дослідження були: наявність у пацієнтів клінічних проявів екземи; вік пацієнтів – 18 років і старші; відсутність супутніх хронічних соматичних захворювань чи їх загострень на момент обстеження пацієнтів. Групу контролю склали 28 практично здорових осіб (донорів) подібного віку та статі. Рівень неоптерину у сироватці крові хворих на екзему та осіб контрольної групи визначали методом імуноферментного аналізу з використанням діагностичних тест-систем “Neopterin ELISA” (Німеччина).

Результати дослідження. В результаті дослідження 20 хворих на екзему в період загострення дерматозу встановлено достовірне збільшення рівня неоптерину в 2,02 рази, $p < 0,05$ ($20,1 \pm 3,45$ нмоль/л; в осіб контрольної групи – $9,97 \pm 2,59$ нмоль/л), який вважають більш чутливим і стабільним маркером запального процесу в шкірі, тому цей показник може бути використаний як критерій ефективності лікування хворих на різні клінічні форми екземи. У процесі лікування пацієнтам призначали базові медикаментозні препарати лікування екземи згідно наказу МОЗ України № 312 від 08.05.2009 р. (зі змінами в 2013 р., 2015 р., 2016 р., 2023 р.), які включали гіпосенсибілізуючі (30% розчин натрію тіосульфату,

препарати кальцію), дезінтоксикаційні (реосорбілакт), антигістамінні (дезлоратадин), седативні (екстракт валеріани) та вітамінні препарати, а також засоби зовнішньої терапії залежно від клінічних проявів дерматозу на шкірі. Аналіз рівня неоптерину після закінчення стандартного лікування пацієнтів виявив його незначне (на 2,0%) зниження (до лікування – $20,1 \pm 3,45$ нмоль/л; після лікування – $19,7 \pm 2,86$ нмоль/л; $p > 0,05$).

Висновки. Призначення хворим на екзему із гострозапальними проявами на шкірі тільки стандартного лікування не сприяє зменшенню в сироватці крові підвищеного рівня неоптерину – стабільного маркера запального процесу, що обґрунтовує доцільність додаткового призначення в період загострення даного дерматозу препаратів, які володіють імуномодуючою та протизапальною дією.

Сторожук М.В.

ВИВЧЕННЯ ВІДДАЛЕНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ З РОЗАЦЕА ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ МУЛЬТИПРОБІОТИКА ТА КОМБІНОВАНОГО АНГІОПРОТЕКТОРНОГО ПРЕПАРАТУ

Кафедра дерматовенерології

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Підвищення ефективності лікування пацієнтів з розацеа є актуальною задачею сучасної дерматології. На розацеа страждає близько 3% населення, серед яких – переважно жінки активного працездатного віку. Розацеа – хронічний запальний дерматоз з ураженням шкіри обличчя, який спричиняє негативний вплив на психоемоційний стан пацієнтів, знижує їх працездатність та соціальну активність. Все це обґрунтовує медико-соціальну актуальність розацеа та необхідність удосконалення лікувально-профілактичних заходів щодо таких пацієнтів з урахуванням патогенетичних чинників дерматозу. Як встановлено сучасними дослідженнями, розацеа – це поліфакторне та поліпатогенетичне захворювання шкіри, у розвитку й перебігу якого вагоме значення мають зміни нейроендокринної та імунної регуляції, порушення мікроциркуляції шкіри, хронічні осередки інфекції, зокрема дисбіоз кишечника тощо, що слід враховувати при призначенні таким пацієнтам комплексної терапії.

Мета дослідження. Вивчити віддалені результати комплексної терапії пацієнтів з розацеа із застосуванням мультипробіотика та комбінованого ангіопротекторного препарату.

Матеріал і методи дослідження. Спостерігали 76 пацієнтів з розацеа (53 жінки, 23 чоловіки) віком від 27 до 74 років. У 32 (42,1%) пацієнтів діагностовано еритематозно-телеангіектатичну форму, у 44 (57,9%) – папуло-пустульозну форму розацеа. Для оцінки тяжкості клінічних проявів розацеа застосовували шкалу діагностичної оцінки розацеа – ШДОР. Стан мікробіому товстого відділу кишечника у хворих визначали мікробіологічним методом за стандартною методикою. Віддалені результати лікування пацієнтів оцінювали за тривалістю стану клінічної ремісії та кількістю рецидивів розацеа в році.

Результати дослідження. Внаслідок дослідження мікробіому товстого відділу кишечника до початку лікування у більшості – у 59 (77,6%) із 76 пацієнтів з розацеа виявлено ознаки дисбіозу I - III ступеня (зниження кількості бактерій роду біфідо- і лактобактерій на тлі підвищеного вмісту умовно патогенних ентеробактерій та окремих патогенних бактерій) з переважно латентним клінічним перебігом. У процесі лікування хворі з розацеа були розподілені на дві групи: порівняльну – 39 осіб, які отримали стандартне лікування, та основну – 37 пацієнтів, яким з урахуванням клінічних проявів розацеа та проявів дисбіозу кишечника на тлі базової терапії призначали мультипробіотик із вмістом біфідобактерій, лактококів, лактобацил, пропіоновокислих та інших бактерій (впродовж 20 днів), а також комбінований ангіопротекторний препарат із вмістом діосміну і гесперидину (впродовж 8 тижнів). Через два місяці після лікування у пацієнтів основної групи відзначено істотне зменшення клінічних проявів дерматозу зі зменшенням індексу ШДОР у 2,7 раза (до лікування – $8,82 \pm 0,43$, після лікування – $3,24 \pm 0,17$, $p < 0,05$; у групі порівняння – в 1,6 раза, відповідно: $8,74 \pm 0,42$ та $5,47 \pm 0,31$, $p < 0,05$), а також тенденцію до нормалізації показників мікробіому товстої кишки зі зменшенням проявів дисбіозу. Також у пацієнтів основної групи