МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

М А Т Е Р І А Л И

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 Білоокий 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 Чорноус В.О.

ISBN 978-617-519-135-4

© Буковинський державний медичний університет, 2025

increased in the experimental group relative to the control in 6.2 times (p=0.001). In LADA AI increased by 4.9 times compared to the control (p<0.001).

Regarding the analysis of changes in similar indicators in patients with different phenotypes of LADA, they were as follows: the indicator of TC was higher in LADA1 by 41.2% compared to the control, in LADA2 – by 2.1 times compared to the control (p<0.001) and by 49.8% relative to LADA1 (p<0.05) and was 4.56 [3.12;4.90] mmol/L. The level of LDL-C in the LADA1 group was 2.36 [2.18;2.86] mmol/L and it is 43% higher than that in the control (p<0.05), in LADA2 it was 3 times higher than in the control group and 2.1 times higher than in LADA1 (p=0.000). The level of TG was significantly higher in patients with LADA1 and LADA2 by 5 times and 7.3 times compared to the control group, respectively (p=0.000) and was 4.97 [3.82;6.14] mmol/L. In LADA2, this level increased by 44.5% compared to LADA1 (p<0.01), and in T1DM, the TG level was lower than that in LADA1 and LADA2 by 16.5% (p<0.05) and 42.2% respectively (p=0.000). AI was the highest in LADA2 and was 4.93 [3.35;5.07] mmol/L: a significant increase of 6.1 times compared to control (p<0.001), by 31.8% compared to LADA1 (p<0.05); a similar indicator in LADA1 was 4.6 times more likely compared to the control group (p=0.000).

The data of linear regression analysis of correlations between indicators of lipid metabolism and cognitive functions showed negative correlations of average strength – between the MoCA Test and the content of LDL-C (r=-0.314; p<0.05) and also between MoCA Test and TG level (r=-0,433; p<0,05).

Conclusions. In LADA2, the frequency of cognitive impairment differs from that in LADA1 and is registered in a higher percentage of patients, in which the frequency of dementia was the highest. The degree of cognitive impairment increases with the worsening of dyslipidemia, especially when the levels of LDL cholesterol and TG increase. Screening for early detection of cognitive impairment should be performed for adults 65 years of age and older at the first visit and annually.

Каспрук Н.М.

ДЕЯКИ БРАДИКІНІН-ОПОСЕРЕДКОВАНІ РЕАКЦІЇ В АЛЕРГОЛОГІЇ

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології
Буковинський державний медичний університет

Вступ. Першими контактують з пацієнтами, які страждають на ангіоневротичні набряки (АН) – лікарі первинної ланки. Випадки підозри на неалергічний АН на цьому етапі – рідкість, а первинне звертання до профільного фахівця є випадковим. Але навіть практикуючий алерголог не завжди може розпізнати властивий для САН брадикініновий набряк. Зі збільшенням застосування інгібіторів АПФ частота виникнення АН збільшується. Статистично у 0,1-0,5% пацієнтів виникають епізоди АН, яки можуть з'явитись в перший місяць або через навіть кілька років після початку терапії, фактично – таких випадків більше, тому що далеко не про всі випадки побічних реакцій повідомляється через автоматизовану інформаційну систему з фармаконагляду. Механізм варіанту АН, що обговорюється, ґрунтується на накопиченні брадикініну, що провокується прийомом інгібіторів АПФ; С1-інгібітор також є потужним регулятором системи брадикініну. Опосередкований брадикініном АН зазвичай незадовільно реагує на антигістамінні препарати, є дозонезалежним та може становити потенційну небезпеку для життя.

Мета дослідження. На підставі вивчення особливостей перебігу випадків ангіоневротичних набряків покращити діагностику, прогнозування та профілактику патології.

Матеріал і методи дослідження. У роботі в результаті поглибленого обстеження хворих з епізодами АН проаналізовані випадки, зокрема, що асоціювалися з вживання лізиноприлу в 55- та 70-річної жінок, які проявлялися болем у животі (в другому випадку додатково з блюванням та діареєю).

Результати дослідження. Результати комп'ютерної томографії виявили набряк стінки тонкої кишки. Після відміни препарату епізоди набряку не повторювалися впродовж року. Епізоди асиметрічного АН на обличчі у двох чоловіків 62 та 68 років - на фоні прийому

раміприлу (алергологічний анамнез не обтяжений), також чоловіків 59- та 75 років з виразним генералізованим зудом шкіри без висипань на фоні прийомів еналаприлу та раміприлу. Після повної відмови від застосування препаратів з групи ІАПФ наблюдали регрес симптомів в інтервалі 1 тиждень - 1,5 місяца. У 4-х з 6-и описаних випадків спостерігалась додатково фотосенсибілізація та гіперестезія шкіри.

Диференціальна діагностика передусім, виключала гостру анафілаксію та набряк гортані, крім цього: гормональні порушення у жінок (симетричний набряк обличчя та рук), серцеву недостатність (пастозність), синдром верхньої порожнистої вени (хронічний набряк обличчя), гострий алергічний контактний дерматит, бешиху або запальний процес у підшкірній клітковині обличчя, лімфатичні набряки, оперізуючий лишай, Хворобу Крона, системні захворювання сполучної тканини, гострий живіт.

Висновки. У клінічній практиці важко диференціювати гістамін-індукований АН від брадикінін-опосередкованого, незважаючи на відносно швидкий початок та асоціацію з кропив'янкою. Терапію інгібіторами АПФ слід негайно припинити та замінити засобом, що належить до іншої групи антигіпертензивних препаратів. Пацієнти з позитивном алергоанамнезом можуть мати підвищений ризик виникнення АНН при застосуванні інгібітора АПФ. АН, що викликаний гістаміном, лікують за допомогою адреналіну, антигістамінних препаратів і стероїдів. Якщо пацієнт не реагує на ці методи лікування, необхідно запідозрити АН, спричинений брадикініном. C1-INH, ікатибант та екаллантид мають місце в лікуванні брадикінін-опосередкованого АН.

Коваль Г.Д.

ОСОБЛИВОСТІ ВИДОВОГО СКЛАДУ ІМУНОРЕГУЛЯТОРНИХ БАКТЕРІЙ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАГАЛЬНИМ ВАРІАБЕЛЬНИМ ІМУНОДЕФІЦИТОМ

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології
Буковинський державний медичний університет

Вступ. Частка вроджених/первинних імунодефіцитів (ПІД) зростає у всьому світі, близько 50% ПІД становлять дефіцит антитіл. У свою чергу, серед дорослих пацієнтів із ПІД антитіл, ведучим є загальний варіабельний імунодефіцит (ЗВІД). Пацієнти і ЗВІД - це надзвичайно складна в медико-соціальному сенсі когорта, яка страждає від інфекційних, автоімунних та злоякісних розладів та потребує пожиттєвоїдороговартісної замісної терапії нормаольним людським імуноглобуліном. Особливо ускладнює перебіг та можливості лікування ЗВІД поєднання інфекційних та автоімунних проявів. Тому особливу актуальність становить пошук нових механізмів імунної дисрегуляції при ЗВІД та мішеней впливу на них. Обнадійлива роль може критися в імунорегуляторному потенціалі представників ахмікробіоценозу кишечнику.

Мета дослідження. Визначити рівень імунорегуляторних бактерій у кишкового мікробіоценозу хворих на загальний варіабельний імунодефіцит.

Матеріал і методи дослідження. Проведене комплексне дослідження 12 пацієнтів із загальним варіабельним імунодефіцитом (ЗВІД) із визначенням особливості клініки, змін загальноклінічних показників, рівня сироваткових імуноглобулінів A, M, G та показників мікробіоценозутовстого кишечника.

Результати дослідження. Більшість із досліджуваних пацієнтів зі ЗВІД мали порушення складу кишкового мікробіоценозу, переважно за рахунок так званих імунорегуляторних бактерій. Зокрема, у хворих на ЗВІД знижений рівень біфідобактерій, лактобактерій, ентерококів, тобто найбільш фізіологічно корисних бактерій. На фоні таких змін настає контамінація вмісту порожнини товстої кишки патогенними (гемолітичними та ентеропатогенними кишковими паличками) ешерихіями та умовно патогенними ентеробактеріями, а також кандидами.

Висновки. Отримані результати дозволяють припустити, що можливою терапевтичною стратегією імунорегуляції та зменшення імуноопосередкованих наслідків у хворих на ЗВІД є корекція кишкового мікробіому.