

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



МАТЕРІАЛИ

**105-ї підсумкової науково-практичної конференції
з міжнародною участю
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
присвяченої 80-річчю БДМУ
05, 07, 12 лютого 2024 року**

Конференція внесена до Реєстру заходів безперервного професійного розвитку,
які проводитимуться у 2024 році № 3700679

Чернівці – 2024

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали підсумкової 105-ї науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету, присвяченої 80-річчю БДМУ (м. Чернівці, 05, 07, 12 лютого 2024 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2024. – 477 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 105-ї підсумкової науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету, присвяченої 80-річчю БДМУ (м. Чернівці, 05, 07, 12 лютого 2024 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Геруш І.В., професорка Грицюк М.І., професор Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

професор Братенко М.К.

професор Булик Р.Є.

професор Гринчук Ф.В.

професор Давиденко І.С.

професор Дейнека С.Є.

професорка Денисенко О.І.

професор Заморський І.І.

професорка Колоскова О.К.

професор Коновчук В.М.

професор Пенішкевич Я.І.

професорка Хухліна О.С.

професор Слободян О.М.

професорка Ткачук С.С.

професорка Годоріко Л.Д.

професор Юзько О.М.

професорка Годованець О.І.

ISBN 978-617-519-077-7

© Буковинський державний медичний
університет, 2024

Мета дослідження. Вивчити взаємозв'язок між госпітальною смертністю і показниками гемостазу, маркерами системного запалення у пацієнтів на COVID-19 і коморбідними станами.

Матеріал і методи дослідження. Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 296 пацієнтів на COVID-19 з коморбідними станами, які перебували на стаціонарному лікуванні і в яких хвороба завершилась летально.

Результати дослідження. З 296 померлих було 139 чоловіків і 157 жінок. Згідно аналізу офіційної документації, 253 особи хворіли на ішемічну хворобу серця, 153 – на цукровий діабет, 104 особи – на ішемічну хворобу серця + цукровий діабет, і 34 особи – на цукровий діабет + гіпертонічну хворобу серця. Середній вік пацієнтів становив 64,4 роки.

З 296 померлих протягом 2021 року в Чернівецькій обласній клінічній лікарні внаслідок COVID-19 153 особи мали в анамнезі цукровий діабет (51,5 % від загальної кількості померлих). Серед представлених 153 випадків смерті 104 спричинені поєднанням COVID-19 із цукровим діабетом та ішемічною хворобою серця (67,97 %) і 15 (22,22 %) з цукровим діабетом та артеріальною гіпертензією.

Середній показник сатурації у хворих з летальним наслідком ($n = 296$) при госпіталізації становив 85,19 % (мінімальний – 40 %, максимальний – 99 %. Середній показник сатурації в останню добу життя становив 71,03.

Щодо показників «червоної» крові, то значних відхилень в рамках статистичної норми не виявлено (mean Еритроцити = $4,5 \times 10^{12}$ в 1 л). У 20 % хворих на COVID-19 була тромбоцитопенія ($<180 \times 10^9$ в 1 л). У 22 % пацієнтів при надходженні в стаціонар виявлено рівні тромбоцитів ($>400 \times 10^9$ в 1 л). Серед інших показників периферичної крові привертає увагу підвищений рівень лейкоцитів у пацієнтів з тяжким перебігом (mean = $12,5 \times 10^9$).

Середнє значення Д-димеру серед усіх пацієнтів становило 3,39 мкг/мл (при нормі $\leq 0,5$ мкг/мл). Високі значення Д-димеру асоціюються із тромбозом, венозним або артеріальним.

Середнє значення СРБ (С-реактивний білок) становило 46,9 мг/л, що в рази перевищувало нормальний його рівень ($n=0-1$ мг/л). Рівень прокальцитоніну також значно перевищував норму у пацієнтів з Covid-19 і в середньому становив 1,69 нг/мл ($n=0,05$ нг/мл).

Висновки. У хворих на COVID-19 спостерігається суттєве підвищення маркерів тромбоутворення (D-димер) та показників активного запального процесу (прокальцитоніну), при цьому вираженість їх змін є суттєво більшою у хворих із коморбідністю. Визначення рівнів D-димеру та прокальцитоніну є надійними маркерами як для оцінки тяжкості перебігу, так і прогнозу захворювання у хворих на COVID-19 з тяжким гострим респіраторним синдромом, особливо – в умовах коморбідності, що може мати суттєве значення на вибір стратегії і тактики лікування таких хворих.

Підвербецька О.В.

ЗМІНИ МОРФОЛОГІЧНОЇ БУДОВИ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА ПРИ ВІЛ-АСОЦІЙОВАНОМУ ТУБЕРКУЛЬОЗІ ЛЕГЕНЬ

Кафедра фтизіатрії та пульмонології

Буковинського державного медичного університету

Вступ. Ряд досліджень свідчить про те, що у хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз (ВІЛ/ТБ) доволі часто спостерігається синдром мальабсорбції (СМ) тонкої кишки (ТК). Однією з причин може бути морфологічне підґрунтя для розвитку СМ.

Мета. Дослідити та встановити спектр особливостей морфологічної будови слизової оболонки тонкої кишки при ко-інфекції ВІЛ/ТБ.

Матеріали та методи. Проведено проспективне патоморфологічне дослідження осіб із різними причинами смерті, у яких в заключному клінічному та патологоанатомічному діагнозах в якості основного захворювання було встановлено ТБ легень. На основі ВІЛ-статусу було сформовано групи: основна група – 24 випадки ко-інфекції ВІЛ/ТБ, контрольна група – 20 осіб без патології ШКТ та морфологічних ознак туберкульозної інфекції.

Було проведено комп'ютерну морфометрію об'єктів у гістологічних та гістохімічних препаратах.

Результати дослідження. В основній групі головними морфологічними змінами були виражені атрофічні та склеротичні, а також суттєве зменшення кількості плазматичних клітин та скупчення лімфоцитів у вигляді лімфоїдних фолікулів у власній пластинці слизової оболонки. Фолікули були великими з вираженими світлими центрами та широкою крайовою зоною або мали вигляд агрегатів лімфоїдних клітин, без виражених гермінативних центрів.

У групі ВІЛ/ТБ мало місце достовірне зменшення товщини слизової оболонки – $489,6 \pm 13,12$ мкм проти $767,8 \pm 15,19$ мкм ($p < 0,05$) з одночасним зменшенням середньої висоти та ширини ворсинок відповідно у 1,5 рази порівняно з групою контролю ($p < 0,05$). Глибина крипт у групах достовірно не відрізнялись ($p > 0,05$), при цьому співвідношення висоти ворсинок до глибини крипт було вірогідно нижче при ВІЛ/ТБ ($p < 0,05$). Подібні зміни свідчать про атрофічні процеси у слизовій оболонці ТК хворих на ВІЛ/ТБ. Потрібно зазначити, що фактично зменшувалась не вся товщина слизової оболонки, а тільки її всмоктувальна поверхня за рахунок атрофії ворсинок.

При цьому при ВІЛ/ТБ вірогідно збільшувалась площа сполучної тканини, колагенові волокна дифузно пронизували слизову оболонку ТК та мали більш грубу структуру. Показник відносної площі сполучної тканини складав $35,2 \pm 2,18$ % при ко-інфекції проти $11,9 \pm 1,12$ % у групі контролю ($p < 0,05$), що вказує на виражене склерозування стінки ТК. За рахунок вираженої колагенізації слизової оболонки ТК відстань між базальною мембраною епітеліоцитів та стінкою капіляра достовірно збільшилась при ВІЛ/ТБ порівняно із групою контролю – $35,2 \pm 2,18$ мкм проти $11,9 \pm 1,12$ мкм ($p < 0,05$), що, цілком імовірно, може призводити до порушення всмоктування.

Висновки. У хворих на ВІЛ/ТБ були виявлені наступні морфологічні зміни стінки ТК: виражена атрофія ворсинок слизової оболонки, збільшення питомої площі сполучної тканини та збільшення відстані від базальної мембрани епітеліоцитів до стінки капіляра, що призводить до зменшення всмоктувальної поверхні та може бути причиною порушення активності процесу всмоктування.

Підвербецький О.Я.

ІМУНОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СИНДРОМУ ВІДНОВЛЕННЯ ІМУННОЇ СИСТЕМИ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ ЗА НАЯВНОСТІ ЛТБІ

Кафедра фтизіатрії та пульмонології

Буковинського державного медичного університету

Вступ. Синдром відновлення імунної системи (СВІС) у ВІЛ-інфікованих - це парадоксальна реакція імунної системи на опортуністичні інфекції, присутні в організмі хазяїна внаслідок різкого відновлення Т-клітинного імунітету після початку антиретровірусної терапії (АРТ). Серед опортуністичних інфекцій, що ініціюють розвиток СІРІ, перше місце посідає латентна туберкульозна інфекція (ЛТБІ).

Мета. Проаналізувати та узагальнити дані про імунопатогенез СВІС у відповідь на наявність ЛТБІ у ВІЛ-позитивних пацієнтів.

Матеріали та методи. Аналіз та узагальнення даних літературних джерел.

Результати дослідження. Доведено, що СВІС розвивається переважно протягом перших 3 місяців після початку АРТ. Провісниками розвитку СВІС є 2 основні фактори: виражена Т-клітинна імуносупресія, персистенція опортуністичної інфекції (у т.ч. ЛТБІ) в організмі (клінічно виражена або латентна). При наявності в організмі мікобактерій туберкульозу (МБТ) виражений дефіцит CD4+-лімфоцитів призводить до неконтрольованого розмноження збудника та накопичення його у великих кількостях. У період перед початком АРТ макрофаги фагоцитують МБТ, але не здатні їх знищити через дію факторів вірулентності. Накопичення макрофагів, які містять збудник, сприяє створенню високих концентрацій Т-хелпер-активуючих цитокінів, які, однак, не знаходять свої «мішені». Якщо на цьому тлі розпочати АРТ і за рахунок цього швидко зростає кількість CD4+-лімфоцитів,