

Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»  
Департамент охорони здоров'я Чернівецької обласної державної  
адміністрації

**МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ  
«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ  
АЛЕРГІЧНИХ І НЕАЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРИЮВАНЬ  
РЕСПІРАТОРНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ» ІЗ САТЕЛІТНИМ  
СИМПОЗИУМОМ «СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ ТА ІННОВАЦІЇ  
ВИКЛАДАННЯ ПЕДІАТРІЇ ТА ПУЛЬМОНОЛОГІЇ»**

*25-26 жовтня 2016 року*

Чернівці  
«Місто»  
2016

УДК 616.248-053.2-07  
ББК 54.12  
Н 40

**Н 40** **Матеріали науково-практичної конференції «Актуальні питання діагностики та лікування алергічних і неалергічних захворювань респіраторної системи у дітей» із сателітним симпозиумом «Сучасні технології та інновації викладання педіатрії та пульмонології» (Чернівці, 25-26 жовтня 2016 р.).** / за ред. проф. О.К. Колоскової. – Чернівці: «Місто», 2016. – 80 с.

Матеріали видаються мовою оригіналу. За достовірність матеріалів відповідальність несуть автори.

Вищий державний  
навчальний заклад України  
«Буковинський державний  
медичний університет»

ISBN 978-617-652-162-4

© О.К. Колоскова, 2016  
© ВІЦ «Місто», 2016

усього перебування в стаціонарі з приводу загострення БА, виразніший синдром бронхообструкції спостерігався у пацієнтів зі швидким хараткером ацетилювання ( $13,0 \pm 0,8$  балу у пацієнтів I клінічної групи та  $14,1 \pm 0,8$  балу у школярів зі швидкими ацетиляторними механізмами,  $P > 0,05$ ). У день госпіталізації бальна оцінка БОС становила у середньому  $13,0 \pm 0,8$  балу у пацієнтів I клінічної групи та  $14,1 \pm 0,8$  балу у школярів зі швидкими ацетиляторними механізмами ( $P > 0,05$ ). На сьому добу лікування дана сумарна оцінка тяжкості БОС до  $3,4 \pm 0,6$  балу та  $3,9 \pm 0,5$  балу відповідно в I та II клінічних групах ( $P > 0,05$ ). Ризики госпіталізації за тяжчого БОС у пацієнтів з тяжкою БА практично збігалися, проте в дітей зі статусом швидких ацетиляторів атрибутивний ризик становив 6,0%, ВР – 1,1 (95% ДІ 0,6-2,0) та СШ – 1,3 (95% ДІ 0,4-3,8) порівняно зі школярами I клінічної групи.

Висновок. Тяжкість бронхообструкції при поступленні та впродовж перебування у стаціонарі була незначно вищою у пацієнтів зі швидким типом ацетилювання і фенотипом тяжкої бронхіальної астми.

УДК 616.248-053.2-07:577.124

## **ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ ХАРАКТЕРИСТИКИ НАПАДНОГО ПЕРІОДУ ТЯЖКОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ХВОРИХ ІЗ АЛЬТЕРНАТИВНИМ АЦЕТИЛЯТОРНИМ СТАТУСОМ**

Сажин С.І.

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Попри невелику частоту в загальній структурі бронхіальної астми одним із її фенотипів є фенотип тяжкої БА, адже більша частина загальних витрат на лікування цієї хвороби припадає на пацієнтів, які страждають саме на таку її форму. Дані пацієнти становлять групу ризику за несприятливими наслідками, інвалідизацією, нестабільним перебігом захворювання. Окрім ізольованого фенотипу тяжкої БА, в багатьох пацієнтів відбувається нашарування кількох форм хвороби, що повсякчас дозволяє припустити наявність індивідуальних суб- та епіфенотипів.

Мета роботи: визначити частоту характерних клінічних симптомів під час загострення у дітей шкільного віку з фенотипом тяжкої БА залежно від характеру ацетиляторних процесів.

Матеріал і методи дослідження. На базі пульмоалергологічного

відділення обласної дитячої клінічної лікарні (м. Чернівці) обстежено 53 дитини, хворих на бронхіальну астму (БА). Залежно від швидкості процесів ацетилювання сформовано дві групи спостереження. До першої (I) групи увійшло 25 пацієнтів із повільними темпами ацетилювання, до другої (II) – 28 школярів зі швидким характером ацетиляторних процесів. Групи порівняння не відрізнялися за основними клінічними ознаками. У пацієнтів під час госпіталізації визначали провідні симптоми, що притаманні загостренню БА: наявність задишки, відчуття стиснення в грудній клітці, дистантні сухі хрипи, кашель. Враховуючи, що одним із основних тригерних чинників виникнення загострення БА в дитячому віці вважаються інфекційні агенти (у першу чергу, вірусні), оцінювали також наявність підвищеної температури у пацієнтів при зверненні до стаціонару.

Результати дослідження. Виявлено, що частота задишки ( $84,0 \pm 9,3\%$  проти  $78,6 \pm 9,7\%$ ), наявність дистантних хрипів ( $100,0 \pm 9,9\%$  проти  $89,2 \pm 9,7\%$ ), нападний кашель ( $92,0 \pm 9,8\%$  проти  $85,7 \pm 9,7\%$ ) не відрізнялася в групах порівняння ( $p_{\varphi} > 0,05$ ). Водночас, пацієнти з повільними ацетиляторними процесам вірогідно частіше порівняно зі школярами II клінічної групи значно частіше саморапортували про наявність відчуття стиснення грудної клітки ( $44,0 \pm 9,9$  проти  $17,9 \pm 9,3\%$ ,  $p_{\varphi} < 0,05$ ). Атрибутивний ризик наявності даного симптому в пацієнтів із тяжкою БА та повільним характером ацетилювання становив  $26,1\%$ , відносний ризик –  $2,5$  (95% довірнчий інтервал –  $1,4-4,2$ ), співвідношення шансів –  $3,6$  (при 95% довірчому інтервалі –  $1,0-12,6$ ).

Наявність гіпертермічного синдрому під час загострення БА вдвічі частіше реєстрували у дітей I клінічної групи ( $44,0 \pm 9,8\%$  проти  $21,4 \pm 9,4\%$ ,  $p_{\varphi} < 0,05$ ).

При аналізі призначеної симптоматичної терапії виявлено, що комплексне, доволі «агресивне», лікування з використанням  $\beta_2$ -агоністів короткої дії, системних глюкокортикостероїдів (ГКС) та метилксантинів призначалося у  $68,0 \pm 9,3\%$  та  $57,1 \pm 9,4\%$  ( $P_{\varphi} > 0,05$ ) випадків у пацієнтів I та II груп порівняння відповідно. Середня тривалість перебування у стаціонарі з приводу загострення бронхіальної астми становила  $14,1 \pm 0,9$  та  $14,4 \pm 0,9$  ліжко-дня у I та II клінічній групі відповідно.

Висновок. Наявність характерних для бронхіальної астми симптомів траплялася частіше у пацієнтів із повільними ацетиляторними механізмами. Незважаючи на доволі агресивну терапію, що призначалася більшості пацієнтам обох клінічних груп, тривалість стаціонарного лікування дітей з

фенотипом тяжкої астми становила більше чотирнадцяти днів та не залежала від швидкості ацетилювання.

УДК 378.147:004.9

**ПРОБЛЕМНО-ОРІЄТОВАНЕ НАВЧАННЯ ТА ТЕХНІЧНА  
РЕАЛІЗАЦІЯ СТВОРЕННЯ МОДЕЛЕЙ ВІРТУАЛЬНИХ  
ПАЦІЄНТІВ**

Сажин С.І.

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

У 2015 році Вищий державний навчальний заклад України „Буковинський державний медичний університет” одержав перемогу в грантовому проекті програми Європейського Союзу Erasmus+ 561583-EEP-1-2015-1-KZ-ERPKA2-CBNE-JP (2015-2944/001-001) – TAME: Training Against Medical Error (Навчання щодо уникнення лікарських помилок).

Враховуючи збільшення кількості лікарських помилок під час діагностики, лікування або прогнозу щодо стану здоров'я пацієнтів, актуальною є програма „навчання на помилках”, яка пропонується студентам для студентів медичних університетів і здійснюється в руслі проблемно-орієнтованого підходу.

Курс навчання передбачає моделювання клінічних ситуацій (кейсів) із віртуальними пацієнтами. Студентам при проходженні кейсу пропонуються різні варіанти подальших дій – правильних та помилкових, а підсумком клінічного випадку стає одужання чи смерть пацієнта. Помилки, які роблять студенти під час виконання кейсу, ретельно аналізуються та обговорюються разом із тьютором. Це дозволяє запобігти аналогічним помилкам у реальній медичній практиці в майбутньому. Окрім того, вид навчання, заснований на помилках, унеможливує роботу студентів із реальними хворими. Для занять створюються віртуальні пацієнти та відповідно до нозології, що вивчається студентами, моделюється конкретний клінічний випадок.

Для створення віртуальних пацієнтів існує інструментальне середовище OpenLabyrinth – це онлайн-система для розробки інтерактивних web-додатків. Викладачу курсів цей додаток дозволяє моделювати віртуальних пацієнтів, багаторівневі системи контролю