обструкції бронхів. Результати оцінювали за зміно величини показника лабільності бронхів (ПЛБ).

ПЛБ-відображає з одного боку, зворотню, бета-агоніст контрольовану обструкцію бронхіол, а з іншого - схильність до бронхоспазма під впливом фізичного навантаження. Слід підкреслити, що низька лабільність бронхів не виключає їх гіперреактивності при наявності тривалого запального процесу в дихальних шляхах, що призводить до їх ригідності. ПЛБ вказував на гіперреактивність, якщо він перевищував 20%.

Загальновизнана терапія бронхо-обструктивного синдрому (БОС) приводить до зняття нападу, але не впливає на гіперреактивність бронхів. Приймаючи до уваги запальну теорію бронхо-обструктивного синдрома у дітей, що часто хворіють ГРЗ з активацією вторинних ефекторних клітин запалення - нейтрофільних і еозинофільних лейкоцитів, які сприяють дегрануляції клітин-мастоцитів та виходу з них медіаторів алергії, є доцільним використання в комплексі лікування препаратів, що знижують активність клітин запалення. До цих препаратів відносяться глюкокортикоїди, в якості альтернативних були використані блокатори кальцієвих каналів. Доцільність використовування блокаторів кальцієвих каналів типу ніфедіпіну, верапамілу при лікуванні атопії передбачається так званою "кальцієвою" теорією алергії.

Було обстежено 75 дітей шкільного віку з повторними епізодами бронхіальної обструкції, з яких у 49 діагностовано атопічну форму бронхіальної астми. Середній вік дітей становив 11,9 року. В лікуванні було використані: фіноптин в інгаляціях, верапаміл та корінфар в таблетках. Вихідний ПЛБ у обстежених хворих становив 10,03±1,8%, після інгаляції фіноптину він склав 7,8±1,92 (P>0,05), після прийому верапамілу-6,01±1,29% (P>0,05), у відповідь на приймання коринфару - цей індекс знизився до 3,1±1,08% (P<0,01).

Таким чином, у відповідь на приймання блокаторів кальцієвих каналів відмічено достовірне зменшення ПЛБ за рахунок значного зменшення бронхоспазму, та/або помірної бронходиляції у відповідь на фізичне навантаження. Це можна розцінити як прояв їх позитивної дії на гіперреактивність бронхів. Найкраще цей ефект проявлявся при використанні коринфару. Вважається, що блокатори кальцієвих каналів діють на бронхи за механізмами, які аналогічні механізмам периферичної вазодилятації, перешкоджаючи в ряді випадків розвитку гіперреактивності бронхів. Блокуючи проникнення іонів кальцію через мембрану в клітину гладкої мускулатури бронхів та в мастоцити, препарати цієї групи обумовлюють релаксацію гладких м’язів бронхів та зменшення вивільнення медіаторів. В ситуаціях коли неможливе використання глюкокортикоїдів, можливе використання Коринфару в таблетках з метою зниження гіперреактивності бронхів.

Друцул-Мельник Н.В.

ОЦІНКА ПСИХО-ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Буковинський державний медичний університет

Пандемія COVID-19 призвела до зростання навантаження на систему охорони здоров’я у всьому світі. Більш висока завантаженість медичних працівників сприяє підвищенню рівня проблем з психічним здоров’ям серед медичного персоналу.

Медичний персонал є одним з ключових ресурсів держави в ситуації пандемії. Відомості щодо психічного і психологічного стану медичних працівників, що беруть участь у ліквідації коронавірусного захворювання, викликаного вірусом SARS-CoV-2, дозволяють припустити, що ці наслідки можуть призвести до небезпек, які перевищуватимуть наслідки самої пандемії. Тому підтримка фізичного і психічного здоров’я персоналу має дуже важливе значення для боротьби з пандемією.

Метою роботи було охарактеризувати за даними літератури стан проблеми оцінки психоемоційного стану медичних працівників, що працюють у відділеннях для пацієнтів з коронавірусною інфекцією.

Надмірне психічне навантаження на медичних працівників, які перебувають у місцях спалахів пандемії і мають підвищений ризик зараження та психологічного травмування під час догляду за інфікованими пацієнтами, має як короткострокові, так і довгострокові наслідки для психічного здоров'я і психологічного благополуччя.

Так, згідно з даними мета-аналізу S.appa et all. (2020), до 22% людей, які працюють в охороні здоров'я в період пандемії, виявляють симптоми депресії, до 23% - симптоми тривоги, 38% - страждають безсонням *(Spoorthy MS, Pratapa SK, Mahant S., 2020).* Дослідження, проведене в НДІ ім. Скліфосовського, підтверджує негативний вплив пандемії на психічний стан працівників. У відповідності до шкали Бека, у 8,3% опитаних співробітників цієї установи мають місце симптоми депресії легкої і середньої тяжкості, у 29,3% - симптоми тривоги вираженої і помірної тяжкості *(Холмогорова А.Б., Петриков С.С., Суроегина А. Ю., Микита О. Ю., Рахманина А. А.,2020).*

В українських реаліях ситуація виглядала значно складніше, адже існує цілий ряд об'єктивних труднощів у вітчизняній медицині – недостатність ресурсів, брак обладнання, не налагоджена структура медичної служби, відсутність досвіду кризової роботи та багато іншого. Додалось ще й те, що медичні працівники, на етапі навчання чи підвищення рівня кваліфікації, не отримують узагалі або ж отримують дуже обмежені знання та навички турботи про свій психологічний стан. Медики, які і за звичних умов мають багато факторів ризику емоційного вигорання, на даний час, потрапили у круговерть важкої роботи, постійного психологічного напруження та дуже високих ризиків для життя і здоров'я.

Зниження рівня психічного здоров'я працівників призводить до збільшення числа лікарських помилок, що, в свою чергу, впливає на ефективність наданої допомоги і боротьби з пандемією в цілому.

Таким чином, в умовах сьогодення медичні сестри, що працюють з пацієнтами, хворими на корона вірус, потребують психологічного супроводу та розробки профілактичних заходів щодо професійного вигорання та зниження рівня тривожності.

Іванова Л.А.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ COVID-19 У ПІДЛІТКІВ

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Буковинський державний медичний університет

Сучасний перебіг COVID-19 у дітей змінився, а останні спостереження засвідчують розвиток критичних, загрозливих для життя станів у дитячому віці в межах 6-10% дітей, причому тяжкий перебіг захворювання частіше спостерігається у немовлят та дітей із наявною супутньою хронічною патологією. Поряд із цим, досить обмеженими виявилися дані щодо особливостей перебігу інфекції COVID-19 у підлітковому віці.

Враховуючи вище викладене метою нашої роботи було вивчення епідеміологічних та клінічних особливостей коронавірусної хвороби COVID-19 у підлітків порівняно з молодшою вікової групою.

Для досягнення мети роботи було обстежено188 пацієнтів віком до 18 років, госпіталізованих в інфекційні відділення КНП «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня» з підтвердженою респіраторною інфекцією, зумовленою SARS-COV-2 та сформовано 2 групи спостереження. Першу групу (I) склали діти у віці від 12 до 18 років (43 дитини), до другої групи (II) увійшли діти віком від 0 до 11 років (145 пацієнтів). Таким чином, серед госпіталізованих пацієнтів частка підлітків сягала 22,9%.

Встановлено, що симптоми ураження нижніх дихальних шляхів превалювали у підлітковому віці, зокрема, у більшості відмічалися кашель, задишка, гіпоксемія. Також підлітки частіше відмічали симптоми, пов'язані з інтоксикаційним синдромом (загальна слабкість, астенія, зниження апетиту, відмова від їжі, міалгії, головний біль). Натомість у групі порівняння домінувала симптоматика зі сторони верхніх дихальних шляхів, зокрема, закладеність носа, ринорея та частіше відмічалася лихоманка і діарея. Водночас за тривалістю майже усі симптоми захворювання реєструвались дещо довше у дітей I клінічної