

**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

1,51±0,26 нг/мл проти 0,8±0,25 нг/мл відповідно ($p<0,05$). Показник активності окислювальної модифікації протеїнів нейтрального характеру ОМБ-370 у сироватці хворих I групи становив 0,40±0,01 ум.од. проти 0,36±0,01 ум.од. у дітей II групи ($p<0,05$), протеїнів основного характеру ОМБ-430 - 0,61±0,10 ум.од. проти 0,49±0,04 ум.од. відповідно ($p<0,05$), а середній показник активності каталази сягав 0,46±0,03 мкмоль/хв•мг білка проти 0,54±0,04 мкмоль/хв•мг білка у дітей II групи ($p<0,05$).

Висновки. У дітей, хворих на негоспітальну пневмонію при коронавірусній хворобі COVID-19, при ускладненому дихальною недостатністю її перебігу, що підтверджується отриманими результатами газів крові, порівняно з дітьми без дихальних порушень, відмічаються й активніші показники запального процесу на тлі виснаження антиоксидатних механізмів захисту.

Хільчевська В.С.

СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ВЕРИФІКАЦІЇ СИНДРОМУ ЖИЛЬБЕРА У ДІТЕЙ

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Синдром Жильбера (СЖ) – найчастіша форма генетично-детермінованої доброякісної гіпербілірубінемії, або пігментного гепатозу. Новітні дані щодо поширеності (СЖ) обумовлені впровадженням молекулярно-генетичного дослідження поліморфізмів у відповідній ділянці гена UGT1A1, що кодує синтез уридиндифосфатглюкуронідази 1. Відомо, що шість повторів тимін-аденіна у промоторній ділянці гена UGT1A1 ((ТА)₆/(ТА)₆) відповідає нормальній активності роботи ферменту, а збільшення кількості повторів до 7-8-ми веде до зменшення активності і підвищення в крові некон'югованої фракції білірубину.

Мета дослідження. Проаналізувати анамнестичні та параклінічні показники синдрому Жильбера у дітей Чернівецької області

Матеріал та методи дослідження. Проаналізовано дані 9 медичних карт стаціонарних хворих педіатричного відділення з гастроентерологічними ліжками ОКНП «ЧОДКЛ» за 6 місяців. Всі пацієнти – хлопці віком 16-17 років, учні випускних класів загальноосвітніх закладів. У стаціонар хворі надходили у зв'язку з загостреннями супутньої патології органів травлення, зокрема загострення холециститу, жовчно-кам'яної хвороби. Використано клініко-анамнестичний, параклінічний, статистичний методи дослідження.

Результати дослідження. Середній вік манифестації синдрому виявився 12,2±1,0 років. Виявлені тригер чинники: ГРВІ (у т.ч. COV-19) у 33,3% пацієнтів, дієтичні погрішності у 33,3% випадків, загострення холециститу в 22,2%, рідше - фізичне навантаження, стрес, вживання медикаментів. Тривалість загострення (час нормалізації рівня білірубину при лікуванні у стаціонарі) відмічалась впродовж 10-14 днів.

Перинатальний анамнез у всіх пацієнтів виявився без особливостей, природне вигодовування в кожного з них тривало мінімум до 6 місяців. Всі діти щеплені згідно календаря щеплень, зокрема проти ВГ В. Інфекційний індекс у 6 дітей дорівнював 0, в 3-х дітей - 1 (за рахунок вітряної віспи в анамнезі). Літературні дані щодо зв'язку СЖ з вакцинацією як тригер чинником нам не траплялися. Алергологічний анамнез виявився без особливостей. Соціальний анамнез благополучний, всі діти з повних сімей, 8 дітей народжені перші по рахунку і є єдиними дітьми в сім'ї, один хлопець є другою дитиною в сім'ї. Спадковий анамнез щодо гепато-біліарної патології виявився обтяженим в третини пацієнтів. Жовчно-кам'яна хвороба по лінії матері в 33,3% пацієнта, СЖ по лінії батька в 33,3% дітей, хронічний гепатит по лінії батька у двох пацієнтів (22,2%).

Результати рутинних методів лабораторних досліджень були в межах норми. У біохімічному аналізі крові середній показник загального білірубину становив 44,8±2,5 мкмоль/л, непрямого – 34,4±1,9 мкмоль/л. При цьому інші біохімічні показники, такі як рівень трансаміназ, лужна фосфатаза, білкові фракції та інші, залишалися в межах норми, що збігається з критеріями даної патології. Осмотична резистентність еритроцитів визначалась майже усім пацієнтам з метою виключення гемолізу, визначалась в межах норми.

В семи пацієнтів СЖ підтверджено генетичним дослідженням: частіше з них виявлялись гомозиготи з подовженою послідовністю (ТА)₇/(ТА)₇, 1 пацієнт гомозигота зі змінами послідовності (ТА)₇/(ТА)₈, та 1 пацієнт - гетерозигота тимін-аденін (ТА)₇/(ТА)₆.

Висновки. В цілому, синдром Жильбера виявляється рідко. В семи пацієнтів діагноз верифіковано та підтверджено молекулярно-генетичним дослідженням, у двох пацієнтів став діагнозом виключення за клінічними і лабораторними даними. Дослідження мутацій має діагностичне значення у хворих з клінічним та/або лабораторним проявом захворювання, дозволяє диференціювати синдром Жильбера від інших пігментних гепатозі.

Шахова О.О.

ПОКАЗНИКИ АКТИВНОСТІ ЗАПАЛЕННЯ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ У ДІТЕЙ ІЗ ФЕБРИЛЬНИМИ НАПАДАМИ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ, У ВИЯВЛЕННІ БАКТЕРІАЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЇ

*Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Буковинського державного медичного університету*

Вступ. Індивідуалізоване лікування бронхіальної астми (БА) вимагає для свого обґрунтування наявності доступних і неінвазивних маркерів гіперсприйнятливості бронхів та їх запалення. Серед останніх у дітей найбільшу цікавість викликають біомаркери запалення дихальних шляхів, які будуть володіти високою діагностичною цінністю та змінюватися відповідно запального процесу. У дітей з метою оцінки запалення дихальних шляхів для діагностики досягнення контролю та моніторингу під час зменшення дози протизапальних препаратів, використовують оцінку вмісту оксиду азоту у видихуваному повітрі чи його конденсаті, вміст якого корелює з обструкцією дихальних шляхів.

Мета дослідження. Оцінити діагностичну цінність запальних маркерів конденсату видихуваного повітря у виявленні бактеріальної інфекції в дітей із фебрильними нападами бронхіальної астми, для оптимізації комплексного лікування.

Матеріали і методи. Методом простої випадкової вибірки на базі пульмоалергологічного відділення ОДКЛ м. Чернівці, обстежено 102 дитини, хворих на бронхіальну астму, які надійшли до стаціонару з приводу нападів захворювання в поєднанні з підвищенням температури тіла. Для забору конденсату видихуваного повітря (КВП) використовували спроектований та модифікований, виходячи з рекомендацій, конденсор. Дитина у стані спокою дихала впродовж 10-15 хвилин у наконечник конденсора, таким чином збирали 1,5-2 мл КВП, комплекс досліджень якого включав: визначення загального білка за методом Lowry O.H.; визначення метаболітів монооксиду нітрогена за Ємченко Н.Л.; протеолітичну активність за лізисом азоальбуміну, азоказеїну та азоколагену за Веремєєнком К.Н. та співавт; сумарну, ферментативну та неферментативну фібринолітичну активність за методикою Кухарчука О.Л..

Результати дослідження. Використання низької концентрації метаболітів оксиду азоту в конденсаті видихуваного повітря менше 20,0 мкмоль/л, вища активність каталази (більше 40,0 проте менше 80,0 мкмоль/хв x мг білка) та концентрація загального білку більше 3,3 г/л для підтвердження наявності в дитини вірусної інфекції характеризується, в цілому, недостатньою діагностичною цінністю за винятком вмісту метаболітів оксиду азоту. Активність каталази більше 40,0 проте менше 80,0 мкмоль/хв x мг білка має у цьому відношенні наступні показники діагностичної цінності: ЧТ – 73,9% (95%ДІ 64,1-82,2), СТ – 41,1% (95%ДІ 31,3-51,4), ПЦПР – 55,7% (95%ДІ 46,8-64,3), ПЦНР – 61,2% (95%ДІ 48,5-72,8) при ВП(+) – 1,3 і ВП(-) – 0,6. Вміст загального білку в КВП більше 3,3 г/л відповідно характеризується наступною діагностичною цінністю: ЧТ - 39,1% (95%ДІ 29,5-49,4), СТ – 71,4% (95%ДІ 61,5-80,0), ПЦПР – 57,8% (95%ДІ 45,1-69,7), ПЦНР – 54,0% (95%ДІ 45,1-62,7), ВП(+) – 1,4 і ВП (-) – 0,9. Концентрація метаболітів оксиду азоту в КВП менше 20,0 мкмоль/л може бути використана для підтвердження вірусної респіраторної інфекції в дітей із фебрильними нападами бронхіальної астми з наступною діагностичною цінністю тесту: ЧТ