

reinforce the clinical exam even a high fidelity manikin was available. At the conclusion of the scenarios a debriefing with learners using structured feedback was performed. Debriefing plan included group discussion. We have received doctors' feedback based at "Pendleton's rules". Outcome measure was change (before and after training) in adherence to management of respiratory distress pediatric cases, change in teamwork performance. Participation in a simulation-based team training educational intervention significantly improved surrogate measures of clinical performance, time to initiation of key clinical tasks, and teamwork during simulated pediatric training. Positive doctors' feedback stimulated further pediatric scenario creation and work-up.

Conclusion. Postgraduate respiratory training improved doctors' teamwork, their communication and identified trainees' management deficits. Future study is required to better understand the impact on long-term retention of knowledge and skills of the respiratory simulation training course as a part of a continuing medical education at the basis of the Center for Simulation Medicine.

Богуцька Н.К. (Чернівці, Україна)

ЕМПІРИЧНА СТАРТОВА ТЕРАПІЯ АНТИБІОТИКАМИ ГОСПІТАЛІЗОВАНИХ ВИПАДКІВ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Щорічно в Україні на гострі респіраторні інфекції (ГРІ) хворіють 10-14 млн осіб, за даними ВООЗ респіраторна патологія займає перше місце серед усіх захворювань та впродовж останніх років спостерігається стала тенденція до її збільшення у всьому світі. 85% випадків ГРІ припадає саме на дитячий вік, зокрема найвищі показники захворюваності на ГРІ фіксують у віці 6 міс. – 3 роки. Тому ГРІ — найпоширеніша проблема клінічної педіатрії. Актуальність проблеми ГРІ в дитячому віці пов'язана не лише з поширеністю, але й із ймовірними тяжким перебігом та ускладненнями, що потребують госпіталізації та більш інтенсивного лікування. Зокрема, на певному етапі залежно від нозології постає спектр питань щодо раціональної антибіотикотерапії ГРІ (доцільності призначення, емпіричного вибору препарату, тривалості лікування, деескалації та заміни шляхів введення препарату тощо). Метою дослідження було проаналізувати особливості антибіотикотерапії гострих

респіраторних інфекційних захворювань (ГРЗ) у дітей раннього віку, госпіталізованих до Чернівецької обласної дитячої клінічної лікарні.

Проаналізовано 232 карти стаціонарних пацієнтів раннього віку з гострими респіраторними захворюваннями, з них: 106 дівчаток, 66,4% - у віці до року, 6,9% госпіталізовано у ВІТ. Середній вік дітей становив $11,1 \pm 10,5$ міс, остаточні діагнози ГРЗ верифікувати клініко-рентгенологічно.

Нозологічний спектр ГРЗ обстежених дітей: позалікарняна пневмонія (44,2% випадків), ГРВІ, назофарингіт (12,1%), бронхіоліт (11,7%), бактеріальний трахеобронхіт (10,8%), гострий тонзилофарингіт (7,5%), гострий обструктивний бронхіт (6,3%), гострий трахеобронхіт і ларинготрахеїт (по 1,3% випадків). Антибіотики з приводу актуального ГРЗ до госпіталізації отримували 21,3% дітей, а саме: цефіксим (38,8% випадків), по 12,2% випадків - оспамокс, азитроміцин або амоксиклав, по 6,1% - цефтриаксон, цефотаксим або цефуроксим; цефподоксим (4,1%); ампіцилін (2,0% випадків). Практично у всіх дітей цієї групи в стаціонарі антибіотик був замінений на інший.

З групи обстежених 63,2% дітей з ГРЗ почали отримувати антибіотик лише в стаціонарі, 21,9% пацієнтів отримували антибіотикотерапію і до, і після госпіталізації. З приводу актуального ГРЗ антибіотикотерапію ні до, ні після госпіталізації не отримували лише 14,9% дітей, і лише в 0,9% випадків раніше призначена антибіотикотерапія була скасована в стаціонарі. Призначення антибіотиків в якості емпіричної стартової терапії ГРЗ у дітей частіше не відповідало національним рекомендаціям.

Антибіотики в стаціонарі отримували 84,5% обстежених дітей з респіраторними захворюваннями, зокрема: в 77,8% випадків - цефтриаксон, в 10,8% - цефотаксим, в 3,6% - цефазолін, в 2,6% - азитроміцин, в 1,0% - амоксиклав або цефуроксим, в 0,5% - оспамокс, цефіксим, амікацин, цефподоксим, цефепім або меронем. У стаціонарі антибіотикотерапію отримували 100% дітей з позалікарняними пневмоніями, гострими бактеріальними трахеобронхітами і гострими тонзилофарингітами, 66,7% дітей з гострими трахеобронхітами, 60,7% пацієнтів з бронхіолітами, 60% - з гострими обструктивними бронхітами, 51,7% - з ГРВІ, назофарингітами, 33,3% - з гострими ларинготрахеїти.

Таким чином, лише 15% дітей з ГРІ не отримували АБ ні до, ні після госпіталізації. Більше половини госпіталізованих дітей отримують АБ при патологіях (гострий обструктивний бронхіт, бронхіоліт, назофарингіт), в

лікуванні яких не рекомендована антибіотикотерапія. Для лікування ГРІ в дітей раннього віку лікарі надають перевагу цефалоспоринам III покоління: на догоспітальному етапі — (39%) цефіксим, у стаціонарі — (89%) цефтріаксон, цефотаксим, та дуже рідко призначають препарати пеніцилінового ряду, незважаючи на національні рекомендації про привілейоване емпіричне призначення амоксицилінів. Дане дослідження є підґрунтям для майбутнього фармакоаналізу антибіотикотерапії у стаціонарі з позиції раціональності та цінового еквіваленту.

Богуцька Н.К., Іванова Л.А, Гречаник Г.В. (Чернівці, Україна)

РЕСПІРАТОРНІ ПРОЯВИ ЗА МУЛЬТИСИСТЕМНОГО ЗАПАЛЬНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ, АСОЦІЙОВАНОГО ІЗ COVID-19

COVID-19, спричинений SARS-CoV-2, призвів до глобальної пандемії, починаючи з грудня 2019 року. Перші дослідження вказували на легший або безсимптомний перебіг інфекційної хвороби, спричиненої SARS-CoV-2, у дітей. Однак наприкінці квітня 2020 р. вчені Великої Британії повідомили про новий синдром, пов'язаний із SARS-CoV-2 інфекцією, що характеризувався гіперзапаленням та поліорганими проявами у дітей і був подібним до хвороби Кавасакі та синдрому токсичного шоку. Цей синдром пізніше був названий мультисистемним запальним синдромом у дітей (MIS-C), асоційованим із COVID-19, хоча існує багато синонімів (мультисистемний запальний синдром (MIS) у дітей та підлітків, який тимчасово пов'язаний з COVID-19; дитячий запальний мультисистемний синдром (PIMS), Kawa-COVID-19; системний запальний синдром при COVID-19 тощо). Різні визначення MIS-C можна знайти як на веб-сайті Королівського коледжу педіатрії та здоров'я дітей (RCPCH, Велика Британія), так і на веб-сайтах ВООЗ і Центру контролю та профілактики захворювань CDC (США).

Не зважаючи на все зростаючу кількість повідомлень про MIS-C, досі не існує повної інформації про його природу та особливості перебігу, включаючи епідеміологію, патогенез, клінічний спектр, лабораторні особливості, оптимальне лікування та довгострокові результати, тому вважали за доцільне представити клінічні випадки MIS-C у дітей, яких лікували на базі ЧОДКЛ у порівнянні з даними огляду наукових джерел. Метою дослідження було описати клінічні особливості та респіраторні прояви клінічних випадків MIS-C