

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ  
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



## **МАТЕРІАЛИ**

**100 – ї**

**підсумкової наукової конференції**

**професорсько-викладацького персоналу**

**Вищого державного навчального закладу України**

**«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

**11, 13, 18 лютого 2019 року**

**(присвячена 75 - річчю БДМУ)**

**Чернівці – 2019**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м. Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2019. – 544 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м.Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Бойчук Т.М., професор Івашук О.І., доцент 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.

професор Денисенко О.І.

професор Заморський І.І.

професор Колоскова О.К.

професор Коновчук В.М.

професор Пенішкевич Я.І.

професор Сидорчук Л.П.

професор Слободян О.М.

професор Ткачук С.С.

професор Тодоріко Л.Д.

професор Юзько О.М.

д.мед.н. Годованець О.І.

ISBN 978-966-697-543-3

© Буковинський державний медичний  
університет, 2019



Science, Google Scholar, PubMed та Springer. Загальна кількість джерел наукової літератури - 85, з них 55 становлять джерела закордонних публікацій. Глибина пошуку – 5 років.

Жовтяниця є ознакою підвищеного рівня білірубину в крові. [Ramachandran A., 2015] Ознаки жовтяниці у дитини характеризуються жовтуватим відтінком шкіри, слизових оболонок та кон'юнктиви, що спричинено накопиченням білірубину. [Ullah S., 2016] Гіпербілірубінемія виникає, коли виникає дисбаланс між продукцією білірубину, його кон'югацією та елімінацією. Внаслідок пошкодження еритроцитів і гемоглобіну з'являється некон'югований білірубін, щоб накопичується в крові. [Ullah S., 2016] Некон'югований білірубін зв'язується з альбуміном і транспортується до печінки, де він перетворюється в кон'югований білірубін. Кон'югований білірубін є розчинним у воді, внаслідок чого має здатність до виведення з сечею та фекаліями. [Wells C., 2013] Некон'югований білірубін розчиняється у ліпідах і може перетинати через гематоенцефалічний бар'єр. [Ramachandran A., 2015]

У перший тиждень життя більшість дітей мають рівень білірубину, який перевищує верхню межу норми для дорослої людини. [Maisels J., 2006] Жовтяниця в результаті незначного збільшення рівня некон'югованого білірубину після народження є нормальною і, як правило, не потребує обстеження чи лікування. Незначна жовтяниця може зберігатися протягом першого тижня до 10 днів життя без будь-якої причини. Проте рання жовтяниця (виявляється клінічно до 24 годин) є фактором ризику важкої гіпербілірубінемії, яка потребує лікування. Коли жовтяниця має високий піковий рівень, незалежно від причини, для запобігання пошкодження мозку необхідне лікування дитини. Крім того, деякі основні причини гіпербілірубінемії є серйозними або навіть небезпечними для життя хворобами, які потребують термінового лікування.

Дослідження є обгрунтованими для визначення основної причини жовтяниці в будь-якому з наступних випадків: ранній початок з високим піковим рівнем [Wells C., 2013]; підвищений рівень кон'югованого білірубину [Bhandari V., 2017]; жовтяниця персистує більше за часом з урахуванням тривалості фізіологічної жовтяниці [Ramachandran A., 2015]; наявність у дитини інших клінічних захворювань або порушень.

**Garas M.N.**

## **A CASE OF SIMULTANEOUS COURSE OF MEASLES AND LYME DISEASE IN A TEENAGER**

*Department of Pediatrics and Children Infectious Diseases  
Higher state educational establishment of Ukraine  
«Bukovinian State Medical University»*

The simultaneous course of acute infectious diseases of various etiologies (Morbillivirus and *Borrelia burgdorferi*) and the transmission mechanism (air droplet and tick borne) in children is rare and requires attention in the diagnostic and therapeutic process.

The paper aims at analyzing the peculiarities of simultaneous course of measles and Lyme borreliosis in children.

The study was based on the observation of a 16-year-old girl, suffering from simultaneous course of acute infectious diseases – measles and Lyme borreliosis.

A patient was admitted to the hospital on the 4<sup>th</sup> day of the illness, which had manifested itself with cough, coryza, conjunctivitis. On the 3<sup>rd</sup> day of the disease there was a rash on the face and neck. The girl had contacted the child with measles 9 days before the onset of the disease. The mite bit the girl in the forest a month before hospitalization. The child was not vaccinated against measles. The general condition was moderate with hyperthermia, weakness, conjunctivitis, airway catarrh; macula-papular rash was on the face, neck, trunk, sometimes merges. Erythema migrans was observed at the mite bite place against the background of the appearance of macula-papular rash on the left shin. IgM to Morbillivirus was positive, IgM to *Borrelia burgdorferi* was positive.

Treatment included Ibuprofen orally if necessary, intranasal introduction of Xylometazoline hydrochloride, butamirate citrate orally, vitamin A, Clarithromycin 500 mg/day for 14 days orally.



On the 4<sup>th</sup> day of hospitalization, the girl's condition was better; a gradual regression of the rash was noted. On the 14<sup>th</sup> day she was discharged from the hospital being on recovery.

Therefore, in the combined course of measles and Lyme disease, typical clinical symptoms of both diseases were observed with intensification of erythema migrans against the background of measles rash. Effective treatment included long-term antibacterial therapy of Lyme disease and supportive treatment of measles.

**Гінгуляк М.Г**

## **ВПЛИВ АЛЕРГІЇ НА ВИНИКНЕННЯ ГАСТРИТУ У ДІТЕЙ**

*Кафедра педіатрії та медичної генетики*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Людство звикло, що термін алергія «синонім» патології органів дихання чи шкіри, але гастроентерологія на жаль також має свою нішу.

Метою роботи було вивчити роль підвищеної чутливості гастроінтестинальних органів, а саме слизової оболонки шлунку у відповідь на можливі харчові алергени.

Було обстежено 46 дітей шкільного віку з діагнозом хронічний гастродуоденіт у періоді загострення, що знаходились на лікування у гастроентерологічному відділенні. Діагноз підтверджений за допомогою фіброгастродуоденоскопії з прицільною біопсією, також було визначено рівень імуглобуліну Є (IgE) в сироватці крові.

Встановлено, що у 31 дитини рівень IgE в середньому дорівнював  $64 \pm 5,4\%$ , що відповідно більше від норми майже у тричі. У 15 хворих показник IgE становив  $30,9 \pm 5,6\%$ , що відповідає нормі. З анамнезу життя встановлено, що серед дітей з високим рівнем IgE, тільки третина знаходились на грудному вигодовуванні на відміну від пацієнтів з нормальним IgE де таких було більше половини. Дебют гастроінтестинальних розладів у першому півріччі життя спостерігався у дітей з високим IgE, значна частина яких до року була переведена на загальний стіл харчування.

Скарги хворих були на біль у животі, яскравість якого була від короткотривалого колючого характеру до не інтенсивного тривалого. При цьому у дітей з високим IgE біль переважно був короткотривалим, нападopodobним, переважно у правому підребер'ї і не залежав від часу прийому їжі чи дефекації. Тоді, як у пацієнтів з нормальним IgE біль переважно мав невиразний, тупий, ниючий характер і локалізувався в епігастральній ділянці та виникав переважно після їди.

За результатами фіброгастродуоденоскопії було встановлено, що за наявності ознак запалення слизової оболонки шлунку, тільки у третини пацієнтів мали місце дегенеративні зміни слизової і у всіх цих дітей був підвищений IgE, що мабуть свідчить про вплив алергічної складової на формування алергічного гастриту.

Таким чином можна вважати, що наступні ознаки свідчать на користь формування алергічного гастриту, а саме – нетривалий нападopodobний біль у правому підребер'ї, який не має зв'язку з прийомом їжі та актом дефекації, наявність аерофагії та вздуття живота, але ці ознаки є на тлі підвищеного рівня імуноглобуліну E у сироватці крові. Крім цього, бажано за подібної симптоматики визначати рівень IgE з метою визначення етіологічного чинника та корекції лікування.