

**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

понад 1-3 рази/тиждень (25% випадків) (відносний ризик-1,2, відношення шансів – 1,3), кожен третій пацієнт даної групи потребував застосування швидкодійних бронходилататорів в обсязі більше 4 доз на день (відносний ризик-3,7, відношення шансів – 5,4), що свідчило про неконтрольованість астми. Неможливість втримання контролю у хворих з гіпергранулоцитарним фенотипом БА підтверджувалося підвищеною потребою у стаціонарному лікуванні (понад 3 рази/рік) пацієнтів даної групи (відносний ризик-2,1, відношення шансів – 3,9).

Висновки. У дітей, хворих на бронхіальну астму, гіпергранулоцитарний запальний патерн крові є маркером несприятливого перебігу хвороби, що асоціює з високим ризиком неконтрольованого або частково контрольованого перебігу захворювання, що потребує старту із верхньої сходинки базисної терапії з подальшим переглядом схеми лікування через 3 місяці.

Теслицький О.К.

ЛАБОРАТОРНО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ АСПЕКТИ ПЕРЕБІГУ ПОЗАЛІКАРНЯНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ, ВИКЛИКАНОЇ SARS-COV-2 ТА УСКЛАДНЕНОЇ ДИХАЛЬНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

*Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Буковинський державний медичний університет*

Вступ. Перебіг пневмонії у дітей зазвичай може супроводжуватися дихальною недостатністю, що залежить від багатьох особливостей – віку дитини, етіології запального процесу, тяжкості захворювання та ін. Водночас, клінічно-лабораторні аспекти перебігу негоспітальної пневмонії у дітей з виразною дихальною недостатністю при COVID-19 ще вивчаються та повсякчас потребують уточнення

Мета дослідження. Дослідити окремі лабораторно-інструментальні показники у дітей, хворих на негоспітальну пневмонію при коронавірусній хворобі COVID-19, що ускладнена дихальною недостатністю.

Матеріал і методи дослідження. На базі КНП «Обласна дитяча клінічна лікарня» м. Чернівці (Україна) методом простої випадкової вибірки за методикою «випадок-контроль» обстежено 73 дітей із негоспітальною пневмонією, викликану SARS-CoV-2, що верифіковано шляхом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) зворотної транскрипції (RT-PCR) мазка з носоглотки чи конденсату видихуваного повітря. У 56 дітей пневмонія супроводжувалася дихальною недостатністю (ДНІ-ДНІІ) (І клінічна група, середній вік $10,9 \pm 0,62$ року, частка хлопчиків – 53,6%, частка сільських мешканців – 64,3%), а в 17 дітей запалення легень перебігало без ускладнення дихальною недостатністю (ДН0) (ІІ клінічна група, середній вік $12,0 \pm 0,75$ року, частка хлопчиків – 75,0%, частка сільських мешканців – 37,5%, в усіх випадках $p > 0,05$). Обстеження та лікування проводилося згідно з чинними національними стандартами та протоколами. Дослідження з верифікації етіології проводилися у сертифікованих лабораторіях відповідних регіональних лабораторних центрів МОЗ України, решта лабораторних й інструментальних обстежень проводилися на базі КНП ОДКЛ.

Результати дослідження. Відмічено, що 46,4% пацієнтів І клінічної групи одразу при поступленні до лікарні потребували лікувальних заходів у ІВАІТ та перебували в цьому відділенні до переспрямування до інфекційного відділення в середньому $1,9 \pm 0,33$ дня. Середній показник SaO_2 при зверненні на стаціонарний етап становив у представників І групи 93,6% (96,7% у дітей ІІ групи відповідно, $p < 0,05$). Водночас, середній показник HCO_3 сягав у пацієнтів І групи $29,4 \pm 6,61$ ммоль/л (проти $24,0 \pm 2,50$ ммоль/л у пацієнтів ІІ групи, $p > 0,05$), $ctCO_2$ – $43,5 \pm 7,62$ ммоль/л проти $31,2 \pm 5,50$ ммоль/л відповідно ($p < 0,05$), BE_{esf} – $4,5 \pm 1,20$ мЕкв/л проти $-1,8 \pm 0,18$ мЕкв/л відповідно ($p < 0,05$), що фактично підтверджує наявність дихальної недостатності та респіраторний ацидоз у дітей І клінічної групи. Слід зазначити, що середній показник С-реактивного протеїну становив у пацієнтів І групи $20,7 \pm 1,54$ мг/л відносно $8,0 \pm 2,00$ мг/л у хворих ІІ групи ($p < 0,05$), а прокальцитоніну -

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 «ЧОДЖЛ» 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.