

**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

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

**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 О.Н.; 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

– 25,6% (95%ДІ 17,4-35,3), СТ – 95,8% (95%ДІ 89,2-98,8), ПЦПР – 85,9% (95%ДІ 68,1-96,0), ПЦНР – 56,3% (95%ДІ 48,5-63,9) при ВП(+) – 6,1 і ВП(-) – 0,8.

**Висновки.** При використанні вказаного тесту для спростування бактеріальної інфекції дихальних шляхів або підтвердження вірусної природи захворювання хибнопозитивні результати виникають менше, ніж у 5% випадків, проте у  $\frac{3}{4}$  дітей можливими є хибнонегативні результати. При цьому низька передбачувана цінність негативного результату не дозволяє використовувати його для підтвердження вірусної інфекції і, таким чином, лікування хворого без антибактеріальних засобів.

## СЕКЦІЯ 14 АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПЕДІАТРІЇ, НЕОНАТОЛОГІЇ ТА ПЕРИНАТАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ

**Andriychuk D.R.**

### SOME PECULIARITIES OF THE POSTOPERATIVE PERIOD IN CHILDREN

*Department of Pediatrics and Medical Genetics*

*Bukovinian State Medical University*

**Introduction.** The postoperative period is the time from the end of the operation to the recovery of the patient and restoration of working capacity or his transfer to the disability group. They are distinguished: the early postoperative period – the first 5-6 days after the end of the surgical operation; the late postoperative period – before the patient is discharged from the hospital; remote postoperative period – until complete recovery and restoration of his working capacity or transfer to the disability group. Under the influence of surgery and anesthesia, the intensity of metabolic processes changes – the ratio of catabolism (accumulation of toxic products in the body due to the breakdown of substances and cells) and anabolism (a set of processes aimed at the formation of organic substances – constituent parts of cells and tissues) is disturbed.

**The aim of study.** The necessary conditions for managing the postoperative period in children are created in the intensive care unit. Registration of physiological indicators and prescription of medicinal products is carried out taking into account age, age-related dosages of medicinal substances and calculating daily dosages of liquid administration depending on the weight of the child.

**Results.** The position of the child in bed depends on the nature of the operation. The position according to Fedorov promotes relaxation of the abdominal wall, facilitates respiratory excursions, and prevents pneumonia. Positioning on the healthy side after lung surgery reduces the likelihood of atelectasis. Intravenous administration of medicinal solutions, liquids, and nutrients helps combat postoperative shock, reduces intoxication, and solves the problem of parenteral nutrition. Narcotic and non-narcotic analgesics are prescribed for pain. Oxygen therapy helps to prevent lung failure, shock reactions, and reduces flatulence. A permanent gastric tube is used during operations on the abdominal cavity 24-72 hours before the recovery of gastric peristalsis to avoid vomiting and aspiration. Children, who have undergone severe interventions, in particular on the organs of the chest and abdominal cavity, musculoskeletal system, show therapeutic gymnastics and massage.

Complications after surgery in children develop rapidly, most often in the first 2-3 days. Atelectasis of the lung is accompanied by respiratory failure and is confirmed by X-ray examination. Pulmonary edema occurs most often in connection with an overdose of fluid during infusion. Heart rhythm disturbances and respiratory arrest are observed more often in the newborn children.

Hyperthermia is observed in children of the younger age group most often without direct connection with the severity of the operation. Treatment is symptomatic: physical and drug hypothermia. Dynamic intestinal obstruction is severe and requires complex correction.

**Conclusions.** Depending on the severity of the disease, the volume and nature of the operation, the postoperative period can last from several days to several months. In the