

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



МАТЕРІАЛИ

**106-ї підсумкової науково-практичної конференції
з міжнародною участю
професорсько-викладацького колективу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
03, 05, 10 лютого 2025 року**

Конференція внесена до Реєстру заходів безперервного професійного розвитку,
які проводитимуться у 2025 році №1005249

Чернівці – 2025

УДК 61(063)
М 34

Матеріали підсумкової 106-ї науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького колективу Буковинського державного медичного університету (м. Чернівці, 03, 05, 10 лютого 2025 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2025. – 450 с. іл.

У збірнику представлені матеріали 106-ї науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького колективу Буковинського державного медичного університету (м. Чернівці, 03, 05, 10 лютого 2025 р.) зі стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Геруш І.В., професорка Годованець О.І., професор Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

професор Батіг В.М.
професор Білоокій В.В.
професор Булик Р.Є.
професор Давиденко І.С.
професор Дейнека С.Є.
професорка Денисенко О.І.
професор Заморський І.І.
професорка Колоскова О.К.
професорка Кравченко О.В.
професорка Пашковська Н.В.
професорка Ткачук С.С.
професорка Тодоріко Л.Д.
професорка Хухліна О.С.
професор Черноус В.О.

ISBN 978-617-519-135-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2025

регламентувальним настановам та локальним протоколам. Отримані результати аналізувалися з використанням методів біостатистики та клінічної епідеміології.

Результати дослідження. Госпіталізація дітей до педіатричної клініки відбувалася в середньому на $6,6 \pm 0,62$ день від початку захворювання та в більшій мірі було пов'язано із системними розладами та порушенням водно-електролітного балансу, що потребували протезування респіраторної функції, корекції гемодинаміки та водно-електролітних порушень, що здійснювалося в умовах інфекційного відділення анестезіології та інтенсивної терапії в середньому $5,2 \pm 0,7$ дня. Середня тривалість стаціонарного лікування склала $12,2 \pm 1,25$ днів. Використовувана в роботі шкала тяжкості респіраторних захворювань Бреша-COVID, виходячи із даних клініко-лабораторних та інструментальних показників дає можливість оцінити обсяг необхідної респіраторної підтримки відповідно до отриманого рівня. Респіраторна терапія включає в себе кисневу терапію, неінвазивну вентиляцію легень, штучну вентиляцію легень, а також застосування різних методів, що зберігають та покращують функцію легень. При розвитку перших ознак ДН оксигенотерапія розпочиналася через маску або носові катетери. Початкова киснева терапія розпочиналася при збереженні активної дихальної спроможності та $SpO_2 < 92\%$, щоб підтримувати SpO_2 більше або рівним 90% . За неефективності вищезазначена терапія доповнювалася комплексом апаратної респіраторної підтримки.

Висновки. Застосування легенево-протективної стратегії в лікуванні гострого респіраторного дистрес-синдрому зумовленого коронавірусною хворобою COVID-19 у дітей які потребували інвазивної вентиляції легень супроводжувалося вираженим позитивним результатом, так як не супроводжувалося побічними наслідками та закінчувалося швидким одужанням пацієнтів.

Хільчевська В.С.

АЦЕТОНЕМІЧНИЙ СИНДРОМ У ДІТЕЙ: ВАРІАНТИ ПЕРЕБІГУ

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Актуальність теми обумовлена не згасаючим інтересом до проблеми недіабетичних ацетонемічних станів (АС) як ускладнень різноманітної патології у дитячому віці та причини госпіталізації. Вторинний АС виникає на тлі соматичних, інфекційних, ендокринних захворювань, уражень ЦНС, часто при різних поєднаних патологіях системи травлення, які супроводжуються ознаками інтоксикації, диспепсії, холестазу, токсичного ураження печінки.

Мета дослідження. Вивчити маркери перебігу вторинного АС у дітей з патологією системи травлення з визначенням ефективності проведеної терапії.

Матеріал і методи дослідження. Методом ретроспективного аналізу медичних карт стаціонарних хворих у гастроентерологічному відділенні ЧОДКЛ вивчено перебіг вторинного АС у 53 пацієнтів від 2 до 15 років. Сформовано дві клінічні групи спостереження: I групу склали 33 дитини з помірним кетозом (ацетонурія ++), II групу - 20 дітей з тяжким кетозом (ацетонурія ++++). За статтю, віком, місцем проживання групи порівняння вірогідно не відрізнялися.

Результати дослідження. У дітей груп порівняння основним діагнозом виступали гастродуоденальна патологія (функціональна диспепсія, рідше хронічний гастродуоденіт) та гепатобіліарна патологія, часто у поєднанні з функціональною диспепсією, представлена дискінезіями жовчовидільних шляхів, рідше хронічним холециститом. Значно менше зустрічалася патологія підшлункової залози. Пацієнти II клінічної групи, з виразним кетозом, значно частіше потребували інфузійну, регідраційну терапію, парентеральні антиеметики. У лікуванні пацієнтів I групи частіше застосовували групи препаратів для патогенетичного лікування основного захворювання. Переважна більшість дітей обох груп порівняння отримували курс ферментним препаратом, вдвічі рідше спазмолітики та антациди. Аналізуючи анамнестичні дані, нами не виявлено жодних вірогідних відмінностей за

показниками перинатального анамнезу. З показниками, які часто траплялися нам в літературі у зв'язку з АС (часті ГРВІ в анамнезі, інфекційний індекс, вид вигодовування, тривалість грудного вигодовування, патологія підшлункової залози в сімейному анамнезі) вірогідного зв'язку не виявлено. У дітей в І групі епізоди ацетонурії траплялися вірогідно частіше, у 3 рази вірогідно частіше був обтяжений індивідуальний алергологічний анамнез. У пацієнтів І клінічної групи переважали ознаки гепато-біліарної патології, показники холестатичного синдрому, перибіліарна інфільтрація, зміни жовчного міхура при ультразвуковому дослідженні, зокрема потовщення стінки ($P < 0,05$). У групі дітей з тяжким кетозом (ІІ клінічна група) виявлялися вищими маркери цитолітичного синдрому ($P < 0,05$). Кореляційний аналіз показав, що виразність ацетонурії в когорті обстежених дітей вірогідно ($p < 0,05$) корелювала з чоловічою статтю ($r = 0,49$), тяжчим загальним станом при поступленні ($r = 0,50$), наявністю оксалурії ($r = 0,32$), тривалішою інфузійною терапією ($r = 0,38$), застосуванням оральної регідратації ($r = 0,50$) та меншою тривалістю перебування у стаціонарі ($r = -0,36$), що можна пояснити більш раннім та ефективним застосуванням дезінтоксикаційної та регідратаційної терапії дітей з тяжким кетозом.

Висновки. Було відмічено, що в групі дітей з помірним АС набагато частіше відмічався обтяжений алергологічний анамнез та втричі менше відмічалася надлишкова вага. У 47,2% випадків діти з ацетонурією потребували проведення інфузійної терапії в умовах стаціонару, раннє призначення якої у поєднанні з антиеметиками вагомо підвищувало ефективність лікування. При позитивних маркерах цитолітичного або холестатичного синдромів у комплексному лікуванні були застосовані гепатопротективні препарати як складова патогенетичної терапії.

Шахова О.О.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ДЕЗОБСТРУКТИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ ІЗ ФЕБРИЛЬНИМИ НАПАДАМИ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

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

Вступ. Всупереч тому, що бронхіальна астма (БА) найчастіше розвивається в дітей раннього та дошкільного віку, вирішення питань щодо лікування даного захворювання у цій віковій групі вирізняється суперечливістю і недостатньою обґрунтованістю та ефективністю. Це, перш за все, пов'язане з нечіткими уявленнями про патогенез БА в дітей даного віку та, зокрема, щодо взаємозв'язків даного захворювання з респіраторною інфекцією.

Мета. Оцінити ефективність комплексного лікування дітей із фебрильними нападами бронхіальної астми вірусної та бактеріальної етіології.

Матеріал і методи дослідження. Для оцінки ефективності комплексної терапії дітей із фебрильними нападами БА на фоні наявності бактеріальної (основна, І клінічна група – 54 хворих, в результаті бактеріологічного дослідження мокротиння та/або позитивних серологічних тестів підтверджено наявність бактеріальних збудників при фебрильних нападах БА) та вірусної (група порівняння, ІІ клінічна група – 48 дітей, за допомогою вірусологічних досліджень підтверджено вірусний характер загострень БА на тлі підвищення температури тіла) респіраторної інфекції, проведений аналіз її обсягу, інтенсивності та ефективності в наведених групах порівняння.

Результати дослідження. У групі порівняння призначення глюкокортикостероїдів у вигляді інгаляцій мало місце у 8,7% випадків ($P < 0,05$), а парентерально – у 47,8% ($P = 0,05$). Середня тривалість призначення глюкокортикостероїдів у І клінічній групі становила $2,2 \pm 0,13$ доби, а у групі порівняння – $3,1 \pm 0,32$ доби ($P > 0,05$). У хворих основної клінічної групи антибіотики цефалоспоринового ряду використовувалися в лікуванні 31 хворого (55,4%), препарати макролідної групи – у 18 хворих (32,1%), захищені амінопеніциліни – у 12 дітей (21,4%), антибіотики аміноглікозидної групи – 9 хворим (16,1%), протигрибкові препарати – 7 пацієнтам (12,5%), а протитуберкульозні засоби – 3 пацієнтам (5,4%). У групі порівняння наведені антибіотики відповідно призначалися у наступній кількості випадків: 17