

**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

first two months, he gained one kilogram per month. In the third month of life, he began to lose weight with satisfactory lactation. The mother noticed the deterioration of the condition since May (4 months) when the body temperature increased, the respiratory rate increased (40 per minute), and the general condition worsened. The child was admitted to the city children's hospital with suspicion of meningitis. Lumbar puncture was performed and meningitis was excluded (CSF was clear, protein - 0.33 g/l, cytosis - 48/3). Hyperglycemia of 28-30 mmol/L and ketonuria (++) were detected. After insulin and infusion therapy, the child's condition improved.

Objectively: the child's condition was severe due to ketoacidosis and hyperglycemia against the background of rickets. The child is conscious. The tongue is covered with white layers, there is no smell of acetone. Skin turgor is preserved. Heart sounds are audible, there is a systolic murmur in the apex. Breathing in the lungs is childlike, without wheezing. The abdomen is soft and increased in volume, the liver protrudes 1.5-2 cm under the costal arch, and the edge is sharp and elastic on palpation. Urination is unimpaired and sufficient. Stools are yellow without impurities, 3-4 times a day.

Laboratory Data. Complete blood count: Hb - 123 g/g, erythrocytes -  $4.46 \times 10^{12}/L$ , leukocytes -  $6.3 \times 10^9/L$ , e-1, p-1, s-28, l-60, m-10. CUE - color yellow, transparency - slightly cloudy, reaction - slightly acidic, protein - not found, sugar - 1%, acetone - not found, squamous epithelium single, transitional epithelium single, leukocytes - 2-4 per ppm. Other tests showed negative autoantibodies to pancreatic beta cells and glutamic acid decarboxylase, and normal pancreatic structure on ultrasound.

Genetic testing was performed to exclude neonatal diabetes (03/25/2019) for mutations in the *KCNJ11*, *ABCC8*, and *INS* genes. A missense mutation was detected in the *INS* gene, exon 3 (DNA description: p.287G>A, protein description: p.Cys96Tyr(p.C96Y)). The child is a heterozygote for the *INS* p.C96Y missense mutation.

Treatment: Breastfeeding, bolus insulin therapy with Actrapid and Protaphan 4 units/day (7 kg), Galstena ½ drop x 3 times a day.

**Conclusions.** In the diagnosis of diabetes mellitus in the first half of life, the pancreas should be visualized in the second stage. If the pancreas is not altered, the genes *KCNJ11*, *ABCC8*, *INS*, and *GCK* should be sequenced to find the most common mutations.

**Безрук В.В.**

## **ВІДЕОКОНСУЛЬТУВАННЯ: МЕТОДОЛОГІЯ, ПЕРЕВАГИ НА НЕДОЛІКИ**

*Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини*

*Буковинський державний медичний університет*

**Вступ.** Після пандемії COVID-19 (2020-2023 рр.) відеоконсультації, які масово використовувалися в медичній практиці з метою вирішення питань огляду великої кількості пацієнтів в умовах амбулаторного прийому та існуючих ризиків інфікування під час відвідування медичних закладів почали використовуватися в клінічній нефрологічній практиці з метою надання спеціалізованої та високоспеціалізованої нефрологічної допомоги в амбулаторних умовах із використанням сучасних ІТ-технологій – відеоконсультації у режимі F2F – (Friend-to-Friend, «один-до-одного») – різновид однорангової (peer-to-peer) мережі, у якій користувачі встановлюють прямі з'єднання тільки зі заздалегідь вибраними користувачами; термін «friend-to-friend-мережа» (F2F-мережа) запропонований D. Bricklin (2000 р.).

**Мета дослідження.** Аналіз літературних джерел щодо розширення можливостей відеоконсультації, як елементу телемедицини, у нефрологічній практиці; оцінка методології проведення, переваг та можливих недоліків.

**Матеріал і методи дослідження.** Матеріалом для даного дослідження були фахові літературні джерела. У роботі використано інформаційно-аналітичний метод.

**Результати дослідження.** Проведений аналіз джерел наукової літератури з даного напряму пошуку вказав, що на сьогоднішній день, у багатьох національних системах охорони здоров'я відбулися трансформації частки амбулаторних, у звичному форматі, візитів

пацієнтів з нефрологічною патологією до лікаря у режим візиту F2F – швидке зростання відеоконсультування, як одного з елементів телемедицини. [Kumar M, van Dellen D, Loughton H et al.(2021); Soler MJ, Batlle D. (2021); Stauss M, Floyd L, Becker S et al. (2021); Alexander Woywodt, Rebecca E Payne, Brooke M Huuskes, Bartu Hezer (2024)].

Можливості та технології відеоконсультування наведено на рисунку.



Рис. Технологія відеоконсультування у нефрологічній практиці

(адаптовано, *Clin Kidney J*, Volume 17, Issue 10, October 2024, sfae287, <https://doi.org/10.1093/ckj/sfae287>)

**Технології, які вже доступні:** ( **a** ) взяття зразків крові вдома для моніторингу показників у сироватці крові у пацієнтів після трансплантації; ( **b** ) тестова смужка для сечі, яка підтримується смартфоном; ( **c** ) можливість дозволити другій особі приєднатися до відеодзвінка (наприклад, психологу, медсестрі, колезі, родичу тощо); ( **d** ) можливість замовити перекладача для відеодзвінку; та ( **e** ) засіб для електронного діалогу із лікарем загальної практики, сімейної медицини (наприклад, пропозиція зміни ліків, обговорення тощо).

**Технології майбутнього:** ( **f** ) повна інтеграція з EHR та використання штучного інтелекту; ( **g** ) повний портфель лабораторних тестів шляхом домашнього взяття проб капілярної крові; ( **h** ) інтеграція з технологією переносних пристроїв і розширеними діагностичними функціями, такими як оцінка рівня гемоглобіну за допомогою дистанційного сканування кровоносних судин кон'юнктиви [Çuvadar B, Yılmaz H. Non-invasive hemoglobin estimation from conjunctival images using deep learning. *Med Eng Phys*. 2023 Oct;120:104038. doi: 10.1016/j.medengphy.2023.104038]; ( **i** ) інтеграція з технологією діалізу; та ( **j** ) посилення на автомати з продажу ліків. Символи, отримані від Vectorstock Ltd за комерційною ліцензією в липні 2024 року. (Центральна піктограма, **c** - **i** ; **a,b,j** у відкритому доступі.)

Наявні переваги та недоліки відеоконсультування наведено у таблиці (адаптовано AlAzab R, Khader Y. *Telenephrology application in rural and remote areas of Jordan: benefits and impact on quality of life*. *Rural Remote Health*. 2016 Jan-Mar;16(1):3646. Narva AS, Romancito G, Faber T, Steele ME, Kempner KM. *Managing CKD by Telemedicine: The Zuni Telenephrology Clinic*. *Adv Chronic Kidney Dis*. 2017 Jan;24(1):6-11. doi: 10.1053/j.ackd.2016.11.019. Alexander Woywodt, Rebecca E Payne, Brooke M Huuskes, Bartu Hezer, *Ten tips to carry out video*

**Таблиця** Переваги та обмеження відеоконсультацій.

| Переваги                                                                                                    | Обмеження                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| краще, ніж консультації по телефону, оскільки провайдер може використовувати візуальні підказки             | потребує інвестицій в інфраструктуру, програмне забезпечення                             |
| покращення спілкування з пацієнтом порівняно з телефонною розмовою                                          | найкраще працює там, де є безперервність постачальника (загалом рідше)                   |
| зручний для пацієнтів: уникає поїздки на роботу (час і вартість)                                            | пацієнти з меншою інформативністю можуть потребувати допомоги родичів або постачальника  |
| уникає конфліктів з роботодавцями та може зменшити стигматизацію/скоротити відпустку                        | питання конфіденційності, коли пацієнти відвідують з робочого місця чи громадських місць |
| ймовірно, дуже економічно вигідно, оскільки уникнути накладних витрат для клінік F2F                        | зв'язок: Інтернет поганий у багатьох місцях (принаймні в Австралії!)                     |
| зручність постачальника: це можна робити з дому, зменшуючи витрати на дорогу та роботу                      | не може фізично оцінити пацієнта                                                         |
| не залежить від наявності кабінетів і персоналу клініки, може проводитися <i>за випадковими обставинами</i> | страх втратити клінічні ознаки нефрології (наприклад, висип, шум, слабкість)             |
| сортувальний підхід, при цьому стабільний, при цьому F2F, якщо погане самопочуття/складне                   | покладається на хороше підключення до Інтернету                                          |
| позитивний вплив на вуглецевий слід                                                                         | вразливий до збоїв ІТ, кібератак                                                         |

**Висновки.** Відеоконсультування стало частиною телемедицини, у тому числі в нефрологічній практиці; їхня головна перевага – забезпечення рутинного стеження за амбулаторними пацієнтами, у клінічно стабільному стані, які володіють ІТ-технологіями, особливо там, де є збережена безперервність у наданні медичних послуг і де надається медична допомога на великій адміністративно-географічній території.

**Буряк О.Г.**

**ПОКАЗНИКИ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ РИТМУ СЕРЦЯ У ДІТЕЙ З ГОСТРОЮ ПНЕВМОНІЄЮ**

*Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини  
Буковинський державний медичний університет*

**Вступ.** Варіабельність ритму серця (ВРС) є показником фізіологічної складової діяльності серця залежної від циркадіанних ритмів на функціонування людського організму, а також патологічних впливів при різних захворюваннях. У дитинстві дихальні та серцево-судинні розлади спостерігаються разом досить часто. Фізіологічна частота серцевих скорочень в нормі змінюється наступним чином: при глибокому вдиху вона прискорюється, а на видиху сповільнюється. Відповідно інтервал RR скорочується, коли серце прискорюється, і подовжується, коли сповільнюється (Zalas D et al, 2023). При різних патологічних станах та захворюваннях зміни ВРС є більш суттєвими, часто виникають явища вегетативної дисрегуляції, які слід враховувати та коригувати в процесі лікування. ВРС чітко відображає коливання симпато-парасимпатичного тону та його вплив на гомеостатичну та