

**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

об'єктивному обстеженні: загальний стан середньоважкий за рахунок проявів дихальної недостатності II ступеня, інтоксикації. Блідість шкірних покривів, акроціаноз. Тахікардія, тахіпноє до 40 за хв. Сатурація кисню – 95%. Аускультативно: над легеньми ослаблене дихання, особливо зліва. З даних клінічних досліджень: у пацієнтки відмічався лейкоцитоз (14,2 Г/л) з паличкоядерним зсувом (36%), тромбоцитоз (366 Г/л), підвищення рівня Д-димеру (2250 нг/мл). За даними рентгенографії органів грудної клітки було діагностовано лівобічну пневмонію. З метою верифікації збудника пацієнтці було проведено ПЛР мазка з носоглотки, за результатами дослідження був встановлений діагноз гострої респіраторної хвороби SARS-CoV-2. Пацієнтці було проведено лікування антибіотиками цефалоспоринового ряду, глюкокортикостероїдами, антикоагулянтами, жарознижувачими засобами, дитина отримувала інфузійну терапію та кисневу дотацію у зв'язку дихальною недостатністю 2 ступеня. Після проведеного лікування за даними клінічних обстежень відмічалась позитивна динаміка і дитина виписана була додому.

**Висновки.** Синдром Дауна немає безпосереднього зв'язку з тяжкістю перебігу COVID-19, але вроджені вади, які спричинені цим генетичним захворюванням, можуть сприяти ускладненому перебігу корона вірусної хвороби у дітей.

**Тарнавська С.І.**

## **ОСОБЛИВОСТІ ВИБОРУ БАЗИСНОЇ ПРОТИЗАПАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ З ВРАХУВАННЯМ ЗАПАЛЬНИХ ПАТЕРНІВ КРОВІ**

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

**Вступ.** Захворювання органів дихання є вагомою глобальною проблемою охорони здоров'я, яка є серйозним фінансовим тягарем через складність їх лікування. Наразі невирішеною проблемою залишається питання фенотипової неоднорідності бронхіальної астми, що полягає у тому, що у пацієнтів із переважно еозинофільним та/або алергічним фенотипом захворювання оптимальний контроль часто досягається за допомогою інгаляційних глюкокортикостероїдів. Проте це видається проблематичним за наявності інших фенотипових механізмів астми та існуванням різних ендотипів захворювання.

**Мета дослідження.** Покращити результати лікування бронхіальної астми у дітей шляхом вивчення діагностичної цінності запальних патернів крові та показників ризику несприятливого перебігу захворювання.

**Матеріал та методи дослідження.** Проведено комплексне дослідження 120 дітей, хворих на бронхіальну астму. Сформовано 4 клінічні групи. I група - 34 дитини, які хворіють на БА із гіпогранулоцитарним патерном запалення (вміст еозинофілів крові < 250 клітин/мм<sup>3</sup> та нейтрофілів < 5000 клітин/мм<sup>3</sup>) (середній вік – 13,7±2,6 року, частка хлопчиків – 64,7%), II група - 60 дітей, хворих на БА з переважно еозинофільним патерном периферичної крові (вміст еозинофілів ≥250 клітин/мм<sup>3</sup>) (середній вік – 12,8±2,9 року, частка хлопчиків – 70,0%), III група - 14 дітей із нейтрофільним патерном (вміст нейтрофілів ≥5000 клітин/мм<sup>3</sup>) (середній вік – 12,6±2,7 року, частка хлопчиків – 64,3%), IV група - 12 дітей із гіпергранулоцитарним патерном запальної відповіді (вміст еозинофілів крові ≥ 250 клітин/мм<sup>3</sup> та нейтрофілів ≥ 5000 клітин/мм<sup>3</sup>) (середній вік – 14,9±1,9 року; частка хлопчиків – 58,3%). За основними клінічними характеристиками групи спостереження були зіставлюваними.

**Результати дослідження.** Встановлено, що персистувальний легкий, середньо тяжкий та тяжкий перебіг БА реєструвався у 17,6%, 38,2%, 44,2% випадків в I групі, 11,7%, 50,0% та 38,3% представників I групи, 21,4%, 35,7% та 42,9% випадків III групи. Серед пацієнтів із гіпергранулоцитарним запальним патерном крові вірогідно частіше реєстрували середньотяжкий (25,0%) та тяжкий перебіг (75,0%,  $p$  I:II:IV<0,05). Детальна оцінка показників тяжкості перебігу БА продемонструвала, що в кожній четвертій дитини з гіпергранулоцитарним фенотипом БА відзначалися часті нічні симптоми захворювання

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. Немоżliвість 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 -