

Міністерство охорони здоров'я України
Міністерство освіти і науки України
Інститут модернізації змісту освіти
Вищий державний навчальний заклад України
"Буковинський державний медичний університет"
Студентське наукове товариство
Рада молодих вчених

Ministry of Healthcare of Ukraine
Ministry of Education and Science of Ukraine,
State Scientific Institution "Institute of Educational Content Modernization"
Higher State Educational Establishment of Ukraine
«Bukovinian State Medical University»
Students Scientific Society
Council of Young Scientists

Министерство здравоохранения Украины
Министерство образования и науки Украины
Институт модернизации содержания образования
Высшее государственное учебное заведение Украины
"Буковинский государственный медицинский университет"
Студенческое научное общество
Совет молодых ученых

BIMCO JOURNAL

ABSTRACTS BOOK

Збірник матеріалів Буковинського міжнародного медико-фармацевтичного конгресу студентів і молодих учених,
BIMCO 2020.

Abstract book of the Bukovinian International Medical Congress 2020.

Сборник материалов Буковинского международного медико-фармацевтического конгресса студентов и молодых
ученых, BIMCO 2020.

Головний редактор
д.мед.н., проф. Т.М.Бойчук

Editor-in-chief
Prof. T.M. Boychuk M.D.

Главный редактор
д.м.н., проф. Т.М.Бойчук

Заступник головного редактора
к.мед.н., доц. О.А.Тюленева

Co-Editor-in-chief
Ass. Prof. O.A. Tiulienieva Ph.D.

Заместитель главного редактора
к.м.н., доц. О.А.Тюленева

Відповідальні секретарі
А.В. Гоян,
С.Л. Говорнян

Secretaries
A.V. Hoian,
S.L. Hovornyan

Ответственные секретари
А.В. Гоян,
С.Л. Говорнян

Адреса редакції: 58002, Чернівці, пл. Театральна, 2, СНТ БДМУ.
Тел./факс: (03722) 3-52-62; (0372) 55-17-39. E-mail: snt@bsmu.edu.ua
Повнотекстова версія журналу представлена на сайті: <http://bim.co.ua/>

Edition address : 58002, 2 Theatralna sq., Chernivtsi, SSS BSMU.
Tel./Fax: +38(03722)3-52-62; +38(0372)55-17-39. E-mail: snt@bsmu.edu.ua
Full text can be downloaded at: <http://bim.co.ua/>

Адрес редакции: 58002, Черновцы, ул. Театральная, 2, СНО БГМУ.
Тел. / Факс: (03722) 3-52-62; (0372) 55-17-39. E-mail: snt@bsmu.edu.ua
Полный текст журнала представлена на сайте: <http://bim.co.ua/>

Голобородько А. Д., Кононенко Д. І.

АЛЕРГІЯ НА БІЛОК КОРОВ'ЯЧОГО МОЛОКАНаціональний медичний університет імені О.О.Богомольця, Київ, Україна
Кафедра педіатрії 4

(науковий керівник - к.мед.н. Салтикова Г. В.)

За статистикою, від 2 до 7,5 % дітей до трьох років у всьому світі мають алергію до білків коров'ячого молока (БКМ). Діагностика алергії до БКМ часто утруднена, через різноманіття клінічних проявів, що включають в себе зміни збоку травної, дихальної систем та шкіри. Пізня діагностика також обумовлена відсутністю настороженості лікарів з приводу алергії до БКМ та рідке використання простих інструментів діагностики, таких як анкетування.

Хлопчик 2,5 роки. Звернувся до педіатра з періодичним кашлем. При огляді температура не підвищена, ознак ГРЗ не виявлено, відмічається помірне затруднення носового дихання (обумовлене наявністю аденоїдних вегетацій 1-2 ст.), на задній стінці глотки відмічається помірна кількість слизових виділень. Шкірні покриви чисті блідо-рожеві. В легенях змін не виявлено. Серцево-судинна система без патологічних відхилень. Живіт при пальпації не болочий, м'який, помірно здутий. Випорожнення 1 раз на 2 дні за Бристольською шкалою 2 та іноді 1 типу. З анамнезу відомо: дитина із двійні, штучне запліднення. Народилась недоношена на 36 тижні вагітності, шляхом кесарського розтину. За шкалою Апгар – 7 балів. З народження отримувала суміш для недоношених разом з антирефлюксною. Періодично відмічались зригування та схильність до закрепів. Проявів atopічного дерматиту не спостерігалось. У віці 12 місяців дитина перенесла пневмонію, з вираженим обструктивним синдромом. Протягом другого року життя почали турбувати утруднення носового дихання та покашлювання, що не були пов'язані із захворюванням. У 1 рік і 7 місяців отоларинголог діагностував збільшення аденоїдних вегетацій 1-2 ст. В 2 роки почала відвідувати дитячий садочок та харчуватись молочними кашами. Протягом 6 місяців у дитини збільшилась частота закладеності носа. ГРЗ перебігали з ознаками стенозуючого ларинготрахеїту. Почастішали закрепи.

З урахуванням клінічних даних та результатів анкетування призначено специфічні методи обстеження, для подальшої діагностики цього стану. Отримані результати підтвердили алергію на БКМ: еозинофільний катіонний білок (ЕКБ, ECP): 57,2 мг/мл (підвищений), молоко коров'яче (F2), антиіла IgE: 0,23 kU/L (підвищений), казеїн (nBos d8), антитіла IgE<0,1. Лікування: виключення молочних продуктів з харчування. Ретельно зібраний анамнез, користування анкетною, дозволили запідозрити у дитини алергію на БКМ.

Використання стандартизованих анкет дозволяє вчасно визначити групу дітей з факторами ризику розвитку алергії на БКМ та надати відповідні рекомендації батькам.

Гуцуляк В. Р.

ОЦІНКА КОНТРОЛЮ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ПІДЛІТКІВ ІЗ РІЗНИМ СТУПЕНЕМ ГІПЕРСПРИЙНЯТЛИВОСТІ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ

ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет", Чернівці, Україна

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
(науковий керівник - к.мед.н. Шахова О. О.)

Бронхіальну астму (БА) розглядають як мультифакторне захворювання, що проявляється повторними епізодами зворотної варіабельної обструкції бронхів, у основі яких лежить їх підвищена гіперсприйнятливості до різних стимулів і ремодуляція, зумовлені хронічним запаленням дихальних шляхів. Неспецифічна гіперсприйнятливості бронхів може являє собою ключовий механізм БА, що визначає перебіг, тяжкість і контроль захворювання, і, таким чином, – тактику лікування.

В умовах пульмоалергологічного відділення ОДКЛ м. Чернівці, було обстежено 49 дітей підліткового віку, хворих на БА. Сформовані дві клінічні групи порівняння: перша – 26 підлітків, у яких відмічали виразну гіперчутливість бронхів (ГЧБ) до гістаміну (ПК20Г менше 1,0 мг/мл), а другу – 23 хворих, із менш вираженою чутливістю бронхів до даного прямого бронхоспазмогенного стимула (ПК20Г більше 1,0 мг/мл). Для оцінки контролю БА використовували два опитувальника, які, в цілому, дозволяють оцінити ефективність менеджменту захворювання. Зокрема АСТ-тест (астма контроль тест) дозволяв за наявності в дитини 25 балів верифікувати повний контроль БА, при сумі балів у межах 20-24 – частковий, та у випадку наявності менше 20 балів констатувати відсутність контролю над захворюванням. Також GINA-тест відображав наведені вище рівні контролю за наявності у підлітків 6 і менше балів, 7-9 та 10 і більше балів відповідно.

У першій клінічній групі середня оцінка контролю за АСТ-тестом становила $20,96 \pm 0,39$ (95%ДІ 20,17-21,76) балів, а за GINA-тестом $8,50 \pm 0,19$ (95%ДІ 8,1-8,9) балів. У групі порівняння наведена оцінка контролю відповідно становила $22,91 \pm 0,44$ (95%ДІ 22,0-23,8) та $7,0 \pm 0,22$ (95%ДІ 6,5-7,4) (P<0,05) балів. Слід відмітити, що у дітей з менш виразною неспецифічною ГСБ до гістаміну має місце кращий контроль захворювання. На противагу цьому, у представників I клінічної групи частіше траплялися випадки клінічного благополуччя на тлі збереження ознак гіперсприйнятливості бронхів, та недостатнього рівня контролю БА.

Таким чином, в підлітків із меншою гіперчутливістю бронхів до гістаміну трапляється вірогідно вищий відносний ризик утримання контролю астми відносно підлітків групи порівняння.