

Облікова картка дисертації

I. Загальні відомості

Державний обліковий номер: 0826U001794

Особливі позначки: відкрита

Дата реєстрації: 19-05-2026

Статус: Захищена

Реквізити наказу МОН / наказу закладу:



II. Відомості про здобувача

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Тесліцький Олександр Корнилійович

2. Oleksandr K. Teslitskyi

Кваліфікація:

Ідентифікатор ORCID ID: 0009-0006-7004-5249

Вид дисертації: доктор філософії

Аспірантура/Докторантура: так

Шифр наукової спеціальності: 228

Назва наукової спеціальності: Педіатрія

Галузь / галузі знань:

Освітньо-наукова програма зі спеціальності: 228 Педіатрія

Дата захисту: 28-05-2026

Спеціальність за освітою: Педіатрія

Місце роботи здобувача: ОБЛАСНЕ КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО ЧЕРНІВЕЦЬКА
ОБЛАСНА ДИТЯЧА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ

Код за ЄДРПОУ: 43291042

Місцезнаходження: Руська, Чернівці, 58023, Україна

Форма власності: Державна

Сфера управління:

Ідентифікатор ROR:

III. Відомості про організацію, де відбувся захист

Шифр спеціалізованої вченої ради (разової спеціалізованої вченої ради): PhD 12687

Повне найменування юридичної особи: Буковинський державний медичний університет

Код за ЄДРПОУ: 02010971

Місцезнаходження: площа Театральна, Чернівці, 58002, Україна

Форма власності: Державна

Сфера управління: Міністерство охорони здоров'я України

Ідентифікатор ROR:

IV. Відомості про підприємство, установу, організацію, в якій було виконано дисертацію

Повне найменування юридичної особи: Буковинський державний медичний університет

Код за ЄДРПОУ: 02010971

Місцезнаходження: площа Театральна, Чернівці, 58002, Україна

Форма власності: Державна

Сфера управління: Міністерство охорони здоров'я України

Ідентифікатор ROR:

V. Відомості про дисертацію

Мова дисертації: Українська

Коди тематичних рубрик: 76.29.47

Тема дисертації:

1. Респіраторний дистрес у дітей різного віку: фенотипова неоднорідність та прогнозування перебігу
2. Respiratory distress in children of different age groups: phenotypic heterogeneity and prognostic assessment

Реферат/анотація:

1. Дисертаційне дослідження присвячене особливостям перебігу респіраторного дистресу у дітей різного віку, що спричинений різноманітними респіраторними і нереспіраторними захворюваннями та супроводжується клініко-лабораторними ознаками дихальної недостатності різного ступеня тяжкості. Метою дослідження було удосконалити діагностику та прогнозування респіраторного дистресу у дітей різного віку на підставі всебічного аналізу результатів комплексного клініко-параклінічного моніторингу, шляхом визначення фенотипової неоднорідності та груп підвищеного ризику несприятливого прогнозу. В роботі показано, що соматичні захворювання матері підвищували ризик тяжкого перебігу нРД їх новонароджених дітей: АР – 24,9%, ВР – 1,6 (95%ДІ:1,1-2,4) при СШ – 2,8 (95%ДІ:1,5-5,0), а гінекологічні захворювання вагітності: АР – 30,9%, ВР – 1,7 (95%ДІ:0,8-3,7) при СШ – 3,9 (95%ДІ:1,6-9,6). Окрім того, внутрішньоутробний дистрес плода асоціював із ризиком тяжкого нРД у новонароджених: АР – 24,1%, ВР – 1,5 (95%ДІ:0,9-2,7) при СШ – 2,7 (95%ДІ:1,3-5,5), а вказівки на загрозу викидня: АР – 40,9%, ВР – 2,1 (95%ДІ:1,2-3,7) при СШ – 6,1 (95%ДІ:2,9-12,7). Наявність полідефіцитної анемії у вагітної, підвищувала ризик тяжкого нРД у

новонароджених: АР – 27,9%, ВР – 1,6 (95%ДІ:0,6–4,3) при СШ – 3,4 (95%ДІ:1,1–9,9). Проведено ROC-аналіз ймовірності розвитку тяжкого нРД під впливом материнських чинників. Чутливість моделі дорівнює 80%, але при низькому значенні специфічності – 20%. Аналіз ROC-кривої показує, що дана модель із ймовірністю 91,3% дозволяє прогнозувати високий ризик нРД ($PI \leq 150$ у.о.) (тест Хосмера-Лемешоу $\chi^2=11,18$; $df=8$; $p=0,19$). У дослідженні показано швидшу динаміку покращення стану у вигляді редукції симптомів нРД у дітей із $PI < 150$ порівняно до хворих Іа групи. У новонароджених Іа групи порівняно до немовлят Іа клінічної групи спостерігалось зниження відносного ризику збереження клінічних симптомів нРД в межах 28,6–52,1%, а мінімальна кількість хворих, яких слід пролікувати для отримання 1 позитивного результату коливалася від 1,9 до 3,5. Швидша динаміка регресу клінічної тяжкості нРД збігалася з регресом показників PI , які на 3-ю добу інтенсивної терапії збігалися з відповідним середньо груповим показником Іа групи і достовірно не відрізнялися до 10-ї доби. Відновлення показника PI , як маркера ефективності інтенсивної терапії, в Іа клінічній групі на 10-у добу стаціонарного лікування характеризувалось зростанням клініко-епідеміологічного ризику даної події: $ЗрАР$ – 23,1%, $ЗрВР$ – 73,6% (95%ДІ:63,7–81,9), при мінімальній кількості хворих – 1,4 (95%ДІ:0,03–6,4). У роботі показано, що нРД у хворих в постнеонатальному віці характеризувався статистично достовірними розбіжностями за показниками PI в групах порівняння за різною нозологічною формою патології. Коморбідний перебіг інфекційно-запальної патології верхніх та нижніх дихальних шляхів значно посилював ці розбіжності і свідчив про більш тяжку гіпоксемію при вказаній коморбідності. Створено прогностичну модель тяжких респіраторних порушень у дітей постнеонатального віку із супутніми захворюваннями з $AUC=0,9451$, чутливістю – 0,85, специфічність – 0,95 (тест Хосмера-Лемешоу $\chi^2=2,93$; $df=5$; $p=0,71$). У роботі показано зростання ризику тяжкого перебігу нРД за наявності органічної неврологічної патології (СШ 1,7–5,7), вроджені вади розвитку (СШ – 2,3), мультисистемний запальний синдром (СШ – 2,6), поліорганна недостатність (СШ – 6,6). В роботі показано високу діагностичну цінність показника $A-aDO_2$, який при значеннях вище $106 \pm 13,2$ мм.рт.ст. підвищував ризик нРД: АР – 57,9%, ВР – 6,79 (95%ДІ: 5,4–8,5), СШ – 19,1 (95%ДІ: 9,2–39,8), а діагностична цінність при позитивному результаті збільшувала ймовірність даної події на 21,9%. Виходячи з тяжкості стану, яке зберігалось у динаміці лікування хворих Іb групи, у них достовірно зростав ризик збереження потреби у проведенні ШВЛ на 3-ю добу лікування (АР – 76,4%), на 5-у добу лікування (АР – 76,0%) та на 10-у добу лікування (АР – 66,8%), що підкреслювала наявність окремого фенотипу тяжкого нРД. На противагу цьому, у дітей ІІb групи мав місце клініко-епідеміологічний ризик подачі кисню вільним потоком: на 3-ю добу (АР – 72,9%), на 5-у добу (АР – 68,2%) та на 10-у добу (60,9%). Створено прогностичну модель тяжкого перебігу нРД, який потребував застосування ШВЛ: $AUC = 0,99$, при чутливості 100% та специфічності 98% (тест Хосмера-Лемешоу $\chi^2 \approx 0,00$; $df=1$; $p=1,00$). Насамкінець, створено прогностичну модель ризику летальності дітей постнеонатального віку з ознаками нРД, яка характеризувалася високою точністю (0,83) при 90,2% вірної стратифікації дітей з можливим летальним наслідком нРД (тест Хосмера-Лемешоу $\chi^2 1,21$; $df=5$; $p=0,94$).

2. The dissertation is devoted to the characteristics of the clinical course of respiratory distress in children of different age groups caused by various respiratory and nonrespiratory diseases and accompanied by clinical and laboratory signs of respiratory failure of varying severity. The aim of the study was to improve the diagnosis and prognostic assessment of respiratory distress in children of different ages based on a comprehensive analysis of the results of complex clinical and paraclinical monitoring, by identifying phenotypic heterogeneity and groups at increased risk of an unfavorable outcome. The study demonstrated that maternal somatic diseases increased the risk of a severe course of neonatal respiratory distress in newborns (AR 24,9%, RR 1,6 (95%CI: 1,1–2,4), OR 2,8 (95%CI: 1,5–5,0), as did gynecological complications of pregnancy (AR 30,9%, RR 1,7 (95%CI: 0,8–3,7), OR 3,9 (95%CI: 1,6–9,6). Intrauterine fetal distress was associated with an increased risk of severe neonatal respiratory distress syndrome (ARDS) (AR 24,1%, RR 1,5 (95%CI: 0,9–2,7), OR 2,7 (95%CI: 1,3–5,5), while a history of threatened miscarriage was associated with an even higher risk (AR 40,9%, RR 2,1 (95%CI: 1,2–3,7), OR 6,1 (95%CI: 2,9–12,7). Maternal polynutrient deficiency anemia also increased the risk of severe neonatal respiratory distress (AR 27,9%, RR 1,6 (95% CI: 0,6–4,3), OR 3,4 (95% CI: 1,1–9,9). ROC analysis of the probability of developing severe neonatal respiratory distress under the influence of maternal factors demonstrated a model sensitivity of 80,0% with low

specificity (20,0%). The ROC curve analysis showed that this model predicted a high risk of neonatal respiratory distress (RI ≤ 150 units) with a probability of 91,3% (Hosmer-Lemeshow test $\chi^2=11,18$; $df=8$; $p=0,19$). The study demonstrated a faster improvement in clinical condition, manifested by regression of neonatal ARDS symptoms, in children with RI < 150 compared with group IIa. In group Ia, the relative risk of persistent clinical symptoms decreased by 28,6–52,1%, and the number needed to treat ranged from 1,9 to 3,5. The faster regression of clinical severity was accompanied by normalization of RI values, which by day 3 of intensive therapy were comparable to those of group IIa and did not differ significantly up to day 10. Restoration of RI as a marker of intensive therapy effectiveness in group Ia by day 10 was associated with an increased clinical-epidemiological risk (AR increase 23,1%, RR increase 73,6% (95% CI: 63,7–81,9), with a minimal number needed to treat of 1,4 (95% CI: 0,03–6,4). In postneonatal patients, respiratory distress was characterized by statistically significant differences in RI values between comparison groups depending on the underlying nosological form. Comorbid infectious-inflammatory pathology of the upper and lower respiratory tract significantly amplified these differences, indicating more severe hypoxemia. A prognostic model for severe respiratory disorders in postneonatal children with comorbidities was developed (AUC=0,9451, sensitivity 0,85, specificity 0,95; Hosmer-Lemeshow test $\chi^2=2,93$; $df=5$; $p=0,71$). An increased risk of severe postneonatal respiratory distress was demonstrated in the presence of organic neurological pathology (OR 1,7–5,7), congenital malformations (OR 2,3), multisystem inflammatory syndrome (OR 2,6), and multiple organ failure (OR 6,6). A high diagnostic value of the alveolar-arterial oxygen gradient (A-aDO₂) was demonstrated; values above $106 \pm 13,2$ mmHg significantly increased the risk of postneonatal respiratory distress (AR 57,9%, RR 6,79 (95%CI: 5,4–8,5), OR 19,1 (95%CI: 9,2–39,8). In group Ib, a persistently severe condition was associated with an increased need for mechanical ventilation on days 3, 5, and 10 of treatment, indicating a distinct severe phenotype. In contrast, group IIb showed a higher risk of requiring lowflow oxygen therapy. A prognostic model for severe postneonatal respiratory distress requiring mechanical ventilation demonstrated excellent performance (AUC=0,99, sensitivity 100%, specificity 98%; Hosmer-Lemeshow test $\chi^2 \approx 0,00$; $df=1$; $p=1,00$). Finally, a prognostic model for mortality risk in postneonatal children with respiratory distress showed high accuracy (0,83) with correct stratification in 90,2% of cases (Hosmer-Lemeshow test $\chi^2=1,21$; $df=5$; $p=0,94$).

Державний реєстраційний номер ДіР:

Пріоритетний напрям розвитку науки і техніки: Науки про життя, нові технології профілактики та лікування найпоширеніших захворювань

Стратегічний пріоритетний напрям інноваційної діяльності: Впровадження нових технологій та обладнання для якісного медичного обслуговування, лікування, фармацевтики

Підсумки дослідження: Нове вирішення актуального наукового завдання

Публікації:

- Тесліцький ОК. Респіраторні розлади у немовлят із раннім неонатальним сепсисом . Клінічна та експериментальна патологія. 2024;23(4):93-8.
- Тесліцький ОК, Колоскова ОК. Клінічна симптоматика гострих респіраторних захворювань у дітей різного віку, госпіталізованих у період пандемії COVID-19. Проблеми клінічної педіатрії. 2025;2:12-21.
- Тесліцький ОК, Колоскова ОК, Білоус ТМ, Тарнавська СІ, Крецу НМ, Козьма ОМ. Особливості дихальної недостатності у передчасно народжених немовлят, хворих на неонатальний сепсис. Eastern Ukrainian Medical Journal. 2024;12(1):30-40.
- Колоскова ОК, Теслицькій ОК, Крецу НМ, Тарнавська СІ, Власова ОВ, Колюбакіна ЛВ. Неонатальний сепсис крізь призму кесарського розтину. Здоров'я дитини. 2025;20(3):197-203.
- Teslitskyi O, Koloskova O, Bilous T, Bilyk G, Khodorovskyy V, Shchudrova T. Analysis of clinical and paraclinical findings in children with community-acquired pneumonia and comorbid chronic tonsillitis. Здоров'я дитини. 2023;18(2):88-93.

- Тесліцький ОК. Значення гематологічних індексів інтоксикації при сепсис-асоційованому дистресі новонароджених. Сучасна педіатрія. Україна. 2025;4:42-6.
- Teslitskyi OK, Koloskova OK, Tarnavska SI, Romanchuk LI. Features of blood gas composition and acid-base balance in children with acute respiratory failure caused by the new coronavirus SARS-CoV-2. Світ медицини та біології. 2024;2:161-6.

Наукова (науково-технічна) продукція: методи, теорії, гіпотези

Соціально-економічна спрямованість: поліпшення якості життя та здоров'я населення, ефективності діагностики та лікування хворих

Охоронні документи на ОПІВ:

Впровадження результатів дисертації: Впроваджено

Зв'язок з науковими темами: 0117U002358; 0122U002208

VI. Відомості про наукового керівника/керівників (консультанта)

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Колоскова Олена Костянтинівна

2. Olena K. Koloskova

Кваліфікація: д.мед.н., професор, 14.01.10

Ідентифікатор ORCID ID: 0000-0002-8878-7041

Додаткова інформація:

Повне найменування юридичної особи: Буковинський державний медичний університет

Код за ЄДРПОУ: 02010971

Місцезнаходження: площа Театральна, Чернівці, 58002, Україна

Форма власності: Державна

Сфера управління: Міністерство охорони здоров'я України

Ідентифікатор ROR:

VII. Відомості про офіційних опонентів та рецензентів

Офіційні опоненти

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Дуднік Вероніка Михайлівна

2. Veronika M. Dudnik Veronika Mykhaylivna

Кваліфікація: д. мед. н., професор, 14.01.10

Ідентифікатор ORCID ID: 0000-0003-2164-8204

Додаткова інформація:

Повне найменування юридичної особи: Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

Код за ЄДРПОУ: 02010669

Місцезнаходження: вул. Пирогова, Вінниця, Вінницький р-н., 21018, Україна

Форма власності: Державна

Сфера управління: Міністерство охорони здоров'я України

Ідентифікатор ROR:

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Кочерга Зоряна Ростиславівна

2. Zoriana R. Kocherha

Кваліфікація: д. мед. н., професор, 14.01.10

Ідентифікатор ORCID ID: 0000-0003-0964-8463

Додаткова інформація:

Повне найменування юридичної особи: Івано-Франківський національний медичний університет

Код за ЄДРПОУ: 02010758

Місцезнаходження: вул. Галицька, Івано-Франківськ, 76018, Україна

Форма власності: Державна

Сфера управління: Міністерство охорони здоров'я України

Ідентифікатор ROR:

Рецензенти

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Нечитайло Юрій Миколайович

2. Yuriy M. Nechytailo

Кваліфікація: д. мед. н., професор, 14.01.10

Ідентифікатор ORCID ID: 0000-0003-3050-961X

Додаткова інформація:

Повне найменування юридичної особи: Буковинський державний медичний університет

Код за ЄДРПОУ: 02010971

Місцезнаходження: площа Театральна, Чернівці, 58002, Україна

Форма власності: Державна

Сфера управління: Міністерство охорони здоров'я України

Ідентифікатор ROR:

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Марусик Уляна Іванівна

2. Uliana I. Marusyk

Кваліфікація: к. мед. н., доц., 14.01.10

Ідентифікатор ORCID ID: 0000-0002-4789-7367

Додаткова інформація:

Повне найменування юридичної особи: Буковинський державний медичний університет

Код за ЄДРПОУ: 02010971

Місцезнаходження: площа Театральна, Чернівці, 58002, Україна

Форма власності: Державна

Сфера управління: Міністерство охорони здоров'я України

Ідентифікатор ROR:

VIII. Заключні відомості

**Власне Прізвище Ім'я По-батькові
голови ради**

Іванова Лорина Алімівна

**Власне Прізвище Ім'я По-батькові
головуючого на засіданні**

Іванова Лорина Алімівна

**Відповідальний за підготовку
облікових документів**

Репчук Юлія Василівна

Реєстратор

Юрченко Тетяна Анатоліївна

**Керівник відділу УкрІНТЕІ, що є
відповідальним за реєстрацію наукової
діяльності**



Юрченко Тетяна Анатоліївна