

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД  
«УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»  
МЕДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ  
СТУДЕНТСЬКЕ НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО

**МАТЕРІАЛИ  
XIV  
МІЖНАРОДНОЇ  
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ  
СТУДЕНТСЬКОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ  
«НАУКОВИЙ ПОТЕНЦІАЛ МОЛОДІ –  
ПРОГРЕС МЕДИЦИНИ  
МАЙБУТНЬОГО»  
20 – 23 КВІТНЯ 2016 р.**

УЖГОРОД 2016  
УКРАЇНА

**Матеріали і методи дослідження.** Проведено клініко-статистичний аналіз 30 історій пологів в УМПБ, з яких в 15 роділь було виконано кесарський розтин по Старку(1 група) та в інших 15 роділь(2 група) – кесарів розтин в нижньому сегменті матки.

**Результати.** Виявлено такі переваги кесаревого розтину по Старку:

1. Тривалість оперативного втручання 15-20 хвилин.
2. Швидке вилучення плода та зменшення впливу анестезії.
3. Зменшується кількість інтраопераційної крововтрати.
4. Зменшується кількість накладених швів (економія шовного матеріалу).
5. Відсутність спайкового процесу.
6. Зменшується ймовірність пошкодження суміжних органів.

**Висновки.** Отже, сучасна методика кесарського розтину за Старком має низку переваг, що сприятливо впливають на стан матері та дитини, на перебіг пологового та післяпологового періодів, а також на подальший розвиток новонародженого.

## 25. ОЦІНКА КОНТРОЛЬОВАНОСТІ ЕОЗИНОФІЛЬНОГО ТА НЕЙТРОФІЛЬНОГО ФЕНОТИПІВ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ EVALUATION AND CONTROLLABILITY EOSINOPHILIC AND NEUTROPHILIC PHENOTYPE OF ASTHMA IN CHILDREN

*Пальок Д.І., Тарнавська С.І.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Безруков Л.О.*

*Буковинський державний медичний університет*

*Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб*

*м. Чернівці, Україна*

**Вступ.** Одним із аспектів недостатнього досягнення та утримання контролю бронхіальної астми (БА) є фенотипова неоднорідність захворювання, проте практичні аспекти врахування фенотипових відмінностей у лікувальному процесі залишаються неврегульованими.

**Мета роботи.** Дослідити клінічні особливості перебігу БА в дітей, та оцінити рівень контролю над захворюванням залежно від запальних патернів крові.

**Матеріали і методи дослідження.** Проведено комплексне обстеження I-II рівня 74 дітей, хворих на БА. Залежно від вмісту гранулоцитів крові сформовані 2 клінічні групи: I групу склали 60 дітей, які хворіють на БА із еозинофільним запальним патерном крові (вміст еозинофілів крові  $>250$  клітин) (середній вік –  $11,8 \pm 0,4$  роки, частка хлопчиків –  $70,0\%$ ), до II групи увійшли 14 хворих з нейтрофільним патерном запальної відповіді (вміст нейтрофілів крові  $\geq 5000$  клітин/ $\text{мм}^3$ ) (середній вік –  $12,6 \pm 0,7$  роки ( $p > 0,05$ ); частка хлопчиків –  $64,3\%$  ( $p > 0,05$ )). За основними клінічними ознаками групи спостереження були зіставлюваними.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Оцінка контролю бронхіальної астми у відповідності до даних опитувальника АСТ (астма контроль тест) показала, що у групах спостереження відзначався недостатній рівень контролю захворювання. Так, середній показник АСТ-тесту у I та II групах склав:  $19,0 \pm 1,2$  і  $14,5 \pm 0,9$  балів ( $p > 0,05$ ) відповідно. Показники ризику втрати контролю (АСТ-тест  $< 19$  балів) у дітей з нейтрофільним фенотипом БА по відношенню до еозинофільної астми дорівнював: відносний ризик –  $1,3$  [95%ДІ:  $0,6-2,9$ ] при співвідношенні шансів –  $7,1$  [95%ДІ:  $2,7-19,0$ ].

Детальний аналіз показників АСТ-опитувальника продемонстрував, що за основними клінічними показниками важкості БА (кількість денних і нічних симптомів захворювання, обмеженні фізичної активності пацієнтів) нейтрофільний фенотип бронхіальної астми мав тяжчий перебіг. Так, денні симптоми хвороби турбували пацієнтів  $>1-2$  разів/тиждень лише у  $31,6\%$  спостережень у I клінічній групі та у переважного числа пацієнтів II групи ( $71,4\%$  випадків ( $P_f < 0,05$ )). У той же час, нічні симптоми захворювання частіше  $1-2$  разів/тиждень, які свідчать про часткову контрольованість астми, зареєстровані у  $10,5\%$  пацієнтів I групи та у  $28,6\%$  хворих II групи ( $P_f < 0,05$ ).

**Висновки.** Наявність нейтрофільного фенотипу бронхіальної астми підвищує ризик втрати контролю над захворюванням у  $7,1$  разу.