

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ  
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



## **МАТЕРІАЛИ**

**100 – ї**

**підсумкової наукової конференції**

**професорсько-викладацького персоналу**

**Вищого державного навчального закладу України**

**«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

**11, 13, 18 лютого 2019 року**

**(присвячена 75 - річчю БДМУ)**

**Чернівці – 2019**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м. Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2019. – 544 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м.Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Бойчук Т.М., професор Івашук О.І., доцент 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.

професор Денисенко О.І.

професор Заморський І.І.

професор Колоскова О.К.

професор Коновчук В.М.

професор Пенішкевич Я.І.

професор Сидорчук Л.П.

професор Слободян О.М.

професор Ткачук С.С.

професор Тодоріко Л.Д.

професор Юзько О.М.

д.мед.н. Годованець О.І.

ISBN 978-966-697-543-3

© Буковинський державний медичний  
університет, 2019



**Шахова О.О.**

## **ОЦІНКА КОНТРОЛЮ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ПІДЛІТКІВ ІЗ РІЗНИМ СТУПЕНЕМ ГІПЕРСПРИЙНЯТЛИВОСТІ БРОНХІВ**

*Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

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 ремоделювання, зумовлені хронічним запаленням дихальних шляхів. Неспецифічна гіперсприйнятливості бронхів являє собою ключовий механізм БА, що визначає перебіг, тяжкість і контроль захворювання, і, таким чином, – тактику лікування. Стійка ремісія у підлітковому віці трапляється у 16-52% випадків, а легший перебіг захворювання визначається у кожної другої дитини, що дає підстави говорити про спонтанне видужання або повну ремісію. Більш легкий та інтермітуючий перебіг астми у підлітків створює ряд проблем, які знижують ефективність лікування у даному віці та зменшують вірогідність встановлення стійкої ремісії у подальшому. З практичної точки зору, представляється надзвичайно важливим визначити у підлітковому віці ризик переходу БА у дорослий період життя, коли формуються хронічне обструктивне захворювання легень.

Метою дослідження було оцінити прогноз утримання контролю та ризик його втрати у підлітків із різним ступенем гіперсприйнятливості бронхів.

Обстежено 49 дитини, підліткового віку що хворіють на бронхіальну астму. Сформовані дві клінічні групи порівняння: перша – 26 підлітків, у яких відмічали виражену гіперчутливість бронхів (ГЧБ) до гістаміну (ПК20Г менше 1,0 мг/мл), а другу – 23 хворих, із менш вираженою чутливістю бронхів до даного прямого бронхоспазмогенного стимулу (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 у 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 вираженою неспецифічною ГЧБ 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, що становив – 2,1 (за АСТ опитувальником) та 3,4 - за опитувальником GINA.

**Швигар Л.В**

## **КАРДІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ДИТЯЧОЇ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ**

*Кафедра педіатрії та медичної генетики  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Переведення учнів у підготовчі та спеціальні групи після проведення "проби Руф'є" лишень частково задовольнили вирішення проблеми, та не ліквідували причини дезадаптації і часто сіють паніку серед батьків за здоров'я своїх дітей, змушуючи проводити більш



поглиблене обстеження. Після фізичного навантаження, при опитуванні дітей, часто відмічаються такі скарги як головокружіння, біль в ділянці серця та правому підребір'ї.

Нашою метою було оцінити стан роботи серця та його після навантаження при проведенні "проби Руф'є", причини збільшення цього показника, та наведеними скаргами.

Проведено обстеження 150 дітей віком від 7 до 17 років з високим індексом. В групу входили 89 дівчат та 61 хлопчик. Усі пацієнти пройшли повне загально клінічне та лабораторно-інструментальне обстеження. За даними ЕКГ проведено оцінку джерела серцевого ритму, частоти серцевих скорочень, регулярності ритму та наявності порушень провідності серця, реоенцефалограми – стан забезпечення мозку кровотоком, ЕХО-кардіографії структурні зміни, функцію скорочення та фракцію серцевого викиду, УЗД черевної порожнини – стан гепато-біліарної системи.

Проаналізувавши результати обстеження, було відмічено, що у 123 дітей (82%) серцевий ритм був синусовий, у 27 дітей (18 %) – ектопічний передсердний. Тахікардія була у 35 дітей (23,3 %), брадикардія – у 39 дітей (26 %), нормальний серцевий ритм був у 76 дітей (50,6 %)  $p < 0,05$ . Загальна картина ЕКГ у дітей була у межах вікової норми. При оцінці ЕХО-кардіографії найбільш часто, у 96 (64%) дітей відмічено малі аномалії серця: додаткові хорди в камері лівого шлуночка у 58 дітей (38,6%) та гемодинамічно не значимі пролапси мітрального клапана у 62 дітей (41,3%). Суттєвої патології яка би впливала на роботу серця (гіпертрофії стінок камер серця, зниження скоротливої здатності міокарду, зниження фракції викиду міокарду) не відмічено. У 4 дітей виявлено незначні комунікації в міжпередсердній перегородці у вигляді неповного незрощення овального отвору. Зміни тонусу та моторики жовчовидільних шляхів у 70 обстежених що складає (47%) частіше зустрічались у дітей з порушенням ритму. У 30 дітей відмічено надмірну масу тіла, у 22 дітей збільшення щитоподібної залози без порушення функції, у 12 дітей анемія I ступеня. Найбільшу, домінуючу долю, 89 дітей (59,3%), складала діти з проявами ортопедичної патології у вигляді різного ступеню сколіотичної постави, зменшенні шийного лордозу, збільшенні грудного кіфозу та функціональний шийний блок 27 дітей (18%). З анамнестичних даних у значної кількості дітей відмічено патологію при вагітності та пологах (43,3%), 25 дітей (16,6%) проявах алергічних реакцій в анамнезі, зокрема обструкції дихальних шляхів ранньому віці.

Враховуючи чисельні літературні дані про вплив патології хребта на розвиток і прояви вегетативних розладів за рахунок дисбалансу симпатичної і парасимпатичної нервової систем, на серцево-судинну систему ми звернули особливу увагу на елементи шкільної гігієни дозвілля школярів. Переважна більшість батьків відмітили відсутність в школах та вдома при приготуванні уроків ортопедичних парт, особливо в молодших класах, відсутність фізичних розвантажень на уроках, та перервах, тривале сидіння дітей із зігнутою головою за телефонами чи іншими гаджетами, недотримання рекомендованих режимів сну та активності, контролю за дотриманням вимог правильного і раціонального харчування.

Наведені дані підтверджують зв'язок між порушенням ритму серця, зміни тонусу та моторики жовчовидільних шляхів та патології хребта. Здоров'я наших дітей це не тільки медичний аспект, а в більшій мірі медико-соціальний. Необхідно ширше залучати працівників освіти до боротьби за здоров'я підростаючого покоління.

**Юрків О.І.**

### **ДІАГНОСТИКА ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ**

#### **У НОВОНАРОДЖЕНИХ ГРУП ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИЗИКУ**

*Кафедра догляду за хворими та вищої мед сестринської освіти*

*Вищій державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Клінічні прояви порушень функціонального стану кишечника у новонароджених на фоні перинатальної патології неспецифічні, їх вираженість залежить від тривалості й