

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



МАТЕРІАЛИ

97 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
вищого державного навчального закладу України
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

15, 17, 22 лютого 2016 року

Чернівці – 2016

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Івашук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний
університет, 2016



25,40%. доліхосигмі у поєднанні з високим положенням лівого вигину ободової кишки на 12,70% нижче у порівнянні із показниками контролю. Хірургічне лікування хронічного колостазу, обумовленого природженими вадами ободової кишки повинно супроводжуватись корекцією товстокишкової флори та стимуляцією місцевого імунітету.

Гарас М.Н.

**КЛІНІЧНО-ПАРАКЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТЯЖКОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ШКОЛЯРІВ
ЗАЛЕЖНО ВІД ІНТЕНСИВНОСТІ ЗАПАЛЕННЯ БРОНХІВ**

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

Метою роботи було проаналізувати клінічні та спірометричні показники у дітей шкільного віку, хворих на тяжку бронхіальну астму, залежно від інтенсивності запалення бронхів.

З дотриманням принципів біоетики на базі пульмонологічного відділення Обласної дитячої клінічної лікарні м. Чернівці обстежено 50 дітей шкільного віку, хворих на тяжку бронхіальну астму, яким в позанападний період проводилося визначення інтенсивності запалення бронхів на підставі визначення вмісту метаболітів моно оксиду нітрогену (ММОН) в експіраторному конденсаті за методикою Н.Л. Ємченка.

За результатами обстеження сформовано 2 клінічні групи: до I-ї групи увійшло 27 дітей із виразним запаленням бронхів (ММОН>40 мкмоль/л), 2-у групу сформували 23 школярі із помірною інтенсивністю запального процесу у дихальних шляхах (ММОН<40 мкмоль/л). За основними клінічними характеристиками групи вірогідно не відрізнялися.

Школярам обох груп проведено оцінку тяжкості загострення, показників ефективності базисного лікування за АСТ-тестом, визначено показники неспецифічної гіперреактивності бронхів (за значеннями провокаційної дози гістаміну та дозозалежної кривої, показника лабільності бронхів (ПЛБ) та його компонентів – індексу бронхоспазму (ІБС) і бронходилатації (ІБД). Отримані результати аналізувалися з позицій біостатистики.

Встановлено, що в дітей I клінічної групи прояви обструкції бронхів упродовж перших 3-х днів лікування в стаціонарі були вірогідно виразніші, ніж у пацієнтів групи порівняння. Виразні прояви нападу бронхіальної астми у дітей пояснювалися поєднанням характерних феноменів, притаманних захворюванню – запалення та гіперсприйнятливості дихальних шляхів.

Зокрема, для дітей I групи притаманні більш виразніші показники гіперчутливості бронхів до гістаміну за результатами бронхопровокаційної проби (0,40±0,09 мг/мл проти 0,84±0,28 мг/мл у школярів групи порівняння, p>0,05) та гіперреактивності дихальних шляхів (показники дозозалежної кривої 2,49±0,11 у.о. та 2,23±0,10 у.о. у представників I та II клінічної групи відповідно, p>0,05).

Також для школярів із виразним запаленням бронхів характерно більша частка осіб із тяжкою гіперчутливістю до гістаміну (порогова концентрація гістаміну менше 0,5 мг/мл спостерігалася у 71,4% проти 60% у II групі, P<0,05) та гіперреактивністю (дозозалежна відповідь більше 2 у.о. реєструвалася у 85,7% та 66,7% представників I та II груп відповідно, P<0,05).

Відсутність вірогідних відмінностей у показниках контролю захворювання до та після 3-місячного курсу базисної терапії у дітей I (14,1±1,1 бали та 18,2±1,2 бали, p<0,05) та II (13,6±0,8 бали та 15,3±1,0 бали, p<0,05) клінічної групи, ймовірно, пояснюється однаковими показниками лабільності дихальних шляхів в період ремісії. наведені показники лабільності бронхів у дітей груп порівняння у відповідь на дозоване фізичне навантаження (індекс бронхоспазму) та інгаляцію сальбутамолу (індекс бронходилатації), а також середні значення інтегрального показника лабільності бронхів (таблиця).

Таблиця

Показники лабільності бронхів у школярів клінічних груп (M±m)

Клінічні групи	К-сть дітей	Індекс бронхоспазму, %	Індекс бронходилатації, %	Показник лабільності бронхів, %
I клінічна група	27	9,2±1,5	12,7±2,4	21,6±2,4
II клінічна група	23	8,4±3,0	15,1±3,0	23,8±4,7
P		>0,05	>0,05	>0,05

Отже, школярам, хворим на тяжку бронхіальну астму із виразним запаленням дихальних шляхів, притаманні вірогідно виразніші прояви нападу захворювання за рахунок тяжких показників гіперсприйнятливості бронхів. Водночас показники контролю захворювання у школярів, хворих на тяжку бронхіальну астму, не залежали від інтенсивності запалення дихальних шляхів, а зумовлювалися лабільністю бронхів.



Гінгуляк М.Г.
**СПІРОГРАФІЧНІ ПОКАЗНИКИ ВЕНТИЛЯЦІЙНОЇ ФУНКЦІЇ ЛЕГЕНЬ У ХВОРИХ
БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ**

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

Хронічне алергічне запалення дихальних шляхів у хворих на бронхіальну астму часто проявляється наявністю прихованого бронхоспазму і обструкції бронхів після фізичного навантаження. Виходячи з цього припущення доцільно дослідити у хворих на бронхіальну астму ті показники вентиляційної функції бронхів, які достатньо інформативно відображують ці особливості дихальних шляхів. З цією метою у 41 хворого на бронхіальну астму в період ремісії були проаналізовані у процентах по відношенню до норми такі спірографічні показники як: життєва місткість легень (VC), форсований об'єм виходу за 1 секунду (FEV₁), форсована життєва місткість легень (FVC), максимальна об'ємна швидкість виходу на рівні 50% форсованої життєвої місткості легень (50% FEF), а також максимальна об'ємна швидкість виходу (PEF). Ці показники реєструвалися у вихідному положенні, після дозованого 5-хвилинного бігу та після інгаляції B₂-антагоніста. Всі діти знаходилися в позаприступному періоді і не отримували медикаменти, які могли вплинути на результати оцінки вентиляційної функції бронхів.

Відмічено, що величина VC значно не відрізнялась від норми і склала, 88,1±5,05% від нормальних показників у відповідності до статі та віку. В той же час FEV₁ був істотно нижчим від нормальних величин і склав, в середньому 69,0±4,62%. У відповідності до цього показники коефіцієнту Тіфно (кТ) у вихідному варіанті, в середньому, дорівнювали 78,5±3,04%. Отримані дані давали підставивважати, що у обстежених дітей мала місце прихована обструкція бронхів, яка не мала видимих клінічних проявів.

Це припущення підтверджується також і тим, що у обстежених дітей спостерігалось зниження вихідних величин ряду діагностичних спірографічних показників, які достатньо чутливо і специфічно відображують стан обструкції бронхів. Так, процент відношення до норми FVC склав 73,07±4,95%, 50% FEF – 46,7±3,19%, а PEF – 48,2±3,11%. Зміни цих спірографічних величин після бігу та інгаляції B₂-антагоніста представлена в табл. 1

Таблиця 1

Динамічні спірографічні показники у обстежених дітей

Спірографія	К-сть дітей	Показники (% від норми)				
		FVC	FEV ₁	50% FEF	PEF	
I	Вихідна	41	73,1±4,9	69,0±4,6	46,7±3,2	48,2±3,1
	Після 5 хв. бігу	41	69,5±6,4	63,2±5,4	41,8±3,9	44,8±3,1
	Після інгал. B ₂ -агоністів	41	69,6±6,4	69,1±4,4	48,0±3,7	50,3±5,2
P _{тлф}			Нр	2:1,3<0,05	2:3<0,05	2:3<0,05

Отримані дані дають підстави вважати, що у обстежених дітей в середньому спостерігається спільна тенденція до погіршення прохідності бронхів після фізичного навантаження і покращення після інгаляції B₂-агоністів. Ця лабільність бронхів, мабуть, пояснюється: (1) появою та зникненням бронхоспазму в процесі виконання проколу дослідження; (2) наявністю прихованої бронхіальної обструкції тільки відповідно чутливості до B₂-агоністів, що дозволяє передбачити і інші механізми її виникнення, які відрізняються від бронхоспазму.

Для виявлення обструкції бронхів, як правило, аналізується декілька спірографічних показників, які в різному ступені характеризують порушення бронхіальної провідності, а тому достатньо сильно корелюють між собою (табл. 2).

Таблиця 2

Сила значущість корелятивного зв'язку спірографічних показників у обстежених дітей

Показники	VC	FVC	50% FEF	FEV ₁	PEF	кТ
VC		0.64 p=0.01	0.54 p=0.04	0.63 p=0.01	0.54 p=0.05	-0.09
FVC	0.64 p=0.01		0.84 p=0.002	.94 p=0.0001	.75 p=0.002	0.54 p=0.05
50% FEF	0.54 p=0.04	0.84 p=0,02		0.95 p=0.0001	0.88 p=0.0001	0.67 p=0.005
FEV ₁	0.63 p=0.01	0.94 p=0.0001	0.95 p=0.0001		0.86 p=0.0001	0.71 p=0.003
PEF	0.54 p=0.05	0.75 p=0.002	0.88 p.=0.0001	0.86 p=0.0001		0.58 p=0.03
кТ	-0.09 p=0.76	0.54 p=0.05	0.67 p=0.005	0.71 p=0.003	0.58 p=0.03	



Враховуючи значний достовірний зв'язок кТ з іншими показниками, що відображають обструкцію бронхів, в практичній роботі можна використовувати цей найбільш доступний показник, для врахування якого достатньо мати значення показників VC і FEV₁, що визначаються за допомогою будь-яких спірографів.

Годованец А.С., Перижняк А.И.*, Попелюк Н.А.
ПРОБИОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ СОЧЕТАННЫХ НАРУШЕНИЯХ ПИЩЕВАРЕНИЯ У
НОВОРОЖДЕННЫХ

Кафедра педиатрии, неонатологии и перинатальной медицины
*Кафедра ухода за больными и высшего медсестринского образования**
«Буковинский государственный медицинский университет»

Формирования ранних проявлений нарушений функционального состояния кишечника у детей до 1 года остается актуальной проблемой педиатрии. В 70 – 90 % случаев развитие патологии имеет совмещенный характер, что обусловлено анатомо-физиологическими особенностями органов пищеварения, единством гуморальной и нервной регуляции, а также реализацией перинатальных факторов риска в раннем неонатальном периоде. Результаты ранней диагностики нарушений со стороны кишечника у новорожденных на фоне перинатальной патологии свидетельствуют о целесообразности их коррекции, наряду с лечением основной патологии, начиная от рождения.

Перинатальный период характеризуется становлением различных физиологических функций в организме ребенка, что определяет особенности течения адаптационных реакций и дальнейшее формирование состояния здоровья. При этом значительную роль играет становление иммунобиологической адаптации, что обеспечивает постоянство гомеостаза.

Компенсаторно-приспособительные реакции закономерно возникают при изменении условий внешней среды и реализуются как необходимые звенья индивидуальной адаптации организма. Их неадекватность в условиях реализации перинатальных факторов риска общего неспецифического звена адаптации превращается в неспецифическое звено формирования функциональной и органической патологии, в том числе, кишечника.

Использованный препарат является комбинированным пробиотиком, в состав которого входят *Bifidobacterium bifidum*, *Bifidobacterium infantis*, *Lactobacillus lactis*. Благодаря пробиотическим действиям он положительно влияет на метаболизм жиров, выведение креатинина, аммиака, воды и натрия с фекалиями, способствует снижению уровня азота мочевины, ароматических аминов и фосфатов в крови, а также имеет профилактический пробиотический эффект.

Дозировка пробиотика составляла по ¼ саше 2 раз и в сутки. Содержание ¼ саше растворялось в 5 миллилитрах дистиллированной воды (грудного молока) комнатной температуры, оставлялось на 10 минут до полного растворения, после чего вводилось ребенку per os. Продолжительность курса терапии составляла 7 - 10 дней.

На фоне проводимого лечения у новорожденных, которым в комплексе лечения был назначен указанный препарат, отмечалась нормализация функционального состояния кишечника с нивелированием признаков вегето-висцерального синдрома. В конце первой недели жизни дети лучше усваивали питание, отмечалось скорейшее восстановление массы тела. Результаты исследований показывают, что при применении в комплексе лечения данного препарата у новорожденных было отмечено существенное снижение уровня α -1-антитрипсина и альбумина в кале, по сравнению с предыдущими показателями.

Осмотр детей в динамике проводился в возрасте 1 месяца жизни. По нашим данным, после проведенного комплекса лечения с применением данного препарата, клинических признаков нарушений функционального состояния у детей в течение первого месяца жизни не наблюдалось. Следует отметить, что новорожденные, с учетом основного заболевания, требовавшие длительного восстановительного лечения, в среднем на срок от 2 до 4 недель только 46,7 % детей были на грудном вскармливании. У 40,0 % детей сохранялась неврологическая симптоматика, которая требовала дальнейшего наблюдения. Признаков гипотрофии, анемии у детей не отмечалось. Динамика массы тела соответствовала возрастным нормам и составляла в среднем 675,0 ± 33,75 г.

Таким образом, в условиях перинатальной патологии, кроме физиологической, новорожденный получает значительное количество условно-патогенной микрофлоры, что объясняется отсутствием раннего контакта с матерью и прикладывание к груди, длительным пребыванием в отделении интенсивной терапии при контакте с предметами ухода, медицинской аппаратурой и персоналом, что сопровождается использованием значительного перечня медикаментозных средств. Выше указанное вызывает нарушение формирования физиологической микрофлоры организма, в том числе, кишечника.

Предложенный способ коррекции нарушений функционального состояния кишечника у новорожденных с применением выбранного пробиотика позволяет повысить эффективность лечения за счет комплексного действия препарата на основные функции кишечника, нормализует состояние микробиоценоза, способствует предупреждению развития функциональной и органической патологии желудочно-кишечного тракта.



Дроник Т.А.
ПРИНЦИПИ КАТАМНЕСТИЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З
ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ВНАСЛІДОК ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Кафедра догляду за хворими та вищої медичної освіти
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

Функціональні порушення гастроінтестинального тракту займають від 60% до 95% в структурі захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ) у дитячому віці [Знаменська Т. К., 2014], зустрічаючись переважно в перші роки життя [Нагорная Н. В., Лимаренко М. П., 2013], ці порушення зустрічаються майже у 70–85% немовлят [Шадрін О. Г., Полковниченко Л. М., 2012]. Перенесена гіпоксія є основною причиною формування функціональних порушень ШКТ в неонатальному періоді, наслідком якої є ушкодження органів та систем на фоні дисбалансу регулюючого впливу вегетативної нервової системи організму [Беляева И.А., 2011].

Мета дослідження - удосконалити надання допомоги дітям раннього віку, які мають гастроінтестинальні порушення внаслідок перенесеної перинатальної патології, шляхом створення алгоритму катамнестичного спостереження та реабілітації.

Проведено катамнестичне обстеження 77 дітей грудного віку з гастроінтестинальними порушеннями, які перенесли перинатальну патологію, з вивченням анамнезу та особливостей перебігу вагітності й пологів у матерів, клінічного перебігу порушень функціонального стану травної системи у дітей.

При оцінці даних анамнезу встановлено, що діти народились від вагітності, яка перебігала на фоні соматичної патології матерів: анемії (21,9%), патології серцево-судинної системи (24,6%), хронічного пієлонефриту (7,4%), гінекологічної патології (16,5%), ендокринної патології (6,2%). Фактори ризику перебігу вагітності: гестози (22,9%), загроза передчасних пологів (52,4%), багатоводдя (16,1%), дистрес плода (11,2%), ізосенсибілізація за АВО та резус-фактором (29%), плацентарна дисфункція (18,2%). Серед особливостей перебігу пологів виявлено значний відсоток обвиття пуповиною навколо шиї (36,2%), передчасного розриву плідних оболонок (22,6%), народження шляхом операції кесарського розтину (36%), надання акушерської допомоги в пологах (34,3%). За даними анамнезу при народженні у дітей спостерігалась наступна патологія: неонатальна енцефалопатія (98,6%), пологова травма (18,2%), синдром дихальних розладів (44,2%), асфіксія (25%), судомний синдром (21%), гемолітична хвороба новонароджених (16,1%), недоношеність (56,8%). Частина дітей потребувала респіраторної підтримки (31%), вигодовування через зонд (58,2%). На момент огляду діти мали наступні порушення з боку ШКТ: дефіцит маси тіла, знижений апетит, неспокій при годуванні, зригування, закрепи, кишкові кольки, здуття живота, наявність слизу та неперетравлених домішків їжі у випорожненнях.

Найбільш несприятливі фактори вагітності та перинатального періоду можуть призвести до розвитку гіпоксії, порушень адаптації новонародженої дитини та спровокувати, зокрема, розвиток гастроентерологічної патології. Розробка напрямків прогнозування, діагностики, профілактики та корекції функціональних розладів ШКТ у дітей, які перенесли перинатальну патологію, надасть змогу удосконалити надання допомоги дітям та попередити розвиток хронічної гастроентерологічної патології.

Ковтюк Н.І.
ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ ТА МОЖЛИВОСТІ ЇХ
ПОКРАЩАННЯ

Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

На сьогоднішній день все більше уваги приділяється такому комплексному показнику здоров'я як „якість життя”. Якість життя є характеристикою фізичного, психологічного, емоційного і соціального функціонування дорослого чи дитини, в основі якої лежить суб'єктивне сприйняття. Будь-яка хвороба може істотно впливати не тільки на фізичний стан, а і на психіку та поведінку дитини. В сучасних умовах, при лікуванні епілептичних проявів у дітей, не зменшується увага до ноотропних препаратів, перш за все до пірацетаму. Більшість препаратів ноотропної дії, які застосовуються в педіатрії, викликають загальну стимуляцію нервової діяльності, не впливаючи на суб'єктивне сприйняття людиною оточуючого середовища. Нами для сприяння покращення показників здоров'я та якості життя дітей використовувався відносно новий препарат із вмістом прамірацетаму (діюча хімічна речовина). Поряд із ноотропною активністю, він має досить виражену антидепресивну дію, яка супроводжується позитивним впливом на суб'єктивне сприйняття дитиною оточуючого.

Метою дослідження було вивчення впливу прамірацетаму на показники якості життя пов'язаної із здоров'ям у дітей із епілепсією, оцінені на основі проведеного анкетування (CHQ-SF87). В дослідженні приймали участь 30 дітей хворих на епілепсію в періоді ремісії. Вік обстежених: від 7 до 16 років. Діти були рандомізовано розділені на дві групи співставні за віковими та клінічними характеристиками. Препарат з вмістом прамірацетаму призначався дітям із неважкими формами епілепсії (G40 за МКХ10) в добовій дозі 1200 мг розділений на 2 прийоми. Якість життя дітей оцінювали за адаптованими україномовними опитувальником CHQ-SF87. Статистичну обробку результатів проводили за стандартними методами варіаційної статистики та кореляційного аналізу.