

**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



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 розділених 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.



Після проведеного лікування відмічено у основній групі, значне зростання концентрація уваги. Показники якості життя у дітей основної групи також мали позитивну динаміку. Зокрема відмічено позитивні зміни зі сторони фізіологічної складової показника якості життя, покращилися показники активності та працездатності дітей, покращанням емоційного балансу. Зменшилася частота таких суб'єктивних проявів, як відчуття тривоги, невпевненості у собі. Це в цілому привело до покращання загального показника якості життя пов'язаного зі здоров'ям (ЯЖПЗ) – 73,2±4,9%, який після курсу лікування не мав вірогідної різниці з нормативним показником (83,1±5,2%, $p>0,05$). Як видно із вищенаведеного, застосування ноотропних препаратів при епілепсії має позитивний вплив на фізіологічну та психологічну складову показника якості життя дітей.

Колоскова О. К., Білик Г. А.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ЗАЛЕЖНО ВІД ПОКАЗНИКІВ РЕМОДЕЛЮВАННЯ БРОНХІВ

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

Метою роботи було вивчити ефективність лікування дітей, хворих на бронхіальну астму, залежно від показників ремоделювання бронхів у надосадковій рідині мокротинні. На базі пульмоалергологічного відділення ОДКЛ м. Чернівці (Україна) обстежено 32 дитини шкільного віку, хворих на бронхіальну астму (БА). Залежно від показників ремоделювання бронхів, дітей розподілили на 2 клінічні групи: першу групу сформували 15 пацієнтів, у яких вміст судинного ендотеліального фактору росту (VEGF) був нижче 100 пг/мл, а матричної металопротеїнази-9 (MMP-9) нижче 5 нг/мл. II групу утворили 17 хворих із вищим вмістом наведених показників. Середній вік пацієнтів I групи склав 10,3±0,84 року, а представників групи порівняння – 12,4±0,65 року ($p>0,05$), частка хлопчиків – 66,7% і 64,7% відповідно ($p>0,05$), частка сільських мешканців становила 53,3±13,3% у I групі та 58,8±12,3% дітей II групи ($p>0,05$). У I групі легкий перебіг захворювання траплявся у 6,7% випадків, середньо-тяжкий – у 60,0% хворих і тяжкий – у 33,3% хворих, а у представників II групи – у 29,4% ($P<0,05$), 29,4% ($P<0,05$) і 41,2% відповідно ($P<0,05$). Діти спостерігалися в динаміці базисного лікування, призначеного згідно регламентуючих наказів, від 6-ти місяців до 1 року. У конденсаті видихуваного повітря визначали: вміст загального протеїну за методом Lowry O.H.; альдегід- і кетопохідних 2,4-динітрофенілгідразонів (АКДНФГ) основного та нейтрального характеру за методикою Дубініної О.Є. та співавт.

Виявлено, що у дітей з вищими показниками маркерів ремоделювання бронхів порівняно з однолітками I групи у процесі лікування утримувалися інтенсивніші процеси окисної модифікації протеїнів (табл.).

Таблиця

Вміст загального протеїну та продуктів його окисної модифікації у конденсаті видихуваного повітря (M±m)

Показник	I група		II група		P
	До лікування	Після курсу лікування	До лікування	Після курсу лікування	
Загальний протеїн, г/л	3,4±0,62	3,9±0,46	4,7±1,83	3,7±0,71	>0,05
АКДНФГ основного характеру, E 430 ммоль / г протеїну	63,1±23,57	37,2±10,61	72,1±15,57	48,1±15,41	>0,05
АКДНФГ нейтрального характеру, E 370 ммоль / г протеїну	6,7±2,53	3,8±0,63	7,2±1,50	5,3±1,13	>0,05

Примітка: P - критерій Ст'юдента

Відмічено, що у хворих із підвищеним вмістом маркерів ремоделювання бронхів у надосадковій рідині мокротиння зростає ризик інтенсифікації окисної модифікації протеїнів (за вмістом альдегідо- та кетопохідних динітрофенілгідразонів основного характеру) більше 70,0 E430 ммоль/г протеїну: СШ=6,0 (95% ДІ: 0,2-162,5), ВР=2,2 (95% ДІ: 0,4-12,3), АР=41,7%. Встановлено, що у дітей із підвищеним вмістом маркерів ремоделювання бронхів порівняно з пацієнтами без такого у процесі базисного лікування відмічається вища активність запального процесу дихальних шляхів, яка утримується впродовж терапії та проявляється підвищенням активності процесів окисного стресу із накопиченням продуктів окисної модифікації протеїнів.

Курик О.В.

ПРЕДИКТОРИ ТА КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СИСТЕМИ ТРАВЛЕННЯ В КОМПЛЕКСІ ПОЛІОРГАННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПРИ КРИТИЧНИХ СТАНАХ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ

*Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини
Вищий навчальний заклад України
"Буковинський державний медичний університет"*

За поширеністю захворювання органів травлення займають друге місце після захворювань органів дихання, тому стає очевидно не тільки медична, але й соціальна значимість цієї проблеми [Боброва В.І., П'янова О.В., Надточій Н.І., 2010].



Основним механізмом функціональних порушень системи травлення у дітей при перинатальній патології є гіпоксичне ураження, що обумовлює у 40-70% причину загибелі дітей в ранньому неонатальному періоді [Похилько В.І., 2010; Шунько Є.Є., 2011; Знаменська Т.К., 2010-2014]. Тяжкі форми перинатальної патології у новонароджених супроводжуються клінічними ознаками поліорганної недостатності, складовою яких є поєднана дисфункція травної системи, у тому числі, підшлункової залози та кишечника.

Мета дослідження - визначення перинатальних факторів та клінічних особливостей перебігу функціональних порушень системи травлення у новонароджених при критичних станах.

Проведено обстеження 76 новонароджених, з яких: 39 осіб (I гр.) – з функціональним порушенням системи травлення в комплексі поліорганної недостатності при критичних станах, які мали перинатальну патологію, з вивченням анамнезу та особливостей перебігу вагітності й пологів у матерів та 37 осіб (II гр.) – група контролю (здорові доношені новонароджені діти). Проведено аналіз карт розвитку новонародженого ф. №097/о та історії пологів ф. №096/о; клінічне обстеження дітей.

Аналіз факторів ризику порушень адаптації новонароджених вказує на значний відсоток проблем вагітності, пологів та соматичних захворювань у матерів, спричиняючи після народження важкі форми поєднаної патології різних систем органів, у тому числі, шлунково-кишкового тракту з розвитком харчової інтолерантності, причиною чого є поєднана дисфункція підшлункової залози та кишечника. За нашими даними, передумовою хронічної внутрішньоутробної гіпоксії плода є: плацентарна недостатність 61,5% – у I групі дослідження, ранні та пізні гестози 12,8% – у I групі дослідження; анемії – відповідно 59,0 та 59,4%, загроза переривання вагітності – 46,2 та 37,7%, нейроциркуляторна дистонія 28,2 та 29,7%, патологія щитоподібної залози 25,6 та 21,6%, захворювання сечовидільної системи 20,5% та 35,1%, хронічна гастроентерологічна патологія 18,0 та 8,2% відповідно у I та II групах дослідження. Особливу увагу слід звернути на реалізацію внутрішньоутробного інфікування, найчастішими причинами яких є: вагініт 12,8%, кольпіт, хронічний аднексит 7,7%, TORCH-інфекція - 25,5 та 2,7% відповідно у I та II групах дослідження.

За даними обстеження, у дітей на першому тижні життя спостерігалась наступна патологія: синдром дихальних розладів - 76,9%, неонатальна енцефалопатія - 74,4%, полі органна невідповідність - 56,4%, синдром аспірації мезонію - 28,2%, судомний синдром - 25,6%, набряк мозку -23,1%, геморагічний синдром 15,4%, асфіксія важкого ступеня - 12,8% та помірного ступеня - 7,7%, антенатальне ураження плоду - 10,3%, вроджена пневмонія -7,7%, пологова травма - 7,7%, гемолітична хвороба новонароджених - 5,1%. Результати спостереження встановили, що у новонароджених спостерігалась наступна клінічна симптоматика, яка підтверджувала поєднані порушення з боку гастроінтестинальної системи: у 100,0% осіб - відсутність/пригнічення рефлексу смоктання, у 97,4% - знижена толерантність до їжі, 79,5% - парез кишечника, 76,9% - зригування, та у 46,2% - здуття живота.

Предикторами порушень функціонального стану гастроінтестинальної системи в комплексі поліорганної невідповідності у новонароджених при перинатальній патології є соматичні захворювання та/або відхилення перебігу гестаційного періоду в матерів, що викликають хронічну внутрішньоутробну гіпоксію плода, а саме: плацентарна недостатність, ранні та пізні гестози, анемії, загроза переривання вагітності, нейроциркуляторна дистонія, патології щитоподібної залози, а також, хронічна гастроентерологічна патологія, що не є високим, однак вагомим чинником ризиком. Також звертає на себе увагу високий ризик реалізації внутрішньоутробного інфікування, найчастішими причинами якого є: вагініт, кольпіт, хронічний аднексит, TORCH-інфекція.

Клінічно поєднані порушення системи травлення у новонароджених за умов перинатальної патології характеризуються: стазом, метеоризмом, зригуванням, затримкою/зміною характеру стільця, у важчих випадках – парезом кишечника, втратою маси тіла більше за фізіологічну норму.

Беручи до уваги вище наведене, можна стверджувати про необхідність подальшого вивчення даного питання з долученням комплексу параклінічного обстеження, для повноти картини, задля визначення діагностичних та диференційно-діагностичних критеріїв ступеня тяжкості порушень функціонального стану гастроінтестинальної системи за умов перинатальної патології у новонароджених дітей.

Ластівка І.В.

УРОДЖЕНІ ВАДИ РОЗВИТКУ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ В ДІТЕЙ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ: ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ТА ЧИННИКИ ВИНИКНЕННЯ

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

Уроджені вади розвитку (УВР) шлунково-кишкового тракту (ШКТ) у структурі вад розвитку посідають 4-те місце, частота їх по Україні коливається в межах 8,4–9,7 на 10000. Дана патологія займає чільне місце у структурі смертності новонароджених: 5,81% дітей із вадами ШКТ гинуть впродовж доби, впродовж тижня - 19,7 %, впродовж першого місяця життя - 9,3%, що свідчить про соціальну значимість та тяжкість даної патології. За даними різних авторів в 53% випадків вони є ізольованими, а в 47% входять до складу множинних уроджених вад розвитку, що зумовлює високу потребу надання їм хірургічної допомоги.

Метою та завданням дослідження було вивчення епідеміології та чинників ризику виникнення УВР ШКТ серед немовлят.