

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



**МАТЕРІАЛИ  
95 – ї  
підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ  
(присвячена 70-річчю БДМУ)**

**17, 19, 24 лютого 2014 року**

**Чернівці – 2014**

УДК 001:378.12(477.85)  
ББК 72:74.58  
М 34

Матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2014. – 328 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 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 Андрієць О.А.  
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.  
чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.  
доктор медичних наук, професор Польовий В.П.  
доктор медичних наук, професор Слободян О.М.  
доктор медичних наук, професор Ташук В.К.  
доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.  
доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.  
доктор медичних наук, професор Шаплавський М.В.

ISBN 978-966-697-533-4

© Буковинський державний медичний  
університет, 2014



(ІБС менше 10%) вірогідно частіше відмічалася у пацієнтів з фенотипом неатопічної БА (64%) відносно основної групи (39,4%;  $P < 0,05$ ), у 10,5% дітей з atopічною БА реакція на ДФН виявилася парадоксально дилатативною. Таким чином, ІБС із значеннями більше 10% свідчив про відносний ризик atopічного фенотипу 1,5 (95% ДІ 0,9-2,4) при співвідношенні шансів 2,2 (95% ДІ 0,7-6,5). Посттестова ймовірність виявлення atopічного фенотипу захворювання при вказаних значеннях ІБС зростала лише на 18%.

Оскільки показник лабільності бронхів є інтегральним та відображає сумарну відповідь бронхів на дозоване фізичне навантаження та інгаляцію сальбутамолу, виразніші його значення виявилися у дітей з фенотипом atopічної БА (23,2±2,7% проти 18,1±2,8% у групі порівняння). Зокрема, висока лабільність бронхів (ПЛБ більше 20%) спостерігалася більше, ніж у половини представників I клінічної групи (52,6%) і лише у 40% дітей із неатопічною БА ( $P > 0,05$ ). Виразна лабільність бронхіального дерева (ПЛБ більше 30%) також частіше реєструвалася серед хворих з atopічним фенотипом захворювання, зокрема, у кожного четвертого (26,3%), порівняно з представниками II клінічної групи (16%;  $P > 0,05$ ). Відповідно виразна лабільність бронхів вказувала на відносний ризик atopічної БА 1,2 (95% ДІ 0,4-3,5) при співвідношенні шансів 1,8 (95% ДІ 0,5-6,8). Посттестова ймовірність верифікації atopічної БА при вказаних значеннях показника лабільності зростала не більше, ніж 12%.

Таким чином, дітям, хворим на atopічну бронхіальну астму притаманна тенденція до виразнішої лабільності бронхів, здебільшого, за рахунок бронходилатативної реакції на  $\beta_2$ -адреноміметик короткої дії.

Годованець О.С., Семань-Мінько І.С.

### ОСОБЛИВОСТІ МІКРОБІОЦИНОЗУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ ТА ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ: СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ДІАГНОСТИКУ ТА ЛІКУВАННЯ

Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини  
Буковинський державний медичний університет

Концепція «здоров'я новонародженого» має включати поняття його оптимальної адаптації при народженні до нових умов існування з оцінкою резервів на певний проміжок часу, в тому числі, ймовірності розвитку функціональної та органічної патології для їх сучасної профілактики та лікування. Хвороби органів травлення належать до числа найбільш розповсюджених захворювань в дитячому віці (15-75% дітей). Як правило, дисфункції ШКТ тісно зв'язані між собою. При змінах внутрішнього середовища кишечника на початку захворювання можуть спостерігатися зміни певної його функції, але із прогресуванням захворювання мають місце комплексні порушення функціонального стану ШКТ. Мікрофлора, що входить до складу біоплівки кишечника першою вступає в контакт із зовнішнім середовищем, маючи досить велику площу поверхні. Детоксикація шкідливих речовин в кишечнику здійснюється шляхом мікробної біотрансформації в нетоксичні та малотоксичні, процесів сорбції та виділення. Процеси синтезу, печінково-кишкової циркуляції та метаболізму жовчних кислот, холестерину і стероїдних гормонів здійснюються за участю кишкової мікрофлори.

До клінічних ознак прояву дисбіозу відносять колікоподібні болі в животі, метеоризм, частий стілець з рідкими каловими масами та вмістом неперетравленої їжі, схильність до закрепів. Для покращення функції та регуляції мікробіоценозу кишечника слід використовувати комплекси пре-, про- та симбіотиків, бактеріофагів, а також функціональне харчування. Ефективний пробіотик має бути нетоксичним для дитячого організму та мати позитивний вплив на організм, клітини та продукти їх метаболізму; має зберігати свої лікувальні властивості в умовах мікробного оточення в кишечнику; мати широкий спектр антагонічної активності по відношенню до патогенних та умовно патогенних мікроорганізмів; не має пригнічувати нормального мікробіоценозу.

Пробіотики останнього покоління активують імунну систему, відновлюють моторну функцію ШКТ, зменшують прояви метеоризму та володіють антидіарейними властивостями, мають виражену антагоністичну дію на патогенні та умовно-патогенні мікроорганізми. Ефективність та безпечність пробіотиків дозволяє використовувати їх як альтернативу більш агресивних методів лікування. Прийом препаратів цього ряду є простим та неінвазивним методом профілактики та лікування дисбіозів.

Ковтюк Н.І.

### ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ СНУ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини  
Буковинський державний медичний університет

Сон дитини відіграє важливу роль у формуванні показників здоров'я. Дисфункції сну у дітей дають ряд соматичних і поведінкових проявів, що негативно впливають на здоров'я зокрема і погіршують якість життя в цілому. У школярів «денними» наслідками порушення сну є погіршення успішності, неухважність, гіперактивність або дрімота в положенні сидячи днем. При сформованому монофазному сну відбуваються більш інтенсивно процеси росту та розвитку організму дитини.

Обстежено 140 здорових дітей шкільного віку. Використовували описовий дизайн дослідження із одномоментним зрізом для формування вибірки. Проводилося ретестування частини дітей з проміжком в 1-2 тижні. Середній вік пацієнтів у вибірці склав 13,4 роки. Інструментом вивчення якості життя служив адаптований україномовний опитувальник CHQ-SF (v.2). При обробці даних використовували власний метод декодування, новизна якого підтверджена патентом України. Оцінювали такі підрозділи: загальний стан та самооцінка здоров'я,



фізичне функціонування, поведінка, психоемоційне функціонування, родинна активність. Статистичну обробку результатів проводили за стандартними методами варіаційної статистики та кореляційного аналізу. Вірогідність різниці оцінювали за критерієм Ст'юдента при рівні  $p < 0,05$ .

Аналіз особливостей сну показав - 84,9% лягає спати в проміжку між 21 і 23 годиною. Прокидаються вранці найчастіше о 7.00 (57,4%). Тривалість нічного сну в середньому складає 9,24±0,14 години. В той же час, 44,6% дітей сплять вдень, в середньому 1,9±0,15 години. Використана нами методологія співпадає із загальноприйнятою міжнародною, а отримані результати легко порівнюються із літературними даними. Було зареєстровано цілий ряд проблем зі сном. Якщо 76% дітей засинали самостійно впродовж короткого часу (до 15 хвилин - 57,7%) і спали спокійно всю ніч (64%), то 24,4% мали проблеми із засинанням. У 27,0% цей процес займав від 30 хвилин до однієї години. Неспокійний сон відмічено у (39,6%), більшість дітей мала активні рухи тулубом або кінцівками (29,3%), що приводило до скидування з себе ковдри (28,8%), 10,6% дітей прокидалися, плакали або розмовляли вночі. Цікавим був аналіз взаємозв'язків окремих показників сну між собою та з іншими показниками. Час засинання дитини виявився найбільш важливим показником якості сну дитини. Саме він найбільше корелює із спокійним нічним сном без порушень ( $r = 0,40$ ,  $p < 0,01$ ), із самооцінкою якості сну і відчуттям бадьорості вдень ( $r = 0,40$ ,  $p < 0,01$ ), із праездатністю дитини ( $r = 0,36$ ,  $p < 0,01$ ). Як видно із вищенаведеного, діти шкільного віку мають суттєві порушення якості сну. Тому, під час діагностично-лікувального процесу увага лікаря повинна бути направлена не тільки на забезпечення об'єктивних діагностичних та лікувальних можливостей, але й на підвищення параметрів якості життя. Це дозволить уникнути значної соціальної дезадаптації у майбутньому.

Колоскова О.К., Білоус Т.М., Микалюк Л.В.

### ДЕЛЕЦІЙНИЙ ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНІВ ГЛУТАТІОН-S-ТРАНСФЕРАЗ T1 ТА M1 У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ ФІЗИЧНОЇ НАПРУГИ

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб  
Буковинський державний медичний університет

Метою дослідження було вивчити показники генетичного поліморфізму генів глутатіон-S-трансфераз T1 та M1 у дітей з бронхіальною астмою фізичної напруги.

Для встановлення генотипових особливостей бронхіальної астми фізичної напруги сформовано дві групи спостереження. До першої (I) клінічної групи увійшло 120 дітей, у яких в анамнезі захворювання визначали появу симптомів астми після фізичного навантаження, а також зниження ФОВ<sub>1</sub> на 15% і більше після дозованого бігу. Групу порівняння (друга, II), сформували 230 дітей, у яких наведені вище ознаки БАФН відсутні. Середній вік дітей I групи становив 12,3±0,3 років (68,3% хлопчиків, 46,7% сільських мешканців), II групи - 11,8±0,2 років (74,4% хлопчиків, 49,6% сільських мешканців), тобто групи порівняння співставимі за основними клінічними характеристиками.

Слід підкреслити, що у хворих із БАФН захворювання частіше мало тяжкий характер перебігу та рідше - легкий. Так, у I клінічній групі легка персистуюча БА відмічена у 7,5% випадків, середньотяжка - у 45,8% і тяжка - у 46,7% спостережень. У групі порівняння наведена тяжкість БА траплялася відповідно у 19,0% ( $P < 0,05$ ), 57,8% ( $P < 0,05$ ) і в 23,2% спостережень ( $P < 0,05$ ).

Показники молекулярно-генетичного дослідження по виявленню поліморфізму генів глутатіон-S-трансфераз T1 та M1 у дітей з бронхіальною астмою фізичної напруги порівняно з їх однолітками, в яких напади захворювання не провокувались фізичним навантаженням, наведені у табл.

Таблиця

Частоти різних генотипів *GSTT1* та *GSTM1* у дітей, хворих на бронхіальну астму

Клінічні групи	Кількість хворих, N	Розподіл генотипів <i>GSTT1</i> та <i>GSTM1</i>							
		<i>T1+M1+</i>		<i>T1delM1+</i>		<i>T1+M1del</i>		<i>T1delM1del</i>	
		A	B	A	B	A	B	A	B
I - БАФН	51	19	37,3	10	19,6	18	35,3	4	7,8
II - порівняння	74	38	51,4	6	8,1	22	29,7	8	10,8

Примітка: A - абсолютна кількість пацієнтів з певним генотипом GST; B - % відносно загальної кількості пацієнтів з певним фенотипом БА.

Отримані дані дають підставу стверджувати, що серед хворих на БАФН значно меншою була частка дітей з генотипом *T1+M1+* (відсутність делецій), а генотип *T1delM1+* та *T1+M1del* реєструвався в половини хворих I клінічної групи та лише у кожного третього пацієнта групи порівняння. Водночас, генотип *T1delM1del*, який призводить до одночасної втрати активності двох ізоформ GST, частіше реєструвався у хворих, в яких напади БА не провокувались фізичним навантаженням. Слід відмітити, що тяжка форма БА виявлена у 5 з 8 носіїв (62,5%) цього генотипу у пацієнтів групи порівняння та у 75,0% хворих на БАФН.

Таким чином, у хворих з БАФН частіше визначались делеції у генах глутатіон-S-трансфераз T1 та M1, в хворих даної групи з генотипом *T1delM1del* у 75% випадків захворювання перебігало у тяжкій формі. Серед представників групи порівняння переважала частка хворих з відсутністю делецій у генах глутатіон-S-трансфераз T1 і M1, і дещо частіше визначався генотип *T1delM1del*. За наявності генотипу *T1delM1del* у 62,5% пацієнтів групи порівняння захворювання перебігало в тяжкій формі.