

**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



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 металлопротеїнази-9 (ММР-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%, нейроциркуляторної 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.