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

М А Т Е Р І А Л И

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 – ї 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 – ї 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. Іващук 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

ступеня відхилення росту пацієнток від середнього зросту в популяції розраховували коефіцієнт стандартного відхилення SDS (Standard Deviation Score) за формулою: SDS=X–X'/SD, де X – ріст пацієнтки, X' – середній кінцевий ріст для даного пацієнта, SD – стандартне відхилення для даного хронологічного віку і статі. Використовувалися нормативи росту, розроблені J. Tanner и R. Whitehouse (1976). Показники росту зіставлялися з перцентильними кривими A.J. Lyon (1985) для дівчаток із СШТ. Діти із групи спостереження були жителями сільської місцевості у 78% випадків, а в 28% – мешканцями міста. У всіх дітей траплялася низькорослість (100%). У 56% дітей виявлено гіпергонадотропний гіпогонадизм. Спорадичне статеве дозрівання спостерігалося тільки в однієї дитини (11%) з мозаїчним варіантом синдрому.

Середній вік на момент обстеження становив 13,78 ± 0,11 років, середній ріст був – 131,9 см, затримка росту -4,2 ± 0,22 SDS, кістковий вік 12,10 ± 0,12 років, різниця між хронологічним і кістковим віком становила 1,68 ± 0,01 року, середня вага – 34,9 кг.

Аналіз показав, що 33% дівчаток з СШТ звернулася за лікарською допомогою в пубертатному віці, іншим дітям діагноз виставили до періоду статевого дозрівання – 67%. Основними скаргами у дівчаток при зверненні були затримка росту і відсутність вторинних статевих ознак. З анамнестичних даних виявлено наступне: у трьох пацієнток був лімфатичний набряк рук і стоп при народженні (33%), у 33% – часті отити, що призвели до зниження слуху, у 33% – порушення функції зорового аналізатора, а саме, розвиток косоокості, короткозорості і далекозорості. З боку інших систем органів було виявлено ураження серцево-судинної системи в 44% і дизметаболічна нефропатія – в 89% випадків.

Спостерігалася наступна частота основних клінічних і фенотипових порушень у досліджених: антимонголоїдний розріз очей (89%), птоз (78%), окулярний гіпертелоризм (89%), епікант (33%), косоокість (22%), мікрогнатія (22%), високе готичне піднебіння (89%), щілина м'якого піднебіння (11%), носової відтінок голосу (33%), аномалії будови вушних раковин (89%), низький ріст волосся на шиї (100%), коротка шия (100%), бочкоподібна грудна клітка (89%), коарктація аорти (11%), пролапс мітрального клапана (44%), гіпертелоризм і втягнутість сосків (89%), сколіоз (33%), брахідактилія (100%), короткі четверті та п'яті п'ястневі кістки (11%), нігтьова дисплазія (11%), сандалеподібна щілина (33%), затримка дозрівання скелета (56%), множинні пігментні невуси (22%), надлишок ваги (67%). При аналізі показників росту дівчаток з СШТ виявлено, що показник знаходився в середньому в межах 3 і 10 перцентилів кривих росту для дівчаток із СШТ.

Таким чином, велика частина дівчаток, що звернулася за допомогою з СШТ, була у віці до 11 років (67%). У Чернівецькій області в дівчаток з СШТ в основному виділені наступні типи каріотипу: моносомія (45 X0) – 88,9%, мозаїчний варіант (11,1%).

Фенотипові особливості СШТ залишаються без належної уваги з боку педіатрів та дитячих гінекологів, що говорить про необхідність більш уважного ставлення до дівчаток із затримкою росту і статевого розвитку з обов'язковим дослідженням каріотипу.

Сажин С.І.

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ТА РІВЕНЬ КОНТРОЛЮ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

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

Бронхіальна астма (БА) є не тільки медичною, але й важливою соціально-економічною проблемою сьогодення. Порушення звичайного ритму життя (пропуски в школі, зниження успішності, часті та тривалі госпіталізації), спричинене симптомами захворювання, повсякчас призводить до зниження якості життя пацієнтів та їх батьків.

Враховуючи вище наведене, метою роботи стало визначення кореляційних зв'язків між якістю життя батьків пацієнтів, хворих на бронхіальну астму, та частотою симптомів бронхіальної астми у дітей шкільного віку.

Для досягнення поставленої мети на базі Чернівецької обласної дитячої лікарні з дотриманням принципів біоетики проведене клінічно-анамнестичне обстеження 118 пацієнтів шкільного віку, хворих на бронхіальну астму. Рівень контролю визначали за трьома різними опитувальниками: Asthma Control Test (ACT), клінічно-інструментальною оцінкою (КІО) та анкетою, запропонованою Глобальною стратегією з бронхіальної астми (GINA-тест). Якість життя пацієнтів визначали за допомогою опитувальника Peadiatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ), а їх батьків пацієнтів – за допомогою анкети Peadiatric Asthma Caregiver's Quality of Life Questionnaire (PACQLQ).

При оцінці рівня контролю над симптомами БА встановлено, що середня сума балів за ACT становила 15,5±0,5. Кількість обстежених, в яких сума балів не перевищувала 15 та, згідно рекомендацій авторів-розробників анкети, свідчила про відсутність контролю, становила 26 (22,0 %) осіб. Більше 20 балів та, відповідно, повний контроль відмічали у 16 (13,6%) дітей. У 76 (64,4 %) обстежених зафіксовано частковий контроль над БА (сума балів за ACT-тестом дорівнювала 16-19 балів). Згідно GINA-тесту, середня сума в групі дітей, хворих на БА, сягала 9,2±0,2 бала. Менше восьми балів, та, відповідно, добрий контроль над БА, реєстрували в 13 (11,0%) пацієнтів. Сума балів, яка перевищувала дев`ять, та підтверджувала неконтрольований перебіг, відмічалася серед 28 (23,7%) хворих. У решти 77 (65,3 %) дітей реєстрували частковий контроль. Середня сума балів при проведенні клінічно-інструментальної оцінки рівня контролю становила 15,4±0,5. Контрольована БА за показниками клінічно-інструментальної оцінки (сума балів не перевищувала одинадцяти) спостерігалася в 16 (13,6%) дітей, частково контрольована (сума балів коливалася в межах 11-16 балів) – у 72 (61,0 %) школярів. Сімнадцять та вище балів свідчили про недостатній контроль над захворюванням та відзначали у 30 (25,4%) пацієнтів.

Середній загальний бал за опитувальником PAQLQ становив 4,17±0,17 бала при максимально можливому результаті в сім балів. Цей результат володів сильним вірогідним зворотнім взаємозв'язком із GINA-тестом (r= - 0,55, P<0,01). Проте, не простежувалися взаємозв'язки між сумою балів за PAQLQ та ACT (r= 0,49, P>0,05) та PAQLQ та КІО (r= - 0,35, P>0,05) КІО не набув вірогідного значення (r= - 0,28, P>0,05).

Анкетування батьків дітей, хворих на БА, дозволило визначити їх якість життя за умови наявності в сім'ї дитини, що хворіє на БА. Середня сума балів за результатами опитування батьків дітей, хворих на БА,становила 3,47±0,11 бала. Цей результат мав вірогідний прямий кореляційний зв'язок із ACT (r= 0,53, P<0,05) та зворотній взаємозв'язок із GINA-тест (r= - 0,56, P<0,01). Натомість, взаємозв'язок між сумою балів за PACQLQ та КІО не набув вірогідного значення (r= - 0,35, P>0,05).

Отримані результати дають підстави вважати, що показники якості життя пацієнтів дитячого віку, хворих на бронхіальну астму, володіють вірогідним кореляційним зв'язком з рівнем контролю бронхіальної астми, визначеним за анкетою, запропонованою Глобальною стратегією з бронхіальної астми. Результати визначення якості життя батьків володіють сильним взаємозв'язком з результатами оцінки контролю за опитувальниками ACT та GINA-тест. Таким чином, анкетування з метою визначення якості життя пацієнтів, хворих на бронхіальну астму, та їх батьків може використовуватися як додатковий діагностичний критерій рівня контролю над захворюванням, психологічного та емоційного стану батьків та дітей, хворих на бронхіальну астму.

Сапунков О.Д.

ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ СЕРЕДНЬОГО ВУХА У ПЛОДІВ ЛЮДИНИ 9 МІСЯЦІВ РОЗВИТКУ

Кафедра дитячої хірургії та отоларингології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

За останні 10 років в розвинутих країнах відсоток дітей народжених раніше терміну складає 5 – 12% всіх новонароджених. Незрілість їх органів і систем часто призводять до розвитку патологічних симптомокомплексів, в тому числі і з боку органа слуху, що може викликати необхідність хірургічного втручання. Все це вимагає точного знання вікових анатомо-топографічних особливостей будови середнього вуха.

Вивчити топографоанатомічні особливості середнього вуха у плодів 9-ти місяців внутрішньоутробного розвитку та обґрунтувати морфологічний взаємозв'язок формоутворювальних процесів його з прилеглими структурами.

Дослідження виконано на 8 плодах людини 271,0-310,0 мм тім'яно-куприкової довжини (ТКД).

У ході дослідження використовували методи: тонкого препарування середнього вуха та прилеглих ділянок під контролем бінокулярної лупи; макро- та мікроскопії; морфометрії; макрофотографії цифровим фотоапаратом "OLIMPUS μ 1000 All-weather 10,0 MPix".

На протязі дев'ятого місяця внутрішньоутробного розвитку нижня та передня стінки барабанної порожнини збільшують свої розміри і вона набуває більш неправильної форми. Збільшенню цих стінок сприяє збільшення діаметра судин - внутрішньої яремної вени та внутрішньої сонної артерії, що веде до збільшення каналу внутрішньої сонної артерії та яремної ямки і переходу барабанної порожнини із горизонтального положення в похиле.

Розміри барабанної порожнини наступні: довжина знизу - 7,60 ± 0,19 мм, довжина на рівні мису - 9,75 ± 0,18 мм, довжина зверху - 7,40 ± 0,23 мм. Вертикальні розміри барабанної порожнини: спереду - 8,15 ± 0,19 мм, навпроти мису - 9,68 ± 0,34 мм, позаду - 7,15 ± 0,17 мм. Ширина барабанної порожнини: в нижньопередній ділянці - 2,22 ± 0,05 мм, в нижньозадній ділянці - 5,22 ± 0,12 мм, в передньоверхній ділянці - 3,85 ± 0,15 мм, в верхньозадній ділянці - 4,82 ± 0,19 мм. Товщина стінок барабанної порожнини складає: верхньої - 0,99 ± 0,03 мм, передньої - 0,62 ± 0,03 мм, нижньої - 0,72 ± 0,02 мм. Вертикальний розмір вікна присінка - 1,76 ± 0,02 мм, горизонтальний - 2,82 ± 0,07 мм. Середній діаметр вікна завитки - 1,81 ± 0,06 мм. Відстань між вікном завитки та вікном присінка - 1,25 ± 0,04 мм. Вікно присінка має бобовоподібну форму. У вікна завитки спостерігалась овальна, округла і трикутна форма. Вертикальний розмір мису на лабіринтній стінці - 4,72 ± 0,08 мм. Довгий діаметр барабанного кільця з барабанною перетинкою - 8,12 ± 0,19 мм, короткий діаметр - 7,25 ± 0,23 мм. Канал лицевого нерва проходить над вікном присінка під кутом 29° і не має кісткової стінки. Його довжина складає - 5,12 ± 0,19 мм, діаметр - 1,15 ± 0,02 мм.

Печера соскоподібного відростка лежить поверхнево під кортикальним шаром, товщина якого складає 1,53 ± 0,06 мм. На зовнішній поверхні соско-подібного відростка спостерігається лусковососковидна щілина, яка заповнена сполучною тканиною. Передня стінка печери знаходиться на рівні заднього краю барабанного кільця, а нижня стінка знаходиться нижче рівня верхнього краю барабанного кільця на 1,75 + 0,08 мм. Верхня стінка печери відокремлює її від середньої черепної ямкиі і її товщина складає 0,93 ± 0,02 мм. Печера має наступні розміри: довжину - 7,08 ± 0,19 мм, висоту - 5,33 ± 0,12 мм, ширину - 5,65 ± 0,20 мм. Діаметр входу до печери становить 2,54 ± 0,06 мм. Спостерігалась його бобовоподібна та ниркоподібна форма.