

**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 – 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. 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



Сорокман Т.В., Васкул Н.М.
ЧАСТОТА ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ В ДІТЕЙ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

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

Однією з найтяжчих хвороб серед хронічної патології шлунково-кишкового тракту є виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки (ВХ). Поширеність ВХ серед дитячого населення становить у різних країнах від 5 до 15% (в середньому 7-10%). До цього часу етіопатогенез ВХ є предметом дискусії. Найбільш поширеним є визнання мультифакторної етіології ВХ. Вважають, що ВХ виникає внаслідок складної взаємодії біологічних, психологічних, генетичних, соціальних та інфекційних чинників

Мета дослідження – вивчити поширеність виразкової хвороби серед дітей Чернівецької області.

Всього в розробку взято 350 історій хвороб. Детальне клінічне обстеження проведено у 120 дітей віком 7 – 18 років. Діти були розподілені на підгрупи за віком, статтю, місцем проживання, тривалістю захворювання.

Аналіз нозологічної структури захворювань органів травлення серед дітей Чернівецької області віком 11-18 років показав, що перше місце посідають хронічні гастрити (ХГ) та гастродуоденіти (ХГД), однак без достовірної різниці з функціональними розладами шлунка, які знаходяться на другому місці в структурі патології дигестивної системи. Третє місце займають хронічні холециститу (ХХЦ), холангіти (ХХЛ), а четверте стабільно ВХ. Поширеність ВХ серед дітей Чернівецької області визначена як 0,33% (по Україні – 0,40%). При оцінці динаміки поширеності ВХ у дітей Чернівецької області за останні 10 років виявлено коливання показників від 0,19 до 0,50 %. При цьому реєструється стабільне підвищення показників поширеності ВХ за стані 5 років.

Аналіз захворюваності на ВХ серед дітей Чернівецької області виявив деякі коливання впродовж останніх 10 років: періодичні зростання захворюваності до максимального значення у 2009 році та зниження у 2012 та 2013 роках з тенденцією до поступового росту показника у 2014 році. Якщо порівняти захворюваність на ВХ за останні 10 років серед дітей Чернівецької області та м.Чернівці, то варто зазначити, що остання в м.Чернівці, як і по області, найвища у 2010 році. Причому коливання захворюваності характерні для Чернівецької області відмічаються і в м.Чернівці, але серед дітей міста вона достовірно вища. Залежно від віку частота ВХ розподілилася наступним чином: від 7 до 12 років – 33,7%, від 13 до 15 років – 46,8%, $p < 0,05$, від 16 до 18 років – 19,5%, $p < 0,05$. За результатами наших досліджень з кожним роком частка дітей молодшого шкільного віку поступово зростала. Серед обстежених дітей, хворих на ВХ, відмічалася статеві різниця: 74,0% становили хлопчики та 26,0 - дівчатка, $p < 0,05$.

Середній вік виникнення ВХ у обстежених дітей становив $12,4 \pm 2,1$ років. Аналіз віку виникнення ВХ залежно від генеалогічного анамнезу показав, що в дітей із обтяженою спадковістю середній вік виникнення хвороби становить $10,8 \pm 1,5$ років, в дітей із необтяженою спадковістю – $14,6 \pm 1,3$ років. Варто зазначити, що із обстежених нами дітей віком 5–6 років із ВХ 68,5% осіб належали до сімей із обтяженою спадковістю, по материнській та по батьківській лініях. Встановлено, що в дітей із обтяженою спадковістю, порівняно з їх батьками, ВХ виникає на 5–6 років раніше ніж у їх батьків. У дітей чоловічої статі спостерігали поступове зростання частоти ВХ уже з 7 років, на відміну від дівчаток, в яких спостерігали різке зростання частоти ВХ у 12–14 років.

Локалізація виразки в дванадцятипалій кишці є домінуючою – 90,9% випадків, серед них ВХ ДПК у хлопчиків становила 71,4%, у дівчаток – 28,5%. У 9,1% обстежених дітей (100% хлопчики) виразка локалізувалася в шлунку.

Ускладнений перебіг ВХ зустрівся не часто і становив 14,2%. В основному ВХ ускладнювалася шлунково-кишковою кровотечею (6 хлопчиків). Множинні і хронічні виразки виявлено в 7,7 % осіб, з них 83,3% хлопчики.

Сорокман Т.В., Чечул А.М., Нисторяк Г.Д.
РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ЗОБУ У ДІТЕЙ ІЗ РІЗНИХ ГЕОГРАФІЧНИХ ЗОН ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

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

Одним з основних механізмів адаптації організму людини до зниження продукції тиреоїдних гормонів за умов йодної недостатності є гіперплазія та гіпертрофія щитоподібної залози (ЩЗ), тобто зоб.

Природа Буковинського регіону представлена складною системою територіальних одиниць, що створюють гірський та рівнинний райони мешкання. Дані райони виділені відповідно до географічних понять та природно-кліматичних і соціально-економічних особливостей. Приймаючи до уваги те, що обстежувані нами діти проживають в місцевості, ендемічній по зобу, а за даними літератури дефіцит йоду в навколишньому середовищі викликає у дітей йододефіцитні захворювання і може впливати на фізичний, статевий та психічний розвиток дітей, ми поставили завдання вивчити розповсюдженість ендемічного зоба, як прояву йодного дефіциту, в окремих географічних зонах Чернівецької області

Мета дослідження - вивчити розповсюдженість зобу серед дітей шкільного віку залежно від місця проживання.

Об'єктом дослідження були діти шкільного віку (1973 особи), які мешкають у м. Чернівці та різних

районах області. Діти були розподілені на групи щодо районів мешкання, віку та статі. Оцінку морфофункціонального стану ЩЗ проводили за показниками візуально-мануального обстеження. Згідно з класифікацією ВООЗ визначали 5 ступенів збільшення щитоподібної залози /ЩЗ/: 0 - ЩЗ не пальпується або пальпується, але об'єм її долей не перевищує розміру кінцевої фаланги великого пальця пацієнта; Іа - ЩЗ пальпується, об'єм її долей більший за розмір кінцевої фаланги великого пальця пацієнта, але вона не візуалізується; Іб - ЩЗ візуалізується при відхиленні голови назад; 2 - ЩЗ візуалізується при нормальному положенні тіла, 3 - ЩЗ візуалізується на відстані 5 м і більше. Збільшення ЩЗ І-3 ступеня трактували як зоб І-3 ступеня. Ультрасонографічне дослідження ЩЗ проводилось на апараті Scanner - 100 з використанням лінійного датчика з частотою 7,5 мГц.

Результати обстеження показали значну частоту зоба серед дітей Буковини – 53,2%. У різних клімато-географічних зонах частота зоба різна і складає у дітей, які проживають в гірській зоні (65,5%) і значно нижчу частоту зоба серед дітей, які мешкають на рівнинній зоні та в м. Чернівці (40,6 та 35,1% відповідно, $P < 0,05$).

Аналіз одержаних результатів вивчення залежності розповсюдження зоба від статі показав, що у дітей донуберіатного періоду, які мешкають у м. Чернівці та рівнинній зоні зоб дещо частіше зустрічається у хлопчиків, тоді як у дітей гірської місцевості статевої різниці не спостерігається. Поряд з цим у дівчаток пубертатного періоду, незалежно від місця проживання, зоб зустрічається частіше, ніж у хлопчиків. За даними розподілу дітей за ступенем збільшення ЩЗ щодо статі та зони мешкання незалежно від місця проживання, як у хлопчиків, так і у дівчаток переважав зоб ІА ступеня. У загальній популяції досліджуваних дітей зоб ІА ступеня зареєстрований у 720 (68,5%), ІБ ступеня у 290 осіб (27,6%), ІІ – у 41 особи (3,9%). У 89,3% випадків визначалась дифузно збільшена, м'яко-еластичної консистенції, не болюча ЩЗ, у 10,7% - ЩЗ була дещо ущільненою. Співставлення даних пальпації ЩЗ та УЗД показало, що не дивлячись на переваги пальпації при скринінгових дослідженнях, цей метод, в певній мірі, є суб'єктивним. За даними О.В. Терпугова чутливість та специфічність пальпації зменшується при невеликих ступенях збільшення ЩЗ. Із 474 обстежених дітей при УЗД у 8,5% мало місце підвищення ехогенності, у 6,5% - порушення структури залози, у 7,3% констатовано зниження ехогенності. У 4 дітей (0,8%) виявлені поодинокі вузли, у 3 (0,6%) – кістоподібні утворення. Кількість хлопчиків з ультрасонографічними змінами у ЩЗ складала 39,1%, дівчаток – 60,9%.

Вартом уваги був розподіл дітей із зобом у гірській зоні мешкання. Так, у цій популяції дітей частіше реєструвалися важкі ступені зоба (зоб І Б та ІІ ступенів становив 43,7% проти 28,8% у дітей м. Чернівці, $P < 0,05$), частка дітей із зобом ІІ ступеня була вірогідно більшою у порівнянні з такою у дітей м. Чернівці та рівнинної зони мешкання.

Таким чином, згідно міжнародної класифікації важкості йододефіцитних захворювань, дані пальпаторного обстеження ЩЗ свідчать про наявність у всіх обстежуваних дітей із зобом, які проживають у м. Чернівці та рівнинній зоні, середнього ступеня йодної ендемії та важкого ступеня у дітей гірської зони (частота зоба у дітей передпубертатного періоду вища за 30%).

Тарнавська С.І.
ОСОБЛИВОСТІ ФЕНОТИПУ АСТМИ ПІЗЬКОГО ПОЧАТКУ ЗАЛЕЖНО ВІД ХАРАКТЕРИСТИКИ АЦЕТИЛЯТОРНОГО СТАТУСУ ДІТЕЙ

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

Наразі відомо, що фенотипова неоднорідність бронхіальної астми зумовлює різноманітну відповідь на лікування, прогноз, уразливість щодо впливу навколишнього середовища. Водночас, дослідження щодо фенотипу астми пізнього початку є досить суперечливими, оскільки окремі автори асоціюють пізній дебют астми із клінічними проявами атопії, еозинофілією та/ або підвищеним рівнем загального ІgЕ у крові, а інші науковці астма-фенотип пізнього початку пов'язують із відсутністю атопії (негативні прик-тести, нормальний рівень загального і специфічних ІgЕ), поодинокією супутньою алергічною патологією.

Виходячи з наведеного вище, вивчення клінічно-анемнестичних та параклінічних особливостей фенотипу БА пізнього початку з урахуванням індивідуальних генетичних особливостей дітей дозволить уточнити його діагностичні критерії та прогностичні ризики, що сприятиме вдосконаленню індивідуалізованих лікувально-профілактичних заходів.

З метою оптимізації комплексного лікування дітей, хворих на бронхіальну астму, ретроспективно дослідити особливості фенотипу астми пізнього початку (ФАПП) залежно від характеру ацетилювання.

Для досягнення поставленої мети проведено комплексне клінічно-імунологічне обстеження І-ІІ рівня 72 дітей, в яких визначався пізній початок БА. Усім дітям визначали генетичний маркер – тип ацетилювання за методом В.Н. Пребстинг – В.І. Гаврилова в модифікації Тимофєєвої, що характеризував особливості ІІ фази системи біотрансформації ксенобіотиків.

Сформовано 2 клінічні групи: І група – 34 дитини з повільним характером ацетилювання (середній вік – $13,8 \pm 0,4$ роки, частка хлопчиків – 61,7%), ІІ група – 38 пацієнтів зі швидкими темпами ацетилювання (середній вік – $12,7 \pm 0,4$ роки ($p > 0,05$); частка хлопчиків – 65,7% ($p > 0,05$)). За основними клінічними ознаками групи спостереження були зіставлюваними. Аналіз клінічних особливостей астми в когорті обстежених пацієнтів дозволив дійти висновку, що за тяжкістю перебігу захворювання групи спостереження не відрізнялися, водночас, у дітей зі швидким ацетиляторним статусом у 1,8 разів частіше траплявся легший