

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



## **МАТЕРІАЛИ**

**96 – ї**

**підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

**16, 18, 23 лютого 2015 року**

**Чернівці – 2015**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2015. – 352 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 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.

чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.

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 978-966-697-588-4

© Буковинський державний медичний  
університет, 2015



**Голованець О.С., Дроник Т.А.\*, Курик О.В.\***  
**АСПЕКТИ КАТАМНЕСТИЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З**  
**ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ВНАСЛІДОК ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ**

*Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини*  
*Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти*  
*Буковинський державний медичний університет*

Функціональні гастроінтестинальні порушення складають 60 - 95% від загальної структури захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ) у дітей [Нагорна Н. В., 2013; Знаменська Т. К., 2014]. Старт клінічних проявів в 70-85% випадках спостерігається в перші роки життя [Шадрін О. Г., 2012]. Рекурентна біль у животі в 90-95% дітей має функціональний характер і лише в 5-10% випадках обумовлена органічними причинами [Марушко Ю. В., 2011; Бабаян М. Л. 2013].

Функціональна патологія ШКТ є однією з провідних в структурі захворюваності дитячого віку, тому удосконалення методів діагностики та лікування є актуальною проблемою сучасної педіатрії та дитячої гастроентерології [Бережний В.В., 2014].

У ранньому дитячому віці, а особливо в перші місяці життя, симптоми порушень функціонального стану ШКТ виникають внаслідок сукупності причин, у тому числі [Бережний В.В., 2013; Щербак В. А., 2014]: морфо-функціональної незрілості периферичної іннервації кишечника; дисфункції регуляції ЦНС; «запізнілого старту» ферментативної системи; порушень становлення мікробіоценозу кишечника; з інших причин. Все вище зазначене призводить до посилення процесів бродіння і газоутворення, що супроводжується спазмом кишечника [Лошак О.О., 2013].

Перинатальна гіпоксія викликає дисбаланс діяльності вегетативних центрів нервової системи, що клінічно проявляється вегетативними розладами [Вороненко І. І., 2011; Хавкін А.І., 2010]. Порушення вегетативної регуляції роботи органів травлення сприяє формуванню функціональних порушень гастроінтестинальної системи. Функціональні порушення, причиною яких в ранньому віці переважно є перинатальна гіпоксія, передують розвитку значних структурних змін у травній системі в більш старшому віці [Вороненко І. І., 2011].

Основними фізіологічними процесами ШКТ є: секреція, перетравлення, всмоктування, моторика, підтримка фізіологічного мікробіому та вірому. Зміни функціонального стану ШКТ проявляються: порушеннями секреції; переварювання (мальдигестія); всмоктування (мальабсорбція); порушеннями моторики (дискінезія); порушеннями мікробіому (дисбіоз, дисбактеріоз); порушеннями активності місцевого та загального імунітету. Всі перераховані дисфункції зв'язані між собою через зміну складу внутрішнього середовища і якщо на початку захворювання може відмічатися порушення тільки однієї функції, то по мірі прогресування порушуються також і інші. Клінічними симптомами харчової інтолерантності у новонароджених та дітей грудного віку є: зригування, відмова від їжі, метеоризм, стаз із залишковим об'ємом більше 25% від введеної порції їжі, відсутність або схильність до почастішання стільця, наявність неперетравлених залишків їжі, слиз у калі та інші.

Дослідження функціонального стану окремих органів, які входять до гастроінтестинальної системи, свідчать про порушення ферментативної активності підшлункової залози та кишечника у новонароджених, зокрема: амілази, ліпази, трипсину, лейцин-амінопептидази у сироватці крові, а також, еластази, еластази ПМЯГ,  $\alpha$ 1-антитрипсину, кальпротектину у копрофільтраті з урахуванням ступеня тяжкості перинатальної патології.

**Іванова Л. А., Горбатюк І. Б.**

**ДО ПИТАННЯ РАНЬОЇ ДІАГНОСТИКИ СТРЕПТОКОКОВИХ ТОНЗИЛОФАРИНГІТІВ У ДІТЕЙ**

*Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб*  
*Буковинський державний медичний університет*

Проблема діагностики та лікування тонзилофарингітів у педіатричній практиці є досить актуальною, що зумовлено значною розповсюдженістю серед дитячого населення (від 12 до 17%), розвитком загрозливих для життя станів та хронізації процесу. Ускладнення виникають при бактеріальних тонзилофарингітах (ТФ), у першу чергу, викликаних бета – гемолітичним стрептококом групи А (БГСА). Розвитку ускладнень сприяє несвоєчасне або недоцільне призначення етіотропної терапії. Невідповідність етіотропного лікування ТФ відносно збудників зумовлено певними труднощами у ранньому виявленні етіологічного чинника. Проведення диференційної діагностики вірусних та бактеріальних ТФ ускладнюється наявністю подібної клінічної картини захворювання.

«Золотим стандартом» виявлення БГСА, з метою призначення стартової антибактеріальної терапії, вважається бактеріологічний засів на поживне середовище мазка з поверхні мигдаликів, однак остаточний результат даного дослідження клініцист отримує не раніше 3–5 доби захворювання, що змушує його призначати стартову етіотропну терапію емпірично.

З метою вивчення діагностичного значення загально клінічних та параклінічних показників у верифікації стрептококових ТФ у дітей для оптимізації лікування та запобігання розвитку ускладнень сформовано дві клінічні групи. Першу (I, основну) групу склали 10 дітей із діагнозом «стрептококовий тонзилофарингіт». Стрептококова етіологія захворювання була підтверджена позитивними результатами стрептотеста та культурального дослідження мазка із зіву. До II клінічної групи увійшло 16 пацієнтів із



тонзилофарингітами нестрептококової етіології, про що свідчили негативні результати стрептотесту та бактеріального дослідження вмісту із зіву та задньої стінки глотки. Середній вік пацієнтів основної групи склав – 5,6±1,2 років, групи порівняння – 6,3±0,9 роки ( $p>0,05$ ). Частка хлопчиків серед хворих I клінічної групи становила 32,3±3,5%, серед дітей II групи – 35,4±3,1% ( $p>0,05$ ). За основними клінічними характеристиками групи були зіставлюваними.

Клінічний стан усіх дітей, які надходили до стаціонарного відділення із діагнозом ТФ оцінювали за модифікованою шкалою МакАйзека. Оцінку активності киснезалежного метаболізму нейтрофілів гранулоцитів периферійної крові проводили гістохімічним методом за даними спонтанного і стимульованого тесту з нітросинім тетразолієм (НСТ-тест) за методом Park V.H. et al. (1968) у модифікації Клімова В.В. та співав. (1982). Результати тесту оцінювали за цитохімічним коефіцієнтом (ЦХК), який обчислювали за формулою Astaldi G., Verga L. (1957).

Для оцінки діагностичної цінності тестів визначали їх чутливість (ЧТ), специфічність (СТ), передбачувану цінність позитивного (ПЦПР) та негативного (ПЦНР) результатів. Оцінка ризику реалізації події проводилась з урахуванням вірогідності величин відносного (ВР), атрибутивного (АР) ризиків та співвідношення шансів (СШ), а також визначення їх довірчих інтервалів (95% ДІ).

В роботі показано, між групами порівняння не відмічено вірогідної різниці за клінічними ознаками захворювання. Проте, загальна сума балів у пацієнтів основної групи була вірогідно більшою порівняно із хворими групи порівняння. Сума балів за шкалою МакАйзека більше 4 виявлена у 33,0±4,2% пацієнтів I групи та лише у 4,0±3,8% хворих групи порівняння. При цьому чутливість методу становила - 33%, специфічність - 96%, позитивна та негативна передбачувана цінність відповідно – 89,2% та 59%, відносний ризик - 11,8 [95% ДІ: 3,9-34,9], співвідношення шансів – 2,1 [95% ДІ: 0,7-5,8], атрибутивний ризик – 0,48. Доведено, що у хворих основної групи середній вміст сегментоядерних нейтрофілів був вірогідно вищим порівняно до хворих групи контролю та становив відповідно 54,4±4,2% та 44,3±2,6% ( $p<0,05$ ). Діагностична цінність представлено лабораторного показника виявилась наступною: ЧТ=77,7%, СТ=72%, ПЦПР=73,5%, ПЦНР=76,4%, ВР=3,1 [95%ДІ: 2,2-4,3], АР=0,49. При реєстрації даного показника у дітей із запальними явищами в ротоглотці ризик наявності стрептококового ТФ збільшується майже в 9 разів (співвідношення шансів – 8,9 [95%ДІ: 4,7-17,0]). Встановлено, що частка дітей із стрептококовим ТФ, в яких зафіксовані показники стимульованого НСТ-тесту нейтрофілів крові за ЦХК менші за середньогрупове значення (0,5 у.о. за ЦХК), становила 44,4±4,2%, а серед хворих групи порівняння - 25,0±3,8% випадків ( $p<0,05$ ). Виявлено, що попри низьку чутливість тесту (44,4%), його специфічність становила 75%, ВР=1,5 [95%ДІ: 1,0-2,5], СШ=2,3 [95%ДІ: 1,3-4,3], АР=0,2. Виявлено, що у дітей основної групи показник резерву НСТ-тесту був у 2 рази меншим порівняно до хворих групи порівняння (відповідно 0,15±0,06 у.о. та 0,31±0,05 у.о.,  $p>0,05$ ). Показники діагностичної цінності даного лабораторного тесту, щодо виявлення стрептококового ТФ по відношенню до ТФ нестрептококового генезу виявились наступними: ЧТ=37,5%, СТ=74%, ПЦПР=59,1%, ПЦНР=54,2%, ВР=1,3 [95%ДІ: 1,0-2,0], СШ=1,7 [95%ДІ: 1,0-3,1], АР=0,13. При аналізі показників фагоцитарної активності нейтрофілів лейкоцитів крові дітей груп порівняння не вдалося знайти вірогідної різниці. У дітей із ТФ як стрептококової так і не стрептококової етіології показники фагоцитарної активності цих клітин були дещо вищими за вікові норми, що може свідчити про їх активацію при реалізації інфекційного запалення.

Отже, при проведенні ранньої діагностики (в першу добу госпіталізації) стрептококового тонзилофарингіту у дітей можна використовувати разом з іншими клінічно-параклінічними критеріями наступний комплексний клінічно – параклінічний тест: сума балів за клінічною шкалою МакАйзека більше 4, рівень сегментоядерних лейкоцитів крові більше 50%, показники стимульованого НСТ-тесту нейтрофілів крові (ЦХК< 0,5 у.о.) та резерв мікробіцидності нейтрофілів < 0,15 у.о., що обґрунтовано достатніми показниками діагностичної цінності даного тесту, а саме: ЧТ=20%, СТ=93,7%, ПЦПР=76,2%, ПЦНР=54%. При реєстрації вище представлено комплексного клінічно-параклінічного тесту у дітей із запальними явищами в ротоглотці ризик наявності стрептококового тонзиліту збільшується майже в 4 рази (СШ=3,75 [95%ДІ: 1,4-9,6]).

**Ковтюк Н.І.**

**ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ДІТЕЙ З НЕВРОЛОГІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ**

*Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини*  
*Буковинський державний медичний університет*

Якість життя хворої дитини у сучасній охороні здоров'я розглядається як інтегральна характеристика її стану, що складається з фізичного, психічного, соціального компонентів. Оптимальним є їх гармонійне поєднання. Зазвичай лікар, оцінюючи стан здоров'я пацієнта, аналізує клінічні дані, а інформація щодо психологічних чи емоційних проблем залишається поза його увагою. Особливе значення це має у випадку із неврологічною патологією, оскільки психогенна складова є важливою частиною патогенезу. Поряд із важкими формами захворювань, які ведуть до інвалідності та різкого обмеження життєвих функцій існує ряд станів інтермітуючого характеру, з періодичними проявами, що чергуються з тривалими світлими проміжками. До них можна віднести: епілепсію, вегетативну дисфункцію, хронічний головний біль.

Нами було обстежено 214 дітей обох статей у віці від 7 до 17 років. Показники якості життя вивчалися на моделі, яка включала: основну групу - діти із хронічною неврологічною патологією інтермітуючого характеру - 100 осіб; групою порівняння були 114 здорових дітей відповідного віку. Інструментом вивчення якості життя служив адаптований україномовний опитувальник CHQ-CF-87 та PF-50 та опитувальник АК-96.



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  $p < 0,05$ . Обстеження проводили шляхом опитуванням батьків (доглядальників) та дітей. Використовувалися питання з дихотомічними даними та п'ятибальні шкали за Лікертом.

Основна група включала дітей з захворюваннями на епілепсію, вегетативну дисфункцію та хронічний головний біль. При проведенні порівняльного аналізу загального стану здоров'я виявлено, що у дітей з неврологічною патологією показник є значно нижчим ніж у контрольній групі. Самооцінка поведінки дитини в порівнянні з однолітками за останні 4 тижні показала, що діти контрольної групи оцінили дещо вище ( $73,3 \pm 1,3$ ) ніж в основній групі  $67,7 \pm 1,6$  з вірогідною різницею ( $p < 0,05$ ). Між контрольною та основною групою по основним показникам відмічено вірогідну різницю.

Аналіз показників якості життя у дітей різних нозологічних груп та контрольної групи виявив цілий ряд особливостей. Так, спостерігається достовірна різниця самооцінки загального показника здоров'я. Показник загальної поведінки має дещо іншу направленість. Він не має різниці між здоровими дітьми та дітьми хворими на хронічний головний біль та вегетативну дисфункцію. Проте у групі дітей хворих на епілепсію він становить 58%, що вірогідно нижче ніж у інших групах. Показник сімейної активності у всіх дітей основної групи нижче ніж у здорових. Найнижчим прослідковується у дітей з вегетативною дисфункцією. Загальний показник фізичного функціонування дітей був вірогідно нижчим у хворих, у порівнянні зі здоровими. Провівши узагальнюючий аналіз виявлено, що загальний показник якості життя у дітей з неврологічною патологією був вірогідно нижчим, у порівнянні зі здоровими ( $p < 0,01$ ).

Таким чином, діти із неврологічними захворюваннями мають значну неоднорідність у показниках якості життя, пов'язану як із впливом патологічних процесів, так і з особливостями фізіологічних складових.

**Колюбакіна Л.В.**

#### **РОЛЬ КЛІНІЧНО-АНАМНЕСТИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ВЕРИФІКАЦІЇ ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ**

*Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб  
Буковинський державний медичний університет*

Бронхіальна астма (БА) посідає провідне місце в структурі бронхолегеневої патології у дітей. Найбільш проблематичною є тяжка БА. Не дивлячись на незначну частку в структурі астми, тяжкі форми хвороби викликають значні труднощі для лікарів. Такі хворі формують групу ризику щодо несприятливих наслідків, інвалідизації, нестабільного перебігу захворювання. В сучасних міжнародних узгоджувальних документах по веденню хворих на БА (GINA, 2011 та ін.) проблемі тяжкої неконтрольованої БА приділяється недостатню увагу без урахування клінічної та патогенетичної гетерогенності цієї форми захворювання.

Виходячи з цього, метою роботи було вивчення клінічно-анамнестичних показників фенотипової неоднорідності БА у дітей із тяжким та середньотяжким перебігом. Для досягнення поставленої мети методом простої випадкової вибірки на базі пульмонологічного відділення ОДКЛ м. Чернівці обстежено 60 дітей шкільного віку, хворих на бронхіальну астму. Ретроспективно залежно від тяжкості перебігу захворювання сформовано дві клінічні групи спостереження. Першу клінічну групу (I) склали 30 дітей із фенотипом тяжкої бронхіальної астми, в другу клінічну групу (II) увійшло 30 дітей із фенотипом середньотяжкої БА. За основними клінічними характеристиками групи порівняння були співставимі.

Враховуючи те, що одним з чинників ризику розвитку бронхіальної астми у дітей є вища за норму маса тіла у періоді новонародженості, у хворих на тяжку астму відмічене переважання більшої маси тіла при народженні. Так, кожен десятий (10,7%) пацієнт народився з масою тіла 4000 г та більше проти жодного випадку групи порівняння ( $P < 0,05$ ).

Враховуючи дані літератури щодо асоціації надмірної ваги пацієнтів із фенотипом тяжкої БА, тенденція до надмірної ваги була більш притаманна пацієнтам з тяжкою астмою, хоча без чіткої статистичної достовірності. Так, індекс маси тіла  $> 17,9 \text{ кг/м}^2$  відмічався у 71,4% випадків у I клінічній групі проти 53,2% ( $P > 0,05$ ) школярів II групи.

Відзначено, що середня тривалість перебігу БА у пацієнтів I клінічної групи спостереження становила  $6,9 \pm 0,6$  роки проти  $4,5 \pm 0,1$  років ( $P < 0,05$ ) у II клінічній групі, що співпадає з даними окремих дослідників щодо асоціації тяжкого, рефрактерного до стандартної базисної терапії фенотипу БА з тривалим персистувальним перебігом хвороби.

У хворих на тяжку БА частіше реєструвалася обтяженість індивідуального алергологічного анамнезу, а саме ознаки супутніх atopічних захворювань (алергологічного риніту та atopічного дерматиту) у  $70,0 \pm 8,3\%$  проти  $46,4 \pm 9,1\%$  випадків у групі порівняння ( $P < 0,05$ ). Також, фенотип тяжкої астми асоціював з наявністю медикаментозної або поєднаної (медикаментозної з харчовою та побутовою) алергії: у кожного п'ятого пацієнта проти жодного випадку в групі порівняння.

Обтяженість генеалогічного анамнезу за алергічними захворюваннями в групах порівняння суттєво не відрізнялася. Однак, генеалогічний індекс більше  $0,16$  ум.од. реєструвався при тяжкій астмі у 50,0% випадків проти 28,6% ( $P < 0,05$ ) у II групі порівняння. У хворих на тяжку БА обтяженість сімейного алергологічного анамнезу спостерігалася вдвічі частіше за обома батьківськими родоводами. Обтяженість atopічними



захворюваннями генеалогічного анамнезу за материнським родоводом, яка вважається значущим фактором ризику реалізації бронхіальної астми, відмічалася з однаковою частотою в групах порівняння.

Аналізуючи роль інфекційних чинників в реалізації розвитку БА, було відмічено, що перенесені у ранньому дитячому віці інфекційні хвороби сприяли подальшому формуванню тяжкої БА. Так, інфекційний індекс більше 2 відмічений у третини пацієнтів I групи та лише у 13,2% хворих групи порівняння ( $P < 0,05$ ). Також, кожна четверта дитина з тяжкою БА народилася від третіх та наступних за паритетом пологів, що можливо асоціювало з підвищеним ризиком частих епізодів гострих респіраторних захворювань.

Результати нашого дослідження показали, що у пацієнтів з тяжкою астмою частота сезонних загострень БА у 60,9% випадків припадали на холодну пору року (листопад – березень). Зазначена сезонність погіршення клінічного стану хворих на тяжку БА зазвичай асоціювала із переважанням неспецифічних тригерних факторів загострень, притаманних для холодної пори року нашого регіону (поява у пацієнтів ознак гострої респіраторної вірусної інфекції (ГРВІ) на тлі підвищеної вологості та низької температури повітря). Так, провокація загострення тяжкої астми асоціювала у третини пацієнтів із тригерною роллю ГРВІ та у кожного четвертого хворого (23,8%) – з метеорологічними факторами у дітей відносно 8,3% випадків ( $P < 0,01$ ) та жодного спостереження ( $P < 0,01$ ) відповідно у групі порівняння.

Таким чином, вивчення клінічно-анамнестичних особливостей перебігу залежно від тяжкості перебігу захворювання дозволяє розробити ефективні діагностичні та лікувальні заходи в цієї категорії пацієнтів.

**Ластивка І.В.**

#### **ГЕНЕТИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ МНОЖЕСТВЕННЫХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ - ОСНОВА ИХ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

*Кафедра педиатрии и медицинской генетики  
Буковинский государственный медицинский университет*

Врожденные пороки развития (ВПР) относятся к числу наиболее серьезных отклонений в состоянии здоровья детей и существенно влияют на заболеваемость, смертность и инвалидность в детском возрасте. В 2010 г. Всемирная ассамблея здравоохранения приняла резолюцию, согласно которой всем государствам-членам рекомендовано содействовать первичной профилактике и укреплению здоровья детей с пороками развития, в первую очередь, при помощи мониторинга и изучения эпидемиологии ВПР. В публикациях последних лет исследователи уделяют большое внимание ВПР, которые занимают лидирующие места по частоте. Но наиболее неизученными среди них остаются множественные врожденные пороки развития (МВПР), которые занимают первые рейтинговые места в структуре причин невынашивания и смерти новорожденных и имеют тенденцию к возрастанию. Тактика и результат лечения детей с МВПР в значительной мере зависят от раннего выявления пороков развития ЦНС и внутренних органов.

Целью нашей работы было изучение эпидемиологии МВПР у плодов и новорожденных детей Черновицкой области. Исследование синтропии пороков развития, которые входят в состав МВПР.

Материалом для анализа послужили данные Антенатального центра охраны плода и медицинской генетики Областного медико-генетического центра г.Черновцы за 2003-2012 гг. Частоту МВПР среди новорожденных сравнивали с аналогичными данными стран, объединенных системой наблюдения EUROCAT (European Registration of Congenital Anomalies). Для анализа синтропии материалом послужили 403 семьи с неклассифицированным комплексом МВПР. Использовались клинико-генеалогический, цитогенетический, биохимические методы. Индекс синтропии рассчитывали по формуле:

$$IC = (AxD) : BXC, \text{ где}$$

*IC – индекс синтропии; А – число наблюдений с сочетанием двух ВПР; В – популяционная частота первого ВПР; С – популяционная частота второго ВПР; D – объем выборки (М.Пфаундлер, Л.Зехт, 1921 р).*

При проведении ультразвукового метода исследования 84456 беременных МВПР были выявлены в 67 (71,3%) случаях на ранних сроках беременности и в 25 (28,7%) – на поздних сроках. В структуре всех ВПР они занимали третье рейтинговое место и составляли 8,9%, в структуре самих МВПР преобладали пороки развития центральной нервной системы (ЦНС).

Анализ врожденных пороков развития среди мертворожденных (МР) и живорожденных (ЖР) детей выявил, что среди МР распространенность МВПР оставалась 66,6%, частота в структуре всех ВПР – 38,5%, среди ЖР – 5,6% и 38,5%, соответственно. За периоды наблюдения 2003-2007 гг. и 2008-2012 гг. количество МР з МВПР возросло на 2,8%, частота их в структуре всех ВПР – на 10,6%, изменений аналогичных показателей среди ЖР не отмечалось.

Анализ летальности от ВПР выявил, что по причине ВПР умерло 265 детей первого года жизни, 79 из которых, - дети с МВПР, что составило 0,67 на 1000 рожденных живыми и 26,4% - в структуре всех ВПР. 33 (47,1%) из числа умерших по причине МВПР имели два и более пороков развития. Наиболее частыми пороками в составе МВПР выявились врожденные пороки сердца (ВПС), ВПР ЦНС и ВПР органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). МВПР в структуре всех ВПР среди умерших в неонатальном и раннем неонатальном периоде составили 34,5% и 38,0%, соответственно.

Анализ распространенности МВПР среди новорожденных показал, что частота их носила волнообразный характер, и в зависимости от района проживания колебалась от 1,2% до 13,2%. МВПР занимали 3-4