

**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 – її 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 – її 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



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.

Ластівка 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; A – число наблюдений с сочетанием двух ВПР; B – популяционная частота первого ВПР; C – 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