

**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



рейтинговые места в структуре всех пороков среди новорожденных. За 2003-2007 гг. их структура изменилась за счет увеличения пороков мочевыводящей системы (МВС), ЦНС и органов дыхания (ОД) ( $p < 0,001$ ).

С целью исследования синтропии изучено 223 случая МВПР с пороками развития опорно-двигательной системы (ОДС), 119 случаев – с пороками развития ЦНС, 202 случая – с ВПС.

Выявлено, что первое место в структуре МВПР у выживших детей занимали ВПС, второе – аномалии внешних половых органов (ВПО). В структуре летальных случаев этих МВПР преобладали ВПС, ВПР ЖКТ и ВПР ЦНС. Первое рейтинговое место в структуре витальных МВПР заняли ВПР КМС, второе – ВПР ЦНС, третье – ВПР МВС. Соответствующие показатели в структуре летальных МВПР следующие: первое – ВПР КМС, второе – ВПР ЦНС, третье – ВПР ЖКТ.

Анализ синтропии МВПР с включением ВПР ЦНС, показал, что первое место среди витальных случаев заняли ВПР КМС, второе – ВПС, третье – ВПР ВПО. Соответствующие показатели в структуре летальных МВПР были следующими: первое – ВПР КМС, второе – ВПС, третье – ВПР МВС.

Исходя из вышеизложенного можно сделать следующие выводы: при изучении частоты МВПР наиболее часто встречались сублетальные пороки. Достоверное преобладание мальчиков среди больных свидетельствует о возможном наличии в группе неклассифицированных МВПР синдромов с X-сцепленным рецессивным типом наследования. «Сторожевые» пороки (атрезия ануса, расщелина губы/нёба, врожденная пупочная грыжа, косопальность согласно данным анализа ассоциаций и индекса синтропии можно использовать в качестве маркера ВПС, ВПР МВС и ВПР ЖКТ.

Выявлено возрастание количества МВПР среди плодов и мертворожденных. МВПР занимают второе рейтинговое место среди плодов и составляют около 16% всех ВПР. Показатели частоты МВПР среди новорожденных носили волнообразный характер, отвечали данным Еврореестра и имели тенденцию к возрастанию. В структуре ВПР среди новорожденных они занимали 3-7 рейтинговые места и выросли в три раза за исследуемый период.

**Левицька С.А.**

#### **НЕОБХІДНІСТЬ ПЕРЕГЛЯДУ ПОКАЗІВ ЩОДО ТОНЗИЛЕКТОМІЇ В ПЕДІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ**

*Кафедра дитячої хірургії та отоларингології  
Буковинський державний медичний університет*

Тонзилектомія – одне з найбільш частих хірургічних втручань в дитячій отоларингології. Згідно протоколу лікування дітей, хворих на хронічний тонзиліт (Наказ МОЗ України №181 від 21.04.2005 року), показами до проведення тонзилектомії є хронічний декомпенсований тонзиліт, хронічний субкомпенсований тонзиліт при неефективності консервативного лікування, а також видалення мигдаликів як можливого вогнища інфекції. При цьому відсутність чітко визначеного діагностичного алгоритму із стандартизованою оцінкою клінічних, анамнестичних, лабораторних, інструментальних та ін. критеріїв залишає питання доцільності проведення тонзилектомії в багатьох випадках неоднозначним. Не визначений діагностичний пошук, за результатами котрого можна було б свідчити про високий ризик розвитку метатонзиллярних ускладнень. Саме визначення понять «метатонзиллярні захворювання» і «часті ангіни» потребують перегляду і деталізації з позицій доказової медицини.

Цікавим в цьому плані є науково-практичний досвід закордонних колег-отоларингологів. 75% тонзилектомій в Німеччині виконуються через рецидиви гнійних ангін (Wolfensberger M., Mund M.T., 2004). При цьому покази до проведення операції ангін зазнали змін протягом останніх років. Так, якщо в 1999 році аргументом на користь тонзилектомії було 5 і більше рецидивів згідно розробки SIGN (Scottish Intercollegiate Guideline Network), та ж організація в 2010 році рекомендує видаляти мигдалики у випадках 7 і більше епізодів ангін за рік, 5 і більше протягом останніх 2 років, 3 і більше протягом останніх 3 років (Baugh RF, Archer SM, Mitchell RB. et al., 2011). Такі ж рекомендації наведені в національних керівництвах США (AAOHN - American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery) та Італії (PNLG - Programma Nazionale Linee Guida).

Наявність у пацієнта паратонзиллярного абсцесу свідчить про декомпенсацію хронічного тонзиліту і змушує отоларинголога наполягати на проведенні тонзилектомії. Проте, аналіз спостереження за пацієнтами з паратонзиллярним абсцесом, проведений в Великобританії (Raut V.V., Yung M.W., 2010) і Німеччині (Wolfensberger M., Mund M.T., 2004), не дозволив виявити асоціацію між невиконанням тонзилектомії та рецидивами абсцесів. Останні відмічені тільки у хворих із частими ангінами в анамнезі та іншими ознаками хронічного тонзиліту. При відсутності ознак хронічного тонзиліту у випадках паратонзиллярного абсцесу, що виник вперше, отоларингологи Британії рекомендують дотримуватися тактики динамічного спостереження за хворими, оскільки у більшості пацієнтів при нагляді протягом 8 років рецидивів абсцесу не відбувалося.

Оптимізація діагностичного пошуку та лікувальної тактики дітей із хронічним тонзилітом дозволить покращити ефективність лікування та реабілітації хворих, дозволить запобігти проведенню необґрунтованих хірургічних втручань.



#### **Мазур О.О., Яковець К.І., Калущкий І.В., Плаксиний О.Г. ВИДОВИЙ СКЛАД ТА ПОПУЛЯЦІЙНИЙ РІВЕНЬ МІКРОБІОТИ ПОРОЖНИНИ ТОВСТОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГНІЙНИЙ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИЙ СИНУЇТ**

*Кафедра дитячої хірургії та отоларингології  
Буковинський державний медичний університет*

Досліджуваний контингент склали 81 хворий на хронічний гнійний верхньощелепний синусит (ХГВС) в стадії загострення віком від 15 до 68 років без супутньої патології. Клінічно загострення ХГВС проявлялось типовими місцевими та загальними симптомами у всіх хворих. В постановці діагнозу враховували дані рентгенологічного дослідження, але основним критерієм для встановлення діагнозу була діагностично-лікувальна пункція верхньощелепної пазухи, проведена 81 хворому. При цьому оцінювали об'єм пазухи, який був зменшений у всіх обстежуваних та характер патологічного вмісту у промивній рідині. При поступленні в стаціонар у хворих на ХГВС в стадії загострення проводився забір гнійного ексудату із верхньощелепних пазух, який піддавався мікробіологічному дослідженню: здійснювалося виділення та ідентифікація мікроорганізмів, що персистували в ексудаті. В кожному патологічному матеріалі виявляли видовий склад та популяційний рівень життєздатних (колонієутворюючих) мікроорганізмів в 1 мл ексудату.

Результати виявлення видового складу мікрофлори ексудату з верхньощелепних пазух показали, що провідними мікроорганізмами, що виділяються із ексудату у хворих на ХГВС є *Str. pneumoniae*, *haemophilus influenzae*, *moraxella catarrhalis*, *St. aureus*, *pseudomonas aureginosa* та *S. pyogenes*, а також встановлено, що у частини хворих захворювання викликають асоціації умовно патогенних мікроорганізмів.

Враховуючи той факт, що значна кількість запальних процесів перебігає на фоні зниженої резистентності організму і дисбіотичних змін кишківника всім хворим з загостренням ХГВС проводили мікробіологічне дослідження порожнинного вмісту товстої кишки шляхом визначення видового складу та популяційного рівня автохтонних та алохтонних представників мікрофлори фекалій з наступним встановленням ступеня дисбіотичних змін.

Результати мікробіологічного дослідження демонструють характерні зміни у видовому складі анаеробної та аеробної автохтонної, факультативної й алохтонної мікрофлори вмісту порожнини товстої кишки, значно відрізняючись від показників видового складу мікрофлори порожнини товстої кишки у межах норми.

У хворих на ХГВС основну частину мікрофлори порожнини товстої кишки представляють бактероїди, лактобактерії, непатогенні кишкові палички, протеї. Однак, частота висівання та індекс постійності таких облигатних мікроорганізмів, як біфідобактерії та ентерококи, є значно нижчими, ніж у практично здорових осіб. Фізіологічно корисні біфідобактерії повністю елімінують з порожнини товстої кишки у 12,7% пацієнтів з синуситом. На цьому тлі збільшується відсоток хворих, у яких висівалися факультативні умовно-патогенні анаеробні (пептокок, клостридії) та аеробні (стафілококи) бактерії. Цей факт обумовив необхідність визначення популяційного рівня усіх життєздатних мікроорганізмів, що висівалися з порожнинного вмісту товстої кишки хворих на ХГВС. Характерним для мікробіоценозу порожнини товстої кишки пацієнтів з ХГВС є виражений дефіцит автохтонних облигатних фізіологічно корисних біфідобактерій та лактобактерій. Так, популяційний рівень біфідобактерій знижується на 51,04%, лактобактерій – на 23,46%. Разом з тим, кількість анаеробних грамнегативних бактероїдів та аеробних непатогенних кишкових паличок достовірно збільшується у вмісті порожнини товстої кишки (на 17,59% та 21,49% відповідно). Паралельно із зниженням біфідобактерій та лактобактерій у порожнини товстої кишки обстежених хворих зростає популяційний рівень факультативних умовно патогенних анаеробних та аеробних мікроорганізмів – клостридій, пептококу, протеїв, стафілококів.

Отримані результати дозволяють стверджувати, що при ХГВС у всіх хворих формується кишковий дисбактеріоз або дисбіоз, основним чином II ступеню, за рахунок елімінації та вираженого дефіциту автохтонних життєво корисних бактерій, що знижує імунний статус хворих, впливаючи на вираженість клінічних проявів основного захворювання, зокрема ХГВС, ускладнюючи його перебіг. Отримані результати будуть враховані при розробці лікувальної тактики у комплексній терапії хворих на ХГВС з системним використанням пробіотиків (Біфіформ, Лактовіт, Лінекс, Симбітер).

**Мельничук Л.В.**

#### **РЕЗУЛЬТАТИ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОБИ РУФ'Є ПРИ ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ОГЛЯДІВ ШКОЛЯРІВ МІСТА ЧЕРНІВЦІВ**

*Кафедра сімейної медицини  
Буковинський державний медичний університет*

Серцево-судинні захворювання дорослого населення часто є продовженням тих процесів, які починають формуватися ще в дитячому віці. Під час шкільного навчання навіть мінімальний за силою, але тривалий вплив шкідливого фактору, може перевищити адаптаційні можливості дитини та привести до потенціювання процесів дезадаптації, що в свою чергу викликає порушення соматичного, психічного, фізичного та репродуктивного здоров'я. Після трагічних випадків, коли на уроках фізкультури померли школярі, МОЗ України запровадило медико-педагогічний контроль за проведенням уроків фізкультури в школах. Толерантність серцево-судинної системи дітей до фізичних навантажень вже визначається не тільки в спортивних, але й в звичайних школах з визначенням індексу Руф'є.