

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



МАТЕРІАЛИ

96 – І

**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 – і 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 – і 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 Ташук 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 синдрома 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 превалировали 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 синдрома 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 группу неклассифицированных МВПР синдромов с Х-цепленным рецессивным типом наследования. «Сторожевые» пороки (атрезия ануса, расщелина губы/нёба, врожденная пупочная грыжа, косолапость согласно данных анализа ассоциаций и индекса синдрома 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 Европеистра 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 которого можна було б свідчити про високий ризик розвитку метатонзиллярних ускладнень. Саме визначення понять «метатонзиллярні захворювання» і «часті ангіні» 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 (AAO-HNS - 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., Калуцький І.В., Плакенвій О.Г.

ВІДОВИЙ СКЛАД ТА ПОПУЛЯЦІЙНИЙ РІВЕНЬ МІКРОБІОТУ ПОРОЖНИНИ ТОВСТОЇ КИШКИ У ХВОРІХ НА ХРОНІЧНИЙ ГНІЙНИЙ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИЙ СИНУІТ

Кафедра дитячої хірургії та отоларингології

Буковинський державний медичний університет

Досліджуваний контингент склави 81 хворий на хронічний гнійний верхньощелепний синуїт (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 пункция 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 поступенні 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 catarrallis*, *St. aureus*, *pseudomonas aeruginosa* 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 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 облігатних 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 синуїтом. На цьому тлі збільшується відсоток хворих, у яких висівалися факультативні умовно-патогенні анаеробні (пептокок, клострилі) та аеробні (стафілокок) 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 облігатних 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 зростав популяційний рівень факультативних умовно патогенних анаеробних та аеробних мікроорганізмів – клострилі, пептококу, протеї, 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, Лактофіт, Лінекс, Симбітер).

Мельничук Л.В.

РЕЗУЛЬТАТИ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОБІФУР'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. Тolerантність серцево-судинної системи дітей до фізичних навантажень вже визначається не тільки в спортивних, але й в звичайних школах з визначенням індексу Руф'є.



Одним з основних завдань у загальноосвітньому навчальному закладі є змінення здоров'я учнів, виховання у дітей культури здоров'я, особистісних якостей, які сприяють його збереженню та змінення, формування зasad здорового способу життя.

Аналіз динаміки показників за 2008-2013 роки свідчить, що кількість дітей у основній групі занять фізичною культурою після запровадження проби Руф'є зменшилась з 81,4% до 30,6%, а в підготовчі та спеціальній групах зросла з 11,1% до 43,3% та з 6,7% до 25,8% відповідно. І з кожним роком кількість школярів, які допускаються до занять фізичною культурою в основній групі зменшується. Звертає на себе увагу, що в підготовчі групі окрім дітей, які знаходилися в періоді реабілітації (37,7%), потрапили діти практично здорові – 11,3%, які при огляді не мали ознак захворювання, але мали знижений показники толерантності до фізичних навантажень за результатами проби Руф'є.

Проведено порівняння показника індексу Руф'є (IP) в різних групах дітей за окремими факторами. В групі дітей з хронічними захворюваннями бронхолегеневої системи показник IP був вірогідно вищий і склав $8,24 \pm 2,5$ проти $6,75 \pm 2,7$ у здорових дітей, що свідчить про зниження функціонально-резервних можливостей системи кровообігу дітей з хронічною бронхолегеневою патологією. У дітей із обтяженим сімейним анамнезом по захворюванням системи кровообігу показник IP був вищий ($10,75 \pm 1,05$), ніж в групі дітей без ознак захворювань в сім'ї ($7,81 \pm 2,4$, $p < 0,05$). Паління дітей призводить до зниження адаптаційно-резервних можливостей серцево-судинної системи дітей і супроводжується зростанням IP – $9,15 \pm 2,38$ проти $7,92 \pm 2,47$ у школярів, які не паліть. Особливий негативний вплив має вживання алкогольних та енергетичних напоїв на показник IP, що проявляється вірогідною різницею $10,07 \pm 2,38$ проти $3,67 \pm 1,05$ ($p < 0,05$).

Позитивно впливає на функціональний стан серцево-судинної системи заняття ранковою гімнастикою. Так, в групі дітей, які регулярно проводять комплекс ранкової гімнастики IP був вірогідно нижчий, ніж у дітей, які не роблять ранкової гімнастики ($3,57 \pm 2,5$ проти $10,07 \pm 2,3$, $p < 0,05$).

При зниженні показника гемоглобіну зростає кількість дітей з низькими показниками функціонально-резервних можливостей серцево-судинної системи дитини. Таким чином, анемічний синдром є фактором ризику зниження функціонально-резервних можливостей серцево-судинної системи школярів.

За результатами проведеного профілактичного огляду школярів у 2013 році в 27 дітей було діагностовано зміни на ЕКГ у вигляді порушені ритму, порушені провідності (WPW-синдром). У 13 дітей виявили структурні зміни в серці (пролапс мітрального клапану, додаткові хорди). Під час профілактичних оглядів у 35 школярів виявлено патологію щитоподібної залози.

Таким чином, індекс Руф'є є інформативним для визначення адекватності фізичних навантажень на організм дитини. Результати досліджень є невітшими та свідчать про низький рівень фізичної підготовленості у адаптаційних можливостей дітей шкільного віку. Факторами ризику зниження адаптаційно-резервних можливостей системи кровообігу під час фізичних навантажень дітей є комплекс медичних чинників – обтяжений сімейний анамнез, бронхолегеневі захворювання, анемії. Серед мікросоціальних факторів вагомими є паління, високі учбові навантаження, незбалансоване харчування, гіподинамія.

Нечтайло Д.Ю., Міхеєва Т.М.

МЕТОДОЛОГІЯ ПРОВЕДЕННЯ ДОБОВОГО МОНІТОРИНГУ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ПІД ЧАС ДРУГОГО ЕТАПУ СКРИНІНГОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини

Буковинський державний медичний університет

За даними академіка В.Г. Майданника кількість дітей з передгіпертензією та гіпертензією з кожним роком невпинно зростає. При несвоєчасному виявленні артеріальної гіпертензії у дітей даний процес затягується і призводить до хронізації хвороби у старшому віці. Тому дуже важливим є виявлення артеріальної гіпертонії на стадії передгіпертензії для того, щоб провести своєчасну корекцію і не допустити розвитку гіпертонічної хвороби. Нажаль не всі діти, які мають подібну проблему потрапляють у поле зору дільничних педіатрів. Однією з можливостей виявлення артеріальної гіпертонії у дітей є проведення масового скринінгового дослідження артеріального тиску у дітях навчальних закладах. Під час першого етапу скринінгового дослідження проведено відбір дітей у яких відмічалось підвищення вікових показників артеріального тиску вище 95 перцентилі. У подальшому ці діти були направлені на 2-й етап скринінгового дослідження, який включає в себе добовий моніторинг артеріального тиску.

Мета дослідження – проведення добового моніторингу артеріального тиску у школярів під час другого етапу скринінгового дослідження серцево-судинної системи.

Було обстежено 60 дітей шкільного віку. Умовно всіх школярів розділилось на 2 групи: 1-шу групу складали діти з наявною хронічною гастроуденальною патологією, які лікувались у гастроenterологічному відділенні КМУ МДКЛ м. Чернівці (30 дітей); 2-гу групу – здорові діти (30 дітей).

Методика добового моніторингу артеріального тиску полягає в тому, що спочатку з дитиною проводиться роз'яснювальна бесіда. Лікар спокійно пояснює дитині суть методу та його особливості. У подальшому дослідник підбирає розмір манжети відповідно віку дитини. Манжета накладається на ліве плече на 1 см вище ліктьового згину. Сам апарат в спеціальному чохлі фіксується 2 ремінцями і підганяється по розмірам навколо поясу так, щоб він дитині не заважав. З моменту включення апарату він залишається на пацієнтіві впродовж доби. Кратність вимірювань артеріального тиску становить: кожні 30 хвилин в денний час та кожні 2 години в нічний час. Після закінчення добового моніторингу апарат знімається, дані

синхронізуються з комп'ютером для подальшого аналізу. Ця методика дає можливість спостерігати за добовими коливаннями артеріального тиску, виявляти співвідношення артеріального тиску у денний та нічний час, а також набагато достовірніше виявляти передгіпертензію чи гіпертензію. Крім того великою перевагою цієї методики є те, що вона фактично усуває псевдо позитивний результат, тобто коли у дитини спостерігається підвищений показник артеріального тиску при одноразовому вимірюванні, як наслідок на стресову ситуацію під час першого візиту в лікаря.

При обстеженні 1-ї групи дітей передгіпертензію було виявлено у 11 дітей, гіпертензію – у 3 дітей; при обстеженні дітей 2-ї групи передгіпертензію виявлено у 7 дітей, гіпертензію – у 2 дітей.

Проведення добового моніторингу артеріального тиску під час скринінгового дослідження дає можливість остаточно виявляти дітей з передгіпертензією та гіпертензією і сформувати групу ризику по розвитку в майбутньому гіпертонічної хвороби.

Ортеменка Є.П., Руснак Т.І. СИРІТСТВО НА БУКОВИНІ: АНАЛІЗ П'ЯТИРІЧНОЇ ДИНАМІКИ РУХУ КОНТИНГЕНТУ ЧЕРНІВЕЦЬКОГО ОБЛАСНОГО СПЕЦІАЛІЗОВАНОГО БУДИНКУ ДИТИНИ

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

Сирітство залишається актуальною медико-соціальною та психолого-педагогічною проблемою у всьому світі, а чисельність дітей, які залишились без піклування батьків та знайшли прийомну сім'ю, є індикатором економічної стабільності держави і соціальної свідомості та лояльності суспільства до сиріт та їх проблем. У 2011 році частка дітей, що залишились без батьківського піклування (від загального населення), становила в Росії 0,46% (654300 при чисельності населення 142,9 млн.) та лише 0,13% у США (408000 дітей з 308,7 млн. населення). В Україні загальна кількість дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, поступово зменшується останніми роками (від 103542 у 2008 році до 92865 дітей у 2012 році). Проте, зважаючи на одночасне поступове зменшення дитячого населення за звітний період в нашій державі, таке благополуччя виявляється удаваним, а відсоток сиріт залишається стабільним останніми роками в межах 1,2% (1,24 в 2008 році відносно 1,16% - в 2012 році). При цьому, у східних регіонах частка сиріт становить 1,8-2,2% від загальної кількості дітей, проте в західних – лише 0,5%. Несприятливо особливо є статистика в Дніпропетровській та Донецькій областях, а найгіршою - в Миколаївській області (2,2%, що становило 4,5 тисячі дітей). Незважаючи на те, що західні області (Тернопільська, Чернівецька та Львівська) статистично визначалися як ті, в яких «практично немає дітей-сиріт», за сухими «благополуччими» цифрами приховуються долі сотень дітей. Так, у 2010 році дитяче населення віком 0-17 років у Чернівецькій області становило 187560 дітей, з яких «всього 0,5%» - це діти-сироти та діти, позбавлені батьківської опіки, проте в абсолютних цифрах - це 937 дітей.

Метою дослідження було проаналізувати динаміку руху контингенту обласного спеціалізованого будинку дитини (ОСБД) м. Чернівці за п'ять років.

На підставі річних звітів будинку дитини (форма № 25) проведений аналіз руху контингенту ОСБД м. Чернівці за п'ятирічний період (2008-2012 рр.). У процесі роботи використовувалися також демографічні показники України за даними Державної служби статистики України та показники діяльності педіатричної служби Чернівецької області. Одержані результати дослідження аналізувалися за допомогою комп'ютерних програм «Statistica 5 StatSoft Inc.» та «Excel XP» для Windows на персональному комп'ютері з використанням параметричних і непараметричних методів обчислень.

Аналіз отриманих даних показує невпинне скорочення кількості вихованців ОСБД протягом останніх п'яти років, а саме зменшення у 2,5 рази з 2008 року (65 дітей) до 2012 року (26 дітей). З одного боку, можливо, це пов'язане зі зменшенням чисельності дитячого населення (з 192216 дітей у 2008 році до 184900 осіб в 2012 році) та народжуваності (з 12,28% у 2008 році до 12,05% у 2012 році) у Чернівецькій області. Водночас, дворазове збільшення суми виплати при народженні дітей у 2008 році (12240 гривень при народженні першої дитини) порівняно з 2012 роком (22582 гривень), асоціювало зі зменшенням кількості дітей в Чернівецькому ОСБД з 65 осіб у 2008 році до 26 вихованців у 2012 році. Зареєстрований нами вірогідний зворотній кореляційний зв'язок розміру соціальної виплати на третю та наступну дитину в Україні та кількості дітей в Чернівецькому ОСБД ($r=0,9$, $P<0,05$) непрямо підтверджував думку щодо позитивного впливу фінансової державної допомоги батькам при народженні дітей на зменшення кількості соціальних сиріт в Україні.

Аналіз динаміки контингенту будинку дитини за звітний (2008-2012 рр.) період вказує на те, що зменшення кількості дітей в ОСБД м. Чернівці відбувається не за рахунок зменшення осіб, які поступили у заклад, а переважно завдяки збільшенню кількості вихованців, які вибули з сиротинця. Так, за звітний період, в ОСБД м. Чернівці поступили, в середньому від 27 до 43 дітей, а вибули з закладу – від 37 до 51 дошкільнят. Водночас за звітний період спостерігається чітка тенденція до прийому в сиротинець більшості (54,6%-62,8%) дітей у віковий період від 0 до 12 місяців, коли виплачується левова частка соціальних субсидій, що, напевне, свідчить не тільки про економічну складову відмови батьків від піклування про дітей. Про те, що державна субсидія при народженні дитини в Україні не вирішує усіх соціальних та економічних проблем родини свідчить і той факт, що, незважаючи на значне підвищення суми виплат в останні звітні (2011-2012) роки, саме в ці періоди значно зросла частка вихованців ОСБД, у яких є батьки, але вони оформили власних дітей на тимчасове утримання в державному закладі внаслідок певних сімейних обставин (переважно через скрутне становище піклувальників). Так, в ОСБД м. Чернівці відсоток дітей – соціальних сиріт за живих та