

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

100 – ї

підсумкової наукової конференції

професорсько-викладацького персоналу

Вищого державного навчального закладу України

«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

11, 13, 18 лютого 2019 року

(присвячена 75 - річчю БДМУ)

Чернівці – 2019

УДК 001:378.12(477.85)
ББК 72:74.58
М 34

Матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м. Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2019. – 544 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м.Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Бойчук Т.М., професор Івашук О.І., доцент Безрук В.В.

Наукові рецензенти:
професор Братенко М.К.
професор Булик Р.Є.
професор Гринчук Ф.В.
професор Давиденко І.С.
професор Дейнека С.Є.
професор Денисенко О.І.
професор Заморський І.І.
професор Колоскова О.К.
професор Коновчук В.М.
професор Пенішкевич Я.І.
професор Сидорчук Л.П.
професор Слободян О.М.
професор Ткачук С.С.
професор Тодоріко Л.Д.
професор Юзько О.М.
д.мед.н. Годованець О.І.

ISBN 978-966-697-543-3

© Буковинський державний медичний
університет, 2019



В умовах пульмоалергологічного відділення КМУ «Обласна дитяча клінічна лікарня» у м. Чернівці обстежено 70 хворих на бронхіальну астму дітей шкільного віку. На основі вмісту у супернатанті мокротиння таких маркерів ремоделювання дихальних шляхів як VEGF (вазоендотеліальний фактор росту) та MMP-9 (матриксметалопротеїназа-9), сформовано три клінічні групи спостереження. Першу (I) клінічну групу високого ризику ремоделювання бронхів, сформували 26 хворих, у яких у супернатанті мокротиння вміст VEGF більше 80 нг/мл, а MMP-9 – більше 5,2 нг/мл. До складу другої (II) групи середнього ризику ремоделювання бронхів увійшло 24 хворих, у яких у надосадовій рідині мокротиння рівень VEGF становив більше 80 нг/мл, а MMP-9 менше 5,2 нг/мл, або ж вміст VEGF менше 80 нг/мл, а MMP-9 – більше 5,2 нг/мл. А третю (III) клінічну груп низького ризику склали 20 хворих на БА дітей, у супернатанті мокротиння яких концентрація VEGF не досягала 80 нг/мл, а MMP-9 – не перевищувала 5,2 нг/мл. Проводилося дослідження діагностичної цінності спірографічного обстеження з метою виявлення ризику розвитку ремоделювання дихальних шляхів у дітей, хворих на бронхіальну астму.

При аналізі спірографічного обстеження пацієнта проводилася оцінка об'єму формованого видиху на 1 с. (ОФВ₁), індексу лабільності бронхів (ІЛБ), індексу бронхоспазму (ІБС) у вихідній спірограмі, при дозованому фізичному навантаженні, пробі з інгаляціями β₂-агоніста короткої дії та провокаційній гістаміновій пробі. Так, у I клінічній групі діти з ІЛБ >20% становили 48,5% випадків, а хворі з ІЛБ <15% – 39,4% спостережень. У II групі частота даних спірографічних показників становила відповідно 37,1% та 51,4% випадків, а у III групі порівняння – 44,1% та 50,0% спостережень (P>0,05).

Провокаційна концентрація інгаляцій гістаміну, яка знижувала ОФВ₁ на 20% відносно вихідних значень, що не досягала 1,0 мг/мл, відмічена у I клінічній групі у 32,1% випадків, у II – у 36,1% хворих, а у III групі – у 53,6% спостережень (P:I:II:III<0,05).

При визначенні діагностичної цінності спірографічних показників лабільності бронхів та їх чутливості до гістаміну у виявленні дітей із високим ризиком структурних перебудов дихальних шляхів встановлено, що зменшення розвитку бронхоспазму у відповідь на фізичне навантаження володіє більшою діагностичною цінністю щодо виявлення ймовірних структурних змін у бронхах, ніж бронхомоторна проба з інгаляціями β₂-агоніста короткої дії.

Одержані дані дають підстави зробити висновок, що у хворих із високим ризиком ремоделювання бронхів відмічається суттєве зниження лабільності бронхів при зростанні їх чутливості до інгаляцій гістаміну.

Білоус Т.М.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ЗА КОМОРБІДНОГО ЇЇ ПЕРЕБІГУ З ХРОНІЧНИМ АЛЕРГІЧНИМ РИНИТОМ

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

Метою дослідження було вивчити вплив коморбідного перебігу хронічного алергічного риніту на клінічні особливості бронхіальної астми у дітей шкільного віку.

На базі Обласної дитячої клінічної лікарні м. Чернівці комплексно обстежено 161 дитину, хвору на бронхіальну астму. Першу клінічну групу сформувала 81 дитина, яка страждає на бронхіальну астму (середній вік дітей становив 11,7±0,40 року, 73% хлопчиків), групу порівняння – 80 пацієнтів із коморбідним перебігом бронхіальної астми та хронічного алергічного риніту (середній вік дітей становив 11,5±0,36 років, 67% хлопчиків). За основними клінічними характеристиками групи порівняння суттєво не відрізнялися.

Відмічено, що тяжкий перебіг бронхіальної астми за наявності хронічного алергічного риніту траплявся утричі частіше, хоча в обох групах дітей переважав середньо-тяжкий перебіг захворювання (у I клінічній групі частка дітей із легким персистуючим перебігом становила 29,7%, середньо-тяжким – 46,9%, тяжким – 11,1%, інтермітуючим – 12,3%), у представників II клінічної групи (відповідно виявлявся легкий персистуючий перебіг у 11,3%



($p < 0,05$), середньо-тяжкий – 50,0% ($p > 0,05$), тяжкий – 31,2% ($p < 0,05$), інтермітуючий – 7,5% ($p > 0,5$)). Загалом пацієнти II клінічної групи порівняно з дітьми I групи частіше зверталися на візит до дитячого алерголога (8,6 візитів на рік проти 3,7, $p < 0,05$) та потребували стаціонарного лікування під час загострень захворювання (відповідно 9,8 рази на рік проти 4,4, $p < 0,05$) і тривалішої дезобструктивної терапії (у середньому 13,9 ліжко-днів проти 12,0, $p < 0,05$). Хворі на бронхіальну астму із супутнім хронічним алергічним ринітом порівняно з пацієнтами I групи більше застосовували сальбутамол в якості полегшувальної терапії впродовж доби (85,0% дітей проти 37,0%, $p < 0,05$) та скаржилися на денні (3,13 балів проти 2,48 балів за клінічно-інструментальною шкалою оцінки тяжкості бронхіальної астми, $p < 0,05$) та нічні симптоми захворювання (1,92 проти 1,24 балів, $p < 0,05$). За АСТ-тестом контролю захворювання у середньому пацієнти I клінічної групи мали 19,9 балів порівняно з 17,2 балами представників II групи ($p < 0,05$), хоча середні показники свідчать про недостатній контроль астми загалом в обидвох групах. За GINA оціночною шкалою тяжкості бронхіальної астми кількість балів у середньому сягала 10,2 балів у пацієнтів II групи порівняно з 8,0 балів у дітей I клінічної групи ($p < 0,05$). Слід зазначити, що хворі на астму з хронічним алергічним ринітом потребували вищих доз протизапальної терапії, що наглядно проявлялося у середній добовій дозі глюкокортикостероїдної терапії у періоді клінічної ремісії. Так, пацієнти I клінічної групи отримували високі дози цих препаратів у 4,9% випадків, натомість діти II групи – у 16,2% спостережень ($p < 0,05$). Ця ж тенденція прослідковувалася й при отриманні базисного протизапального лікування: 44,4% представників I клінічної групи знаходилися на першій сходинці терапії астми, орієнтованій на контроль над захворюванням за GINA-2011, 18,5% - на другій, 30,9% - на третій і 3,7% - на четвертій сходинці, натомість 21,2% представників II клінічної групи відповідно знаходилися на першій сходинці терапії, 32,5% - на другій, 38,8% - на третій і 7,5% - на четвертій сходинці.

Таким чином, у дітей шкільного віку, хворих на бронхіальну астму, за її коморбідного перебігу з хронічним алергічним ринітом частіше відмічаються денні та нічні симптоми захворювання і, відповідно, гірші показники контролю над астмою, більша потреба у використанні дезобструктивного / полегшувального лікування, що вимагає вищих доз глюкокортикостероїдної терапії у періодах загострення та клінічної ремісії.

Бен Отмен Мабрук **ОСОБЛИВОСТІ ВЕНТИЛЯЦІЙНОЇ ФУНКЦІЇ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ**

*Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Погіршення стану здоров'я дитячого населення України за останні роки відбувається в значній мірі через хвороби органів дихання. Їх питома вага в структурі захворюваності складає більше 50%, а як причина смертності вони займають 3-4 місце в світі. Особливу тривогу викликає зростання числа пацієнтів з обструктивними станами та бронхіальною астмою. Така ситуація перетворює пульмонологію в одну із найбільш значущих областей сучасної світової медицини, яка бурхливо розвивається в усіх напрямках. Одним із актуальних завдань пульмонології є створення єдиних стандартів діагностики, виявлення загрозливих станів на ранніх стадіях та застосування профілактичних заходів. Саме застосування функціональних методів діагностики, таких як спірографія, пневмотахіметрія, пікфлоуметрія може виявити зменшення функціональних резервів дихальної системи та зростання ризику обструктивних захворювань.

Метою нашої роботи було вивчити стан вентиляційної функції у школярів препубертатного віку, які застосовували спеціальний комплекс оздоровлюючої дихальної гімнастики.

У дослідження було включено 36 дітей у віці 10-13 років (середній вік $10,9 \pm 0,22$ років, дівчат - 52,7% та хлопців - 47,3%). У дітей виконувалися антропометричні вимірювання з