

**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



членами родини існує лише в 36,4 % сімей та в 51,4 % його немає взагалі. Стосунки між членами сім'ї розцінили як гарні 67,7 %, не погані – 14,7 %, погані – 4,4 % опитаних дітей.

В цілому, середня оцінка показника ЯЖПЗ за анкетною CF87 в обстеженій групі дітей склала $78,5 \pm 0,6$ %. Звертає на себе увагу наявність достатньо великої групи дітей (10,5 %) із значно зниженим рівнем ЯЖПЗ. Цікавим виявився аналіз взаємозв'язків окремих складових показників якості життя між собою та з іншими показниками. Негативний кореляційний зв'язок виявлено із високою успішністю ($r = -0,37$, $p < 0,05$), палінням батьків ($r = -0,22$, $p < 0,05$), зниженим апетитом ($r = -0,22$, $p < 0,05$) та наявністю покарання дитини батьками ($r = -0,17$, $p < 0,05$).

Таким чином, на сьогодні сформувалася особлива структура мікросоціального середовища, в якій перешлилися сімейні, комунікативні, фізіологічні та економічні фактори, що впливають на ЯЖПЗ школярів. Найбільш важливими чинниками впливу на ЯЖПЗ дитини виявився показник якості сну та взаєморозуміння і підтримка в родині.

Колоскова О.К.

**ІНДИВІДУАЛІЗОВАНИЙ ПІДХІД
ДО МЕНЕДЖМЕНТУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ
З ПОЗИЦІЙ ЇЇ НЕОДНОРІДНОСТІ**

(ДОСЯГНЕННЯ КАФЕДРИ ПЕДІАТРІЇ ТА ДИТЯЧИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ)

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Менеджмент бронхіальної астми (БА) згідно існуючих вітчизняних та міжнародних стандартів і протоколів дозволяє її контролювати лише у 60% випадків. Попередні рекомендації орієнтовані на хворобу, а не на конкретного хворого з його індивідуальними особливостями, які слід враховувати для розробки оптимальних персоналізованих підходів до лікування і профілактики БА.

Мета багаторічних науково-дослідних робіт („Особливості бронхіальної астми у дітей раннього віку” № РН 0102U004229, термін виконання 2001-2006 рр.; „Обґрунтування індивідуалізованого лікування бронхіальної астми у дітей шкільного віку” (№0107u004049). Термін виконання 2007-2011 рр.; “Фенотипова неоднорідність бронхіальної астми в дітей (діагностичні підходи, індивідуалізоване лікування, прогноз)» № 0112u003542, термін виконання 2012-2016 рр.; “Генетична детермінованість профілактичних підходів при бронхіальній астмі у дітей” № 0114u002471; термін виконання 2014–2016 рр.) колективу кафедри педіатрії та дитячих інфекційних хвороб полягала у розробці персоналізованих лікувально-профілактичних заходів для оптимізації менеджменту астми у дітей. Оцінка ризику реалізації події проводилась з урахуванням співвідношення шансів (OR).

Когорта обстежених на базі КМУ «Обласна дитяча лікарня м.Чернівці» хворих становила 840 дітей. Досліджено комплексний вплив несприятливих екологічних чинників довкілля на формування гіперсприйнятливості дихальних шляхів при БА і показано, що малі дози солей важких металів, що забруднюють ґрунт, сприяють формуванню ремоделінгу бронхів, а найвищі показники їх гіперреактивності мають місце у пацієнтів у промисловій частині міста, чому сприяє забруднення повітря аерополітантами. Вивчення значення генетично обумовлених індивідуальних особливостей активності N-ацетилтрансферази дозволило показати, що за фенотпу повільного ацетилювання зростає ризик тяжкої форми БА (OR=2,0), яка характеризується тяжкими нападами (OR=3,9). Окрім того, урахування таких генетичних предикторів як делеційний поліморфізму генів *GSTT1* та *GSTM1*, що сприяє тяжчому перебігу БА, стійкому десквамативному запаленню бронхів у міжприступному періоді (OR=8,0), високій лабільності бронхів (OR=2,6) та їх гіперчутливості до прямих і непрямих стимулів, дозволило завдяки індивідуалізованій корекції базисного лікування хворих із делеціями вказаних генів збільшити частку контрольованої астми. генотипом *eNOS/GT* і делеційним поліморфізмом генів *GSTM1* та *GSTT1* (OR=2,7). Оцінка виразності



запалення бронхів дозволила отримати результати щодо інформативності інфламометричних маркерів, зокрема, фенотип тяжкої персистувальної БА характеризувався підвищенням вмісту у легеневому експіраті метаболітів монооксиду нітрогена (OR=4,5), збереженням навіть у періоді ремісії БА ризику розвитку тяжких нападів із виразною лабільністю бронхів (OR індексу лабільності бронхів >25% - 8,1, індексу бронхоспазму >15% - 11,7), що говорить про так зване «удаване клінічне благополуччя» таких хворих у періоді ремісії. Показано, що наявність у хворих БА параклінічних маркерів ремоделінгу бронхів суттєво зменшувало ефективність регламентованого контролюючого лікування, причому результати базисної терапії у цих дітей стають ще більш скромними за наявності у них ознак запалення бронхів, їх виразної гіперсприйнятливості та зниженої лабільності.

Отримані результати виступають підґрунтям для подальших досліджень у напрямку персоналізації лікування і профілактики БА, дають змогу комплексно оцінити основні компоненти, які впливають на формування гіперсприйнятливості, запалення та реактивності бронхів при БА у дітей, а розроблені діагностичні прийоми широко впроваджені у клінічну практику.

Колюбакіна Л.В.

ДІАГНОСТИЧНА РОЛЬ КЛІНІЧНО-ДІАГНОСТИЧНИХ МАРКЕРІВ ПРИ ПОЛІОРГАННІЙ НЕДОСТАТНОСТІ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

У новонароджених, які знаходяться у важкому стані, доволі часто розвивається порушення вітальних функцій організму, що призводить до розвитку синдрому поліорганної недостатності (ПОН). Враховуючи, що у порушенні функціонування органів і систем у новонароджених під дією гіпоксії прослідковується така ж закономірність, що й при системній бактеріальній інфекції, а клінічні прояви запальної відповіді багатоманітні та неспецифічні, пошук маркерів диференційної діагностики між постасфіктичним синдромом та системною бактеріальною інфекцією є актуальним. Виходячи з цього, метою дослідження було вивчення клінічно-діагностичних показників у верифікації генезу синдрому поліорганної недостатності у новонароджених дітей.

В умовах неонатального центру обласної дитячої клінічної лікарні м. Чернівці проведено комплексне обстеження 69 новонароджених. Сформовано дві клінічні групи спостереження. Першу (I) групу склали 33 новонароджених з постасфіктичним синдромом. Другу (II) групу сформували 36 немовлят із наявністю інфекційних захворювань (сепсис, пневмонія, менінгіт, остеомієліт). За статтю, середнім ліжко-днем, соціальними, матеріально-побутовими показниками та урбанізованістю сім'ї групи порівняння суттєво не відрізнялися. Усім дітям проведені загальноклінічні, біохімічні, імунологічні дослідження II рівня з кількісним визначенням вмісту у сироватці крові С-реактивного білку (СРБ).

При аналізі особливостей перебігу вагітності, а саме вказівки на хронічну фетоплацентарну недостатність, анемію та прееклампсію мали ускладнення у матерів обох груп спостереження. Аналіз діагностичної цінності вказаних показників довів, що жоден з них не володіє високою чутливістю (39,3% - 42,4%) та негативною передбачуваною цінністю (58,6% - 59,1%) для того, щоб використовувати їх в якості скринуючого діагностичного тесту. За частотою найважливіх перипатальних інфекційних чинників, а саме: хоріоамніоніт, кольпіт, пієлонефрит, TORCH-інфекції, тривалого безводного проміжку > 18 годин, групи порівняння суттєво не відрізнялась. Серед немовлят I групи спостереження оцінка за шкалою Апгар на I та 5 хвилинах була дещо нижчою (4,2 бала; 6,5 бала) ніж у II групі (6,1 бала; 7,4 бала), що потребувало проведення штучної вентиляції легенів (ШВЛ) у I групі у 60,6 ± 8,5% випадків, проти 13,9 ± 5,7% немовлят (Pt<0,001) у II групі.