

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



**МАТЕРІАЛИ
95 – ї
підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
(присвячена 70-річчю БДМУ)**

17, 19, 24 лютого 2014 року

Чернівці – 2014

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

Матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2014. – 328 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 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. Івашук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Андрієць О.А.
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 Польовий В.П.
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.
доктор медичних наук, професор Шаплавський М.В.

ISBN 978-966-697-533-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2014



Колоскова О.К., Григола О.Г.
МОНІТОРИНГ КОНТРОЛЮ В ДІТЕЙ ІЗ ФЕНОТИПОМ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ФІЗИЧНОЇ НАПРУГИ

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

Бронхіальна астма є одним з найбільш поширених хронічних захворювань, що створює значну медико-соціальну проблему як для дітей, так і дорослих. У розвитку цього мультифакторного захворювання мають велике значення як чинники зовнішнього середовища, так і генетична схильність до розвитку даної патології, поєднання дії яких зумовлює виникнення різних фенотипів бронхіальної астми. Водночас, згідно існуючих вітчизняних та міжнародних стандартів і протоколів діагностики й терапії бронхіальної астми не завжди вдається досягти контролю над захворюванням, що, мабуть, зумовлено відсутністю орієнтації в протоколах на фенотипові особливості перебігу бронхіальної астми кожного пацієнта. Можливо, саме тому останнім часом значно зріс інтерес спеціалістів до проблеми бронхіальної астми фізичної напруги, яка розглядається як фенотип астми, що викликається фізичним навантаженням. Слід відмітити, що характерною особливістю цього фенотипу є виникнення бронхоспастичної реакції через 10-15 хвилин після завершення фізичного навантаження, тому часто спірографічні проби з дозованим фізичним навантаженням можуть не виявляти астму фізичної напруги. З цієї позиції визначення астми фізичної напруги в дітей шкільного віку, хворих на бронхіальну астму, може вважатися перспективним для встановлення тактики ведення таких хворих та вдосконалення індивідуальних лікувально-профілактичних заходів.

Метою роботи було оцінити результати моніторингу контролю бронхіальної астми в дітей із ознаками фенотипу астми фізичної напруги.

Для досягнення мети роботи обстежено 163 дитини шкільного віку, хворих на бронхіальну астму (БА), які проходили стаціонарне лікування в ОДКЛ м. Чернівці. Беручи до уваги, що одним з критеріїв тяжкості перебігу бронхіальної астми є певні фенотипічні ознаки із обстежених нами дітей сформовано 2 клінічні групи. Фенотип астми фізичної напруги визначали за наявністю в анамнезі дітей випадків виникнення бронхообструктивного синдрому внаслідок звичайного фізичного навантаження та за індексом бронхоспазму більше 15%. Середній вік дітей I групи (65 дітей з фенотипом фізичної напруги) становив 12,3±0,28 років (68,3±4,26% хлопчиків, 53% сільських мешканців), II групи (98 пацієнтів без фенотипу фізичної напруги) – 11,8±0,22 років (74,3±2,89% хлопчиків, 50,4% сільських мешканців). За основними клінічними характеристиками групи порівняння були співставні. Дітей обстежували у процесі динамічного спостереження, що у середньому тривало впродовж 12 місяців. Ефективність контролюючої терапії бронхіальної астми у дітей клінічних груп порівняння оцінювалася у балах, при цьому зменшення суми балів свідчило про ефективність контролюючої терапії, а збільшення – про зниження рівня контролю бронхіальної астми. Ефективність лікування оцінювали за зниженням абсолютного (ЗАР) та відносного ризиків (ЗВР) з врахуванням мінімальної кількості хворих, яких необхідно пролікувати для отримання одного позитивного результату (МКХ).

Відмічено, що контролююча терапія, яку отримували діти у процесі динамічного спостереження, у більшості дітей знаходилася на 3-4 «сходинах» терапії за рекомендаціями GINA-2008. Так, діти I групи застосовували інгаляційні ГКС у 70,8% спостережень, інгаляційні β₂-агоністи у 90,8%, метилксантини – у 44,2% випадках. Пацієнти II групи – використовували інгаляційні ГКС у 63,9% випадків, інгаляційні β₂-агоністи у 92,1% спостережень і метилксантини – у 42,7% випадків. Відсутність вірогідних розбіжностей за частотою застосування представлених варіантів базисної терапії у дітей груп порівняння дозволила у подальшому об'єктивно оцінити ефективність контролюючої терапії в цілому.

У таблиці наведені показники ефективності актуальної контролюючої терапії у обстежених дітей.

Таблиця

Показники ефективності контролюючої терапії бронхіальної астми у дітей з відсутністю фенотипу фізичної напруги відносно хворих з його наявністю

Ознаки контролю захворювання	Частка пацієнтів з позитивним ефектом лікування, %		Показники ефективності терапії		
	I клінічна група	II клінічна група	ЗАР, %	ЗВР, %	МКХ, (абс.)
Симптоми захворювання денні	83,1	95,9	12,8	15,4	7,8
Симптоми захворювання нічні	89,2	93,9	4,7	5,3	21,3
Застосування швидкодіючих β ₂ -агоністів при потребі	83,1	88,8	5,7	6,9	17,5
Обмеженість фізичної активності	84,6	85,7	1,1	1,3	90,9
Частота госпіталізацій на рік	92,3	90,8	(-) 1,5	1,6	66,7
Частота загострень на рік	98,5	95,9	(-) 2,6	2,6	38,5
Частота позапланових візитів до алерголога	81,5	85,7	4,2	5,2	23,8
Сума балів клінічних ознак контролю БА	70,8	80,6	9,8	13,9	10,2



У цілому контролююча терапія виявилася дещо ефективнішою у дітей без фенотипу фізичної напруги, однак цей незначний ефект визначається тільки за умови великої кількості пролікованих хворих.

Базисна контролююча терапія менш ефективна в дітей з фенотипом фізичної напруги порівняно з пацієнтами без нього, що потребує збільшення обсягу протизапальної терапії у таких хворих для досягнення та підтримки контролю над захворюванням.

Левницька С.А.
МІКРОБІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ВОГНИЩА ЗАПАЛЕННЯ В НАВКОЛОНОСОВИХ СИНУСАХ У ДІТЕЙ

*Кафедра дитячої хірургії та отоларингології
Буковинський державний медичний університет*

Безпосередньою причиною розвитку хронічного ексудативного синуситу у дітей є потрапляння в навколососові синуси (ННС) бактеріальної флори. При цьому взаємовідношення між імунною системою і автохтонною мікрофлорою нестійкі і неоднозначні, тому порушення імунного чи епітеліального гомеостазу часто призводять до розвитку запалення. В цій ситуації тривале патологічне запалення існує тому, що організм втрачає здатність контролювати резидентну мікрофлору.

Метою роботи було вивчення особливостей мікробіоти верхніх дихальних шляхів у дітей, хворих на гострий і хронічний ексудативний синусити.

Видовий склад та популяційний рівень порожнинної мікрофлори середніх носових ходів вивчений у 216 дітей, розділених на дві групи. Першу групу склали 132 дітей із дебютом гнійного синуїту; другу – 84 дітей, у яких діагностовано загострення хронічного запалення ННС.

З 340 виділених штамів мікроорганізмів ідентифіковано 31 штамп автохтонних представників носоглотки, з яких найбільшим індексом постійності характеризувався *Str.viridans*. Дещо меншими були частоти зустрічання епідермального та сапрофітного стафілококів як в групі дітей, хворих на гострий синуїт, так і в групі дітей з хронічним запаленням в ННС. Представники автохтонної мікрофлори носоглотки були ідентифіковані в носових ходах 27(18,49%) дитини, хворої на гострий гнійний синуїт (ГГС). У 4(2,74%) дітей порожнинна мікрофлора носових ходів була представлена асоціацією двох автохтонних мікроорганізмів (11,11% всіх асоціацій), у 8(5,48%) – асоціацією нормобіонта і ешерихії (22,22% асоціацій), у 4 (2,74%) – асоціацією нормобіонта і золотистого стафілокока.

При проведенні мікробіологічного дослідження серед дітей, хворих на хронічний гнійний синуїт (ХГС), встановлено, що індекс постійності нормобіонтів не відрізняється від відповідного показника першої групи (23,81% і 23,48% відповідно). Представники автохтонної флори ідентифіковані у 20(18,87%) дітей, хворих на ХГС.

Із 340 виділених штамів мікроорганізмів ідентифіковано 42 штами респіраторних патогенів, з яких найбільшим індексом постійності характеризувався *Moraxella catarralis*. Частоти виявлення двох інших патогенів були значно меншими як у групі дітей, хворих на ГГС, так і в групі дітей із ХГС.

Респіраторні патогени ідентифіковані в 31 дитини першої групи. Індеси постійності представників «великої трійки» в першій групі дітей становили 6,06% для *S.pneumoniae*, 16,67% для *M.catarralis* і 3,03% для *H.influenzae*. Найменше етіологічне значення представники «великої трійки» мали в розвитку загострення хронічного запального процесу ННС, де їх індекси постійності становили 3,57%, 3,57% і 2,38% відповідно.

Асоціації нормобіонтів із пневмококом, гемофільною паличкою і моракселою не виявлено, що доводить існування антагоністичних взаємовідносин між цими бактеріями в боротьбі за біологічну нішу.

Згідно з проведеним дослідженням, представники «великої трійки» мікроорганізмів є етіологічними чинниками в 21,23% ГГС і 7,55% ХГС. При цьому виключно респіраторні патогени викликають ГГС тільки у 2% хворих, у переважній більшості мала місце асоціація представника «великої трійки» з іншим умовно-патогенним мікроорганізмом.

При реалізації гострого запального процесу в ННС респіраторні патогени здатні виступати синергістами факультативних резидентів верхніх дихальних шляхів, про що свідчить коефіцієнт Жаккарда (31%). Виявлений факт, а також невисокий показник домінування представників «великої трійки», відводять респіраторним патогенам роль асоціативних ко-факторів, що допомагають мікрофлорі біотопу в протистоянні з неспецифічними та імунними факторами захисту макроорганізму шляхом стимуляції ростових і антимікробних властивостей домінуючих бактерій.

Водночас взаємовідношення між респіраторними патогенами та іншими представниками мікробіоценозу верхніх дихальних шляхів у випадку хронічного запалення можна охарактеризувати як антагоністичні (коефіцієнт Жаккарда 8,89%). Враховуючи що абсолютною домінуютою мікробіоценозу верхніх дихальних шляхів при ХГС є умовно-патогенні стафілококи, можна стверджувати про існування антагоністичних відносин між стафілоковою флорою і респіраторними патогенами.

Таким чином, порожнинна мікрофлора носових ходів дітей, хворих на ГГС і ХГС, представлена асоціаціями мікроорганізмів різних таксономічних груп. При реалізації запального процесу у верхніх дихальних шляхах відбувається конкурентна боротьба мікроорганізмів за колонізацію екологічної ніші.