

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



МАТЕРІАЛИ

97 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
вищого державного навчального закладу України
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

15, 17, 22 лютого 2016 року

Чернівці – 2016

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 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 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.

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 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний
університет, 2016



перебіг БА. Так, в дітей із ознаками «повільних ацетиляторів» легкий, середньотяжкий і тяжкий перебіг бронхіальної астми відзначався у 11,8%, 50,0%, 38,2% випадках відповідно. У хворих зі швидким типом ацетилювання ці показники виявилися наступними: 21% ($p_p > 0,05$), 42,1% ($p_p > 0,05$), 36,8% ($p_p > 0,05$) спостережень відповідно. Детальний аналіз основних клінічних показників контрольованості БА (кількість денних та нічних симптомів захворювання, частота використання швидкодіючих β_2 -агоністів) дозволив припустити, що ФАПП у дітей із повільним типом ацетилювання перебігав тяжче. Так, денні симптоми хвороби турбували пацієнтів I групи > 2 разів на тиждень майже вдвічі частіше, ніж представників II групи (31,8% та 16,0% випадків відповідно; $P_p < 0,05$). Водночас, щотижневі нічні симптоми (від 1 разу на тиждень, до щоденних), що асоціювало з неконтрольованим перебігом БА, реєструвалися втричі частіше за повільного характеру ацетилювання, ніж у швидких «ацетиляторів» (13,6% та 4,0% спостережень ($P_p < 0,05$)). На тяжчий перебіг фенотипу БА із пізнім дебютом вказувала і частота загострень хвороби, зокрема, щомісячні погіршення впродовж останнього року відзначали 40,9% представників I клінічної групи і лише кожен четвертий пацієнт (24,0%; $P_p < 0,05$) II групи порівняння. Таким чином, наявність повільного ацетиляторного статусу асоціює з тяжчим неконтрольованим перебігом астми пізнього початку із розвитком тяжких нападів захворювання. Показники ризику оцінки тяжкості нападу у понад 16,4 балу у 1-й день госпіталізації за повільного типу ацетилювання порівняно зі швидкими «ацетиляторами» дорівнюють: відносний ризик - 1,7 [95% ДІ: 1,1-2,8] при співвідношенні шансів - 3,5 [95% ДІ: 1,9-6,7].

Таким чином, наявність повільного типу ацетилювання в дітей з пізнім дебютом бронхіальної астми підвищує шанси розвитку тяжкої обструкції бронхів у 3,5 рази.

Шахова О.О.

ПОКАЗНИКИ ГІПЕРСПРИЙНЯТЛИВОСТІ БРОНХІВ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ З ФЕНОТИПОМ ФІЗИЧНОГО ЗУСИЛЛЯ

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

Бронхіальна астма фізичного зусилля (БАФЗ) розглядається як фенотип астми, що викликається фізичним навантаженням, для якого характерна бронхоспастична реакція через 10-15 хвилин після завершення фізичного навантаження, тому часто спірографічні проби з дозованим фізичним навантаженням можуть не виявляти даний фенотип, тому доцільним вважалось проаналізувати з позицій доказової медицини показники, що відображають характерний феномен захворювання, а саме гіперсприйнятливості бронхів в залежності від даного фенотипу.

Метою дослідження було оцінити показники гіперсприйнятливості дихальних шляхів у дітей, хворих на астму фізичного зусилля.

На базі пульмонологічного відділення ОДКЛ м.Чернівці обстежено 60 дітей шкільного віку з діагнозом персистувальної БА. Сформовані дві клінічні групи спостереження: перша (I) – 30 дітей із фенотипом БА фізичного зусилля (індекс бронхоспазму (ІБС) >12%), друга (II) – 30 хворих на БА без наявності фенотипу астми фізичного зусилля (індекс бронхоспазму (ІБС) <12%). Дослідження гіперсприйнятливості бронхів проводили за допомогою стандартизованого інгаляційного спірометричного тесту з гістаміном з урахуванням рекомендацій щодо стандартизації дослідження. Інгаляційна провокаційна проба з гістаміном проводилася шляхом підвищення кількості препарату до досягнення 20% зниження показника ОФВ₁ при максимальній концентрації провокуючої речовини.

При аналізі гіперсприйнятливості бронхів встановлена тенденція до більшої виразності даного феномена у дітей із фенотипом астми фізичного зусилля. Зокрема, ПК20Г сягала $1,2 \pm 0,4$ мг/мл у пацієнтів I групи проти $2,3 \pm 0,8$ мг/мл у представників групи порівняння ($p > 0,05$). Відмічено, що виразна гіперсприйнятливості бронхів (ПК20Г < 0,4 мг/мл) спостерігалася більше ніж у половини хворих I клінічної групи (56%) і лише у 22% представників групи порівняння ($p > 0,05$) та вказувала на відносний ризик астми фізичного зусилля 1,9 (95% ДІ 0,8-4,4) при співвідношенні шансів 4,3 (95% ДІ 1,2-15,4). Посттестова ймовірність виявлення фенотипу фізичного зусилля БА при виразній гіперсприйнятливості дихальних шляхів дорівнювала 71%.

Таким чином, показники гіперчутливості бронхів до інгаляції гістаміну в концентрації менше 0,4 мг/мл свідчать про наявність у дітей фенотипу астми фізичної напруги, ризик якої зростає при зазначених показниках бронхопровокаційної проби з гістаміном у 4,3 рази.

Швиґар Л.В.

ВПЛИВ ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСУ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ НА ІНДЕКС РУФ'Є

*Кафедра педіатрії та медичної генетики
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Впродовж останніх років, після збільшення частоти трагічних випадків – смертей школярів на фізкультурі було запроваджено методику відбору дітей в групи щодо фізичних навантажень використовуючи пробу Руф'є.



Проба започаткована на основі визначення адаптації серця на дозоване навантаження (присідання) та змін ЧСС після його припинення. При оцінці збільшення частоти серцевого ритму, як правило, фокусують увагу на частоті серцевих скорочень. Для дітей, особливо молодших вікових груп, характерна значно більш висока, ніж у дорослих і дітей старшого віку, ЧСС. На цьому тлі додаткове почастищення - тахікардія добре розпізнається і практично не викликає сумнівів при інтерпретації проби. Навпаки, брадикардія рідше звертає на себе увагу оскільки значення ЧСС не завжди зіставляються з нижньою віковою межею частоти серцевого ритму. Так ритм 75-80 уд. / хв. у спокої, що однозначно свідчить про брадикардію у дітей 7-8 річного віку, відповідає нормальним значенням ЧСС у дітей більш старших (14-16 років) вікових груп.

Частота серцевих скорочень залежить не тільки від віку дитини але і балансу взаємодій власне пейсмекерного автоматизму і ряду «зовнішніх» факторів: гуморального, вегетативної іннервації і кровопостачання синусового вузла чи запальних процесів в серці.

Тож постає питання, чи відіграє роль тону вегетативної нервової системи на результати проби Руф'є.

Мета цього дослідження – визначити рівень достовірності даної проби у дітей з різним вегетативним тонусом. Для цього відібрано 75 дітей 7-14 років і поділені на 2 групи в залежності від домінування симпатичної -35 і парасимпатичної – 30 нервової системи. В якості контролю взято 25 учнів без проявів дистонії. Всім дітям, для виключення серцевої патології проведено ультразвукове обстеження серця і ЕКГ.

У результаті аналізу було відмічено, що відсоток дітей з негативною пробою прямо пропорційний віку: чим молодша дитина тим більший індекс.

У дітей з переважанням парасимпатичної нервової системи (тенденцією до брадикардії) ЧСС суттєво збільшується після присідання і повільніше відновлюється після відпочинку ніж у симпатотоніків.

Отже, без урахування вікових відмінностей і визначення висхідного тону ЦНС адекватно оцінити пробу Руф'є не представляється можливим.

Юрків О.І.

ВИЯВЛЕННЯ ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ КИШЕЧНИКА У НОВОНАРОДЖЕНИХ

*Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Визначення “здоров’я” для дитини будь-якого віку включає відповідність розвитку віковим нормам та можливість адекватно переборювати граничні та патологічні стани, характерні для організму впродовж росту та розвитку [Лук’янова О.М. 2005]. Концепція “здоров’я новонародженого” повинна включати поняття його оптимальної адаптації до зміни умов зовнішнього середовища та оцінку резервів адаптаційних механізмів на найближчу (перший місяць) та віддалену перспективу.

Стан динамічної рівноваги між організмом хазяїна, мікроорганізмами, що його заселяють і навколишнім середовищем прийнято називати «еубіозом», при якому здоров’я людини знаходиться на оптимальному рівні. “Дисбіоз” - це стан кишечника, який потребує своєчасної діагностики та корекції. За відсутності відповідної профілактики та своєчасного лікування клінічні прояви дисбіозу у новонароджених у ранньому неонатальному періоді можуть набувати важких клінічних форм патології в майбутньому.

Основними фізіологічними процесами, які відбуваються у шлунково-кишковому тракті є секреція, переварювання, всмоктування, моторика, активність мікрофлори та активність імунної системи. Відповідно, порушеннями вказаних функцій є порушення секреції, переварювання (мальдигестія), всмоктування (мальабсорбція), порушення моторики (дискінезія), порушення стану мікрофлори (дисбіоз, дисбактеріоз) та порушення активності імунної системи. Всі перераховані дисфункції зв’язані між собою через зміну складу внутрішнього середовища і якщо на початку захворювання може мати місце порушення тільки однієї функції, то по мірі прогресування порушуються і інші.

Групи дослідження склали 60 новонароджених (співставлювані за антропометричними та морфо-функціональними ознаками): I групу (основну) - склали 30 новонароджених, які мали перинатальну патологію різного ступеня тяжкості; а II групу (групу порівняння) склали 30 новонароджених, у яких був фізіологічний перебіг раннього неонатального періоду.

При аналізі обмінних карт вагітних виявлено сукупно патологію матерів, яка склала групу антенатальних чинників ризику плода. Це хронічні захворювання матері (анемія, гіпертонічна хвороба, хронічний гломерулонефрит, вади серця, цукровий діабет, токсоплазмоз, ревматизм та ін.); гострі інфекційні захворювання матері під час вагітності та прийом медичних препаратів; внутрішньоутробне інфікування (ВУІ) плода; генетичні дефекти (у розумово відсталих батьків народження аналогічно неповноцінних дітей у 2-3 рази вища, ніж у здорової популяції); вживання алкоголю, паління батьків; професійні шкідливості та екзогенні тератогенні чинники; ознаки обтяженого акушерського анамнезу (перша дитина у 16-18 років або після 30 років; інтервал між пологами менше 2 років; загроза переривання вагітності; стресові стани); несумісність по Rh-фактору та системи АВ(О); переносена вагітність, багатоплідність, гіпотрофія новонародженого.

Особливостями мікроекології товстого кишечника у новонароджених дітей в ранньому неонатальному періоді було переважання біфідо-, лактобактерій та пептококів у контрольній групі та поява у основній групі стафілококу, протею та грибів роду Candida.