

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



МАТЕРІАЛИ

96 – ї

**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 – ї 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 – ї 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 Тащук 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



захворювань верхніх відділів травної системи у дітей, впровадження інформативних методів верифікації гелікобактеріозу.

Мета роботи - оцінити інформативність інвазивних методів діагностики гелікобактеріозу для виділення контингентів дитячого населення з високим ризиком розвитку цієї патології та визначення оптимальних схем етіопатогенетичної терапії.

Для вирішення завдання проведено клінічне обстеження 36 хворих дітей віком від 6 до 17 років з хронічною гастродуоденальною патологією, обстежених за методом випадкової вибірки, які перебували на стаціонарному лікуванні у гастроентерологічному відділенні МДКЛ м. Чернівці. Переважна більшість хворих представлена школярами (98,7±1,4%), що можна пояснити сукупністю впливу аліментарних, мікросоціальних факторів у розвитку патології цієї групи, тривалістю захворювання, його хронізацією, а також несприятливим пропорційно віку імунологічним фоном, зумовленим пре- та пубертатною гормональною перебудовою організму. Всім пацієнтам виставлено діагноз неускладнена виразкова хвороба шлунка чи дванадцятипалої кишки.

Комплексне обстеження проводилося за уніфікованою схемою. Використані антропометричні, клінічні, лабораторні, інструментальні методи дослідження. Остаточний діагноз верифікувався на підставі даних фіброзофагогастродуоденоскопічного та морфологічного (за допомогою фіброгастродуоденоскопу "Pentax FG-24N", щиткова біопсія слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки з наступним приготуванням мазка-відбитка, бактеріоскопія) досліджень. Колонізацію Нр-подібних бактерій оцінювали за 6 бальною шкалою від 0 до 5 балів: 1 бал – 10 мікробних тіл і 2 бали – 20 (слабкий ступінь засівання), 3 бали – 30 і 4 бали – 40 (помірний ступінь), 5 балів – 50 (виражений).

Гелікобактерасоційовану патологію було виявлено у 75,6% випадків. При тяжких формах захворювання Нр виявлявся достовірно часто ($r = +0,70$; $p < 0,05$). Результати отриманих даних: ступінь засівання слизової оболонки Нр переважно оцінювався як слабкий (2 бали) і відмічався його ріст паралельно ступеню морфологічних змін до помірного (2-4 бали). Це дозволило хворим дітям отримати своєчасну адекватну противиразкову квадротерапію для ерадикації гелікобактеріозу. При контрольному обстеженні через три тижня було виявлено тільки слабкий ступінь засівання Нр у 21,3% пролікованих дітей.

Таким чином, морфологічне дослідження є обґрунтованим стандартом обстеження при хронічній гастродуоденальній патології у дітей. Рекомендується проводити повторне обстеження на Нр після проведеного лікування для виявлення його ефективності та оптимізації етіопатогенетичної терапії.

Ризничук М.О.

ЧИННИКИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ МУЛЬТИКІСТОЗУ В ДІТЕЙ

Кафедра педіатрії та медичної генетики

Буковинський державний медичний університет

Мультикістоз нирок (Multicystic dysplastic kidney disease, шифр по МКБ-10 Q61.4) є поширеною формою уродженої аномалії нирок і сечовивідних шляхів. Ця вада розвитку характеризується, в більшості випадків, однобічним ураженням нирки з утворенням кіст різних розмірів (від 5 до 50 мм), і повним заміщенням паренхіми фіброзною тканиною. Мультикістозна нирка трапляється у 1,1% хворих з аномаліями нирок і становить 20% серед хворих із кістозними аномаліями структури нирок. Чоловіки страждають частіше даної аномалією, ніж жінки, співвідношення приблизно - 3:1. Мультикістоз формується на 4-6 тижні вагітності внаслідок порушення ембріогенезу. В основі патогенезу даної аномалії лежить атрезія мисково-сечовидного спів'язу. Відбувається неповне злиття мезонефроса і метанефрогенної тканини. Метанефрогенна тканина, що розвивається, деякий час продукує сечу, яка не виводиться, а накопичується в каналцях, призводячи до їх перерозтягнення і поступовому перетворенню в кісти різних розмірів. Дана нирка стає функціонально неактивною. На відміну від ниркового полікістозу мультикістозна нирка не успадковується.

Метою нашої роботи було вивчення факторів ризику формування мультикістозу нирок у дітей Чернівецької області.

Дослідження частоти мультикістозу нирки проводилося в Чернівецькій області на базі медико-генетичного центру (МГЦ) обласного діагностичного центру (ЧОДЦ). Використаний ретроспективний метод дослідження за 2004-2008 рр. шляхом вивчення реєстраційних генетичних карт. Група формувалася на популяційній основі, оскільки обліку підлягали лише ті плоди, матері яких проживали в Чернівецькій області. Також використовувалися статистичні збірники (2004-2008 рр.).

За досліджуваній період в області пренатально виявлено 81 вагітну, плоди яких мали аномалії сечовидної системи. Серед плодів із аномаліями нирок виявлено 25 (30,9%) з мультикістозом. За статтю плоди з даною аномалією розділилися нерівномірно. Переважна більшість з мультикістозом нирки були чоловічої статі - 16 плодів (64%). Отже чоловіча стать була чинником ризику розвитку мультикістозу ($OR = 1,3$, $95\% CI 0,5-3,5$). За локалізацією аномалії виявлено наступне: у 64% плодів траплявся лівобічний мультикістоз (16 плодів), у 32% - правобічний (8 плодів), у 4% (1 плід) виявлено двобічне ураження нирок. Після уточнення діагнозу плід з двобічним мультикістозом був елімінований. У хлопчиків частіше траплялася правобічна аномалія ($OR = 2,1$, $95\% CI 0,3-13,6$), у дівчаток - лівобічний мультикістоз ($OR = 2,7$, $95\% CI 0,4-17,4$).

Всі вагітні проживали на території Чернівецької області. Міські жителі склали 24% (6 жінок), жительки сільської місцевості - 76% (19 жінок). Проживання в сільській місцевості було одним з чинників ризику розвитку мультикістозу ($OR = 1,4$, $95\% CI 0,5-4,1$). Нами було також прийнято до уваги місцевість



проживання, та виявлено, що чинником ризику розвитку мультикістозу було проживання в передгірських районах ($OR = 1,02$, $95\% CI 0,3-3,2$). Найчастіше даний діагноз виставлявся вагітним у віковій категорії 20-34 років ($OR = 2,29$, $95\% CI 0,13-1,96$). При аналізі порядкового номера вагітності виявлено, що дана аномалія виявлялася найчастіше при другій вагітності ($OR = 2,2$, $95\% CI 0,7-7,4$). У 20% вагітних було виявлено маловоддя. При мультикістозі нирок у плода вагітність часто супроводжувалася загрозою викидня ($OR = 1,3$, $95\% CI 0,5-3,5$), і обвиттям пуповиною шиї плода ($OR = 3,4$, $95\% CI 0,7-16,3$).

Таким чином, проведений аналіз дозволяє нам враховувати місцевість проживання дитини, стать та різні ускладнення вагітності, як відповідні чинники ризику розвитку мультикістозу.

Сажин С.І.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ СИМПТОМАТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ФІЗИЧНОЇ НАПРУГИ В ПАЦІЄНТІВ З ПОВІЛЬНИМ ТИПОМ АЦЕТИЛЮВАННЯ

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Буковинський державний медичний університет

Бронхіальна астма (БА) розглядається як мультифакторіальне захворювання, що має декілька варіантів або фенотипів. Кожен фенотип складається з сукупності клінічних характеристик та прогностичних чинників. Стандарти схеми симптоматичної та попереджувальної терапії є недостатньо ефективними для всіх фенотипів астми, тому на сьогоднішній день вектор лікування зміщується на індивідуалізований підхід з урахуванням типу, фенотипу та субфенотипу хвороби.

Метою роботи було обґрунтувати та оцінити ефективність швидкодіючої терапії нападів бронхіальної астми фізичної напруги в дітей за повільного ацетиляторного типу.

На базі пульмо-алергологічного відділення обласної дитячої клінічної лікарні (м. Чернівці) обстежено 58 дітей із повільним типом ацетилювання, хворих на БА. Залежно від наявності фенотипу астми фізичної напруги (АФН) сформовано дві групи спостереження. До першої (I) групи увійшло 25 пацієнтів з фенотипом АФН, другої (II) – 33 дитини, які не мали ознак гіперреактивності дихальних шляхів у відповідь на дозоване фізичне навантаження. За статтю, місцем проживання, віком та тривалістю хвороби групи вірогідно не відрізнялися. Тяжкість бронхообструктивного синдрому (БОС) при надходженні хворих до стаціонару під час загострення захворювання оцінювали за бальною шкалою. Зменшення проявів БОС відображалося зниженням оцінки за бальною шкалою. Виразність БОС в нападному періоді бронхіальної астми у школярів з фенотипом АФН при госпіталізації була вірогідно вищою порівняно з II клінічною групою (13,4±0,9 та 10,3±0,8 бала, $p < 0,05$). Із другого по сьомий день перебування у стаціонарі у пацієнтів I клінічної групи зберігався більш виразний синдром бронхообструкції порівняно з школярами, які не мали ознак гіперреактивності дихальних шляхів у відповідь на дозоване фізичне навантаження, проте різниця не була вірогідною. Атрибутивний ризик госпіталізації з тяжким БОС (вище 10 балів) під час нападу у дітей з фенотипом АФН відносно пацієнтів II клінічної групи становив 24,4%, ВР (1,5 при 95% ДІ 0,8-3,0) та СШ (2,8, 95% ДІ 0,9-8,9).

При аналізі актуальної терапії, встановлено, що під час нападу БА, β_2 -агоністи швидкої дії використовували в 96,0±3,9% та 93,9±4,2% у I та II клінічних групах відповідно ($P_p > 0,05$). Системні глюкокортикостероїди (ГКС) застосовували в 80,0±8,0% у школярів із фенотипом АФН і 51,5±8,7% пацієнтів із відсутністю астми фізичної напруги ($P_p < 0,05$). Інфузійну терапію глюкозо-сольовими розчинами отримували 52,0±9,9% та 42,4±8,6% школярів груп порівняння ($P_p > 0,05$). Достатньо «агресивну» комбінацію симптоматичних лікарських засобів, яка включала швидкодіючі β_2 -адреноміметики та системні ГКС призначали частіше пацієнтам, хворим на АФН (64,0±9,6%) на відміну від дітей II клінічної групи (30,3±8,0%), $P_p < 0,05$. Антибактеріальну терапію отримували 56,0±9,9% та 45,5±8,6% пацієнтів I та II клінічних груп, $P_p > 0,05$; лікування препаратами муколітичної дії призначалося вірогідно частіше пацієнтам із фенотипом АФН (96,0±3,9% проти 75,8±7,4% пацієнтів групи порівняння, $P_p < 0,05$). Антигістамінні препарати, навпаки, частіше використовували діти, хворі на БА з відсутністю бронхоспазму на фізичне навантаження (39,4±8,5% проти 16,0±7,3% школярів I клінічної групи, $P_p < 0,05$).

Таким чином, пацієнти із повільним типом ацетилювання та фенотипом астми фізичної напруги під час загострення мали вірогідно виразніший бронхообструктивний синдром та, відповідно, отримували більш агресивну симптоматичну терапію (комбінацію швидкодіючих β_2 -адреноміметиків, системних ГКС) порівняно зі школярами, хворими на БА без явищ констрикції бронхів у відповідь на фізичне навантаження.

Сапунков О.Д.

ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ СЕРЕДЬОГО ВУХА У ПЛОДІВ ЛЮДИНИ 8 МІСЯЦІВ РОЗВИТКУ

Кафедра дитячої хірургії та отоларингології

Буковинський державний медичний університет

За останні 10 років в розвинутих країнах відсоток дітей народжених раніше терміну складає 5 – 12% всіх новонароджених. Незрілість їх органів і систем часто призводять до розвитку патологічних симптомомплексів, в тому числі і з боку органа слуху, що може викликати необхідність хірургічного втручання. Все це вимагає точного знання вікових анатомо-топографічних особливостей будови середнього вуха.