

**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



Мазур О.О., Яковець К.І., Калущкий І.В., Плаксивий О.Г.
**СТАН МІКРОБІОТИ ПОРОЖНИНИ ТОВСТОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГНІЙНИЙ
ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИЙ СИНУЇТ**

*Кафедра дитячої хірургії та отоларингології
Буковинський державний медичний університет*

Досліджуваний контингент склали 81 хворий на хронічний гнійний верхньощелепний синуїт (ХГВС) в стадії загострення віком – від 15 до 68 років без супутньої патології. Клінічно загострення ХГВС проявлялось типовими місцевими та загальними симптомами у всіх хворих. В постановці діагнозу враховували дані рентгенологічного обстеження, а основним критерієм для встановлення діагнозу була діагностично-лікувальна пункція верхньощелепної пазухи, яка проведена 81 хворому. При цьому оцінювали об'єм пазухи, який був зменшений у всіх обстежуваних та характер патологічного вмісту у промивній рідині. При поступленні в стаціонар у хворих на ХГВС в стадії загострення проводився забір гнійного ексудату із верхньощелепних пазух, який піддавався мікробіологічному обстеженню, здійснювалося виділення та ідентифікація мікроорганізмів, що персистували в ексудаті. В кожному патологічному матеріалі виявляли видовий склад та популяційний рівень життєздатних (колоніютворючих) мікроорганізмів в 1 мл ексудату.

Результати виявлення видового складу мікрофлори ексудату з верхньощелепних пазух показали, що провідними мікроорганізмами, що виділяються із ексудату у хворих на ХГВС є str. pneumoniae, гемофільна паличка, moraxella catarrhalis, золотистий стафілокок, псевдомонади та піогенний стрептокок, а також встановлено, що у частини хворих захворювання викликають асоціації умовнопатогенних мікроорганізмів.

Враховуючи той факт, що значна кількість запальних процесів протікає на фоні зниженої резистентності організму і дизбіотичних змін кишківника всім хворим з загостренням ХГВС проводили мікробіологічне дослідження порожнинного вмісту товстої кишки хворих шляхом визначення видового складу та популяційного рівня автохтонних та алохтонних представників мікрофлори фекалій з наступним встановленням ступеня дисбіотичних змін.

Результати мікробіологічного дослідження демонструють характерні зміни у видовому складі анаеробної та аеробної автохтонної, факультативної й алохтонної мікрофлори вмісту порожнини товстої кишки, значно відрізняючись від показників видового складу мікрофлори порожнини товстої кишки у межах норми.

У хворих на ХГВС основну частину мікрофлори порожнини товстої кишки представляють бактероїди, лактобактерії, непатогенні кишкові палички, протеї. Однак, частота зустрічання та індекс постійності таких облигатних мікроорганізмів, як біфідобактерії та ентерококи, є значно нижчими, ніж у практично здорових осіб. Фізіологічно корисні біфідобактерії повністю елімінують з порожнини товстої кишки у 12,7% пацієнтів з синуїтом. На цьому тлі збільшується відсоток хворих, у яких висівалися факультативні умовно-патогенні анаеробні (пептокок, клостридії) та аеробні (стафілококи) бактерії. Цей факт обумовив необхідність визначення популяційного рівня усіх життєздатних мікроорганізмів, що висівалися з порожнинного вмісту товстої кишки хворих на ХГВС.

Характерним для мікробіоценозу порожнини товстої кишки пацієнтів з ХГВС є виражений дефіцит автохтонних облигатних фізіологічно корисних біфідобактерій та лактобактерій. Так, популяційний рівень біфідобактерій знижується на 51,04 %, лактобактерій – на 23,46 %. Разом з тим, кількість анаеробних грамнегативних бактероїдів та аеробних непатогенних кишкових паличок достовірно збільшується у вмісті порожнини товстої кишки (на 17,59% та 21,49% відповідно). Паралельно із зниженням біфідобактерій та лактобактерій у порожнини товстої кишки обстежених хворих зростає популяційний рівень факультативних умовно патогенних анаеробних та аеробних мікроорганізмів – клостридій, пептококу, протеїв, стафілококів.

Отримані результати дозволяють стверджувати, що при ХГВС у всіх хворих формується кишковий дисбактеріоз або дисбіоз, основним чином II ступеню за рахунок елімінації та вираженого дефіциту автохтонних життєвокорисних бактерій, що знижує імунний статус хворих, впливає на вираженість клінічних проявів основного захворювання, зокрема ХГВС, ускладнює його перебіг. Отримані результати будуть враховані при розробці лікувальної тактики у комплексній терапії хворих на ХГВС з системним використанням пробіотиків (Біфіформ, Лактовіт, Лінекс, Симбітер).

Макарова О.В., Попелюк Н.О.*, Попелюк О.-М.В.**
**РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЕД
ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ м. ЧЕРНІВЦІ**

*Кафедра догляду за хворими та вищої мед сестринської освіти
Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини*
Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича**
Буковинський державний медичний університет*

Провідними причинами захворюваності та смертності в нашій державі вже багато років, як і у всьому світі, залишаються серцево-судинні захворювання. Їх появі сприяють фактори ризику серцево-судинних захворювань у вигляді гіподинамії, нерационального харчування, паління, вживання алкоголю, наявності стресогенного середовища.



Деякі популяційні дослідження свідчать, що рівень основних факторів ризику серцево-судинних захворювань серед населення визначають епідеміологічні умови в відношенні розвитку серцево-судинних захворювань. З цією метою ми прослідкували появу та розвиток факторів ризику у 265 дітей шкільного віку м. Чернівці. Проводилось анкетування, клінічне, інструментальне, лабораторне дослідження.

Найбільш частими факторами ризику у школярів були: шкідливі звички, незбалансоване харчування, гіпокінезія, спадкова схильність до серцево-судинних захворювань. Серед хлопчиків 61,3 % палили, 70,2% - вживали спиртні напої. Середній вік початку заохочення до алкоголю у хлопчиків складав 11,9 року, у дівчаток - 13,5 року; до паління - відповідно 10,8 та 13,5 років. Особливо непокоїть дані про розповсюдження шкідливих звичок серед дівчат-підлітків, які вже через 3-4 роки можуть стати матерями.

Погіршення якості харчування школярів супроводжується не тільки зниженням енергетичної цінності їжі, та різке збіднення її мікроелементами, особливо вітамінами, дефіцит яких негативно відбивається на рості та розвитку дітей. Лише 20,1% школярів отримують гарячу їжу 2-3 рази на день. Крім того, кількість дітей, які користуються шкільною їдальнею зменшилось приблизно на 28%. Дефіцит вітамінів, як С, групи В, Е, А, Д ускладнюють перебіг процесів адаптації та функціональну здатність серцево-судинної системи.

Проведене дослідження показало, що у дітей, які мали шкідливі звички та незбалансоване харчування, порівняно із контрольною групою, високу реактивність серцево-судинної системи на навантаження можна вважати прогностичним критерієм подальшого розвитку серцево-судинних захворювань.

Мельничук Л.В.
РАЦІОНАЛЬНА АНТИБІОТИКОТЕРАПІЯ ПОЗАГОСПІТАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ

*Кафедра сімейної медицини
Буковинський державний медичний університет*

Пневмонія є найчастішою причиною смерті дітей серед інфекційних захворювань, що зумовлює необхідність раціонального підходу до лікування. Не дивлячись на те, що пневмонія є поліетіологічним захворюванням, з позицій доказової медицини єдиним раціональним методом її лікування у дітей визнається антибактеріальна терапія. У зв'язку з цим постають питання раціонального вибору стартової антибактеріальної терапії.

Метою дослідження було вивчити ефективність комбінацій антибактеріальних препаратів, які використовуються для лікування позагоспітальних пневмоній у дітей та розробити рекомендації щодо удосконалення методів лікування пневмоній у дітей.

Проведено аналіз 52 історій розвитку дитини (ф-112) дітей міста Чернівців, які лікувались з приводу позагоспітальної пневмонії. Вивчали анамнез хвороби, ступінь тяжкості пневмонії, наявність ускладнень, тривалість лікування, наявність супутньої патології.

Вікова структура дітей, хворих на пневмонію, виглядала наступним чином: діти до 6-х років склали 44,2% (23 дитини), 7-14 років -38,5% (20 дітей), 15-18 років - 17,3% (9 дітей). Діагноз позагоспітальної пневмонії всім 52 дітям підтверджено рентгенологічним дослідженням. За ступенем тяжкості 32,7% дітей мали I ступінь, 42,3% - II ступінь, 21,2% - III, та 3,8% - IV ступінь тяжкості. Проведений аналіз лікування позагоспітальних пневмоній у дітей свідчить, що стартовим антибіотиком використовували цефалоспорины II покоління у 17 дітей (32,7%), цефалоспорины III покоління у 23 дітей (44,2%), інгібіторозахищені амінопеніциліни – у 9 дітей (17,3%), макроліди – у 3 дітей (5,7%). У 23 дітей використовували комбінацію двох антибіотиків. При використанні стартових антибіотиків швидкий (24-36 годин) ефект від лікування настав в 84,6% випадків. У 15,4 % дітей стартова комбінація була неефективною, що спричинило зміну антибіотика. Звертає увагу, що в групі дітей 7-14 років найчастіше стартовим антибіотиком були цефалоспорины III покоління, а макроліди призначені лише у 3 (5,7%) дітей, що не відповідає епідеміологічним дослідженням етіології позагоспітальних пневмоній дітей шкільного віку, а саме значення мікоплазми та пневмококу.

Отже, вибір стартового антибіотика для лікування позагоспітальної пневмонії повинен проводитись з урахуванням імовірного збудника, за показниками віку дитини, місця й часу захворювання, попередніх курсів антибіотикотерапії та інших модифікуючих факторів. Використання цефалоспоринов III покоління як стартового антибіотика не приводить до скорочення термінів лікування позагоспітальних пневмоній.

Міхєєва Т.М., Нечитайло Д.Ю.
**МЕТОДОЛОГІЯ ОЦІНКИ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ СЕРЕД ШКОЛЯРІВ, ЯК ІНДИКАТОР
ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ.**

*Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини,
Буковинський державний медичний університет*

На сучасному етапі серцево-судинні захворювання залишаються однією із основних причин смертності та інвалідизації серед населення нашої країни та країн зарубіжжя. На початку XXI століття продовжує зростати поширеність серцево-судинних захворювань і серед дитячого населення. Для раннього виявлення дітей групи ризику по розвитку серцево-судинних захворювань є необхідним