

**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



комплексне обстеження морфо-функціонального стану серцево-судинної системи. Це дозволить формувати чіткі критерії ризику розвитку гіпертензії, так, як, артеріальний тиск (АТ) є індикатором функціонального стану серцево-судинної системи у дітей. Поширеність артеріальної гіпертензії серед дитячого населення за даними різних авторів складає від 1% до 14%, частіше у дітей старшого шкільного віку. Так, як, в цьому періоді завершується перебудова організму, статеве дозрівання, спостерігається підвищення емоційності, чутливість до впливу різних чинників середовища.

Найбільш ґрунтовним підходом до визначення критеріїв відхилень з боку АТ є масове обстеження школярів.

Було обстежено 100 дітей шкільного віку, які навчаються у сільських загальноосвітніх школах Чернівецької області та у ліцеї м. Чернівці. Умовно всіх школярів розділили на 3 вікові групи: 1-шу групу склали діти, які навчаються у 5 - 7-х класах (30 дітей); 2-гу групу – 8 та 9 класи (30 дітей); 3-тю групу – 10 та 11 класи (40 дітей). Вимірювання артеріального тиску здійснювалось тричі з інтервалом 3 хвилини аускультативним методом Н.С. Короткова, при якому АТ вимірювалось на плечовій артерії за допомогою автоматичних тонометрів Microlife, Litt Doctor, AND та механічних тонометрів Microlife з манжетами різного розміру відповідно віку дитини. Використовувались наступні розміри манжет: для дітей 7-10 років – 8,5×17 см., 10-12 років – 10×22 см., для дітей старше 12 років – 13×26 см. Різниця між вимірами автоматичними та механічними апаратами в нашому дослідженні не перевищувала 5 мм.рт.ст. Отримані результати порівнювались з регіональними нормативними стандартами та статистично обробились. Школярам, у яких були виявлені зміни АТ чи/і аритмії проводилось додатково ЕКГ за допомогою портативного електрокардіографа «Армед» РС-80В. Функціональний стан серцево-судинної та дихальної систем додатково визначався за допомогою проби Руф'є (з розрахунком індексу Руф'є), проб Штанге та Генча.

Отримані результати: при обстеженні дітей 1-ї групи у 9 дітей було виявлено підвищений АТ, у 14 дітей – зміни індексу Руф'є; при обстеженні дітей 2-ї групи підвищений АТ був у 12 дітей, зміни індексу Руф'є у 19 дітей; в 3 групі – підвищення АТ спостерігалось у 22 дітей, зміни індексу Руф'є - у 14 дітей.

Таким чином, для отримання корективних результатів для скринінгової оцінки АТ у школярів необхідне чітке дотримання методології та методики оцінки АТ з метою мінімізації похибки. Оптимальним є використання автоматичних тонометрів, які пройшли перевірку. В той же час, для комплексної оцінки функціонального стану серцево-судинної системи у дітей шкільного віку необхідно, паралельно з вимірюванням АТ, проводити проби Штанге, Генча і Руф'є.

Остапчук В.Г., Сорочман Т.В.

ЦИТОКІНОВИЙ ПРОФІЛЬ У ДІТЕЙ ІЗ ВИРАЗКОВОЮ ХВОРОБОЮ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Кафедра педіатрії та медичної генетики

Буковинський державний медичний університет

Доведено, що в патогенезі виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки (ВХ) у дітей певна роль належить порушенню функціональної активності Т-лімфоцитів-хелперів та цитокінів, що ними продукуються.

Метою роботи було визначити рівень про- та протизапальних інтерлейкінів у крові дітей, хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки.

Обстежено 80 дітей із ВХ віком 7-18 років, які знаходились на стаціонарному лікуванні в гастроентерологічних відділеннях МДКЛ та ОДКЛ м. Чернівці (основна група) та 50 практично здорових дітей відповідного віку (група порівняння). Інтерлейкіновий профіль (інтерлейкін-1β (ІЛ-1β), інтерлейкін-8 (ІЛ-8), інтерлейкін-4 (ІЛ-4) та рецепторний антагоніст інтерлейкіна-1 (ІЛ-1Ра)) визначали у сироватці крові дітей шляхом імуноферментного аналізу із застосуванням діагностичних тест-систем ЗАТ «Вектор-Бест» (м. Новосибірськ, Росія) за допомогою імуноферментного аналізатора Stat-Fax-303 (США) до початку лікування та після повного загосення виразки. Статистична обробка отриманих даних проводилася за допомогою пакету комп'ютерних програм «Statistica 6.0».

При аналізі отриманих даних відмічено, що в переважній більшості дітей із ВХ відмічається вірогідне підвищення рівня про- та протизапальних інтерлейкінів. Підвищений вміст ІЛ-1β відмічено у 49 (61,2 %) дітей основної групи, в середньому 82,2 ± 5,2 пг/мл, що вірогідно відрізнялось від відповідного показника в дітей групи порівняння – 12,1 ± 2,4 пг/мл (p<0,05). Підвищений вміст ІЛ-8 діагностовано у 54 (67,5 %) дітей із ВХ. Середній рівень ІЛ-8 у них склав 94,1 ± 4,8 пг/мл та у 7,4 рази перевищував його значення в здорових осіб (середнє значення ІЛ-8 - 12,8 ± 2,4 пг/мл), p<0,01. Індивідуальні коливання ІЛ-4 в дітей основної групи становили 9-142 пг/мл, складаючи в середньому 61,3 ± 2,5 пг/мл і були вірогідно вищі, ніж в групі порівняння – 8,2 ± 2,4 пг/мл (p<0,001). Середній показник вмісту ІЛ-1Ра у дітей, хворих на ВХ, становив 1216 ± 49,2 пг/мл та вірогідно відрізнявся від такого в дітей групи порівняння – 356 ± 12,1 пг/мл (p<0,05).

Аналіз вмісту інтерлейкінів у дітей залежно від віку та статі не виявив вірогідних відмінностей, однак дещо вищими показники були в хлопчиків та осіб віком 12-18 років. Крім того, встановлено, що в дітей із виразковим анамнезом до року відмічаються вірогідно вищі показники вмісту як про-, так і протизапальних інтерлейкінів, ніж у дітей із тривалістю захворювання 1-3 роки та більше трьох років



(p<0,05); у дітей із тривалістю виразкового анамнезу від 1 до 3 років щодо показників у хворих із анамнезом більше трьох років (p<0,05).

Таким чином, проведені дослідження підтверджують дані про імунологічні механізми розвитку виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки в дітей.

Перижняк А.І., Годованець О.С.*, Макарова О.В. КАРДІОВАСКУЛЯРНА ПАТОЛОГІЯ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ: ОСОБЛИВОСТІ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ

Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти

*Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини**

Буковинський державний медичний університет

Гіпоксичні ураження серцево-судинної системи займають одне з провідних місць у структурі захворюваності новонароджених, і за даними літератури зустрічаються у 40-70% дітей, які перенесли внутрішньоутробну або перинатальну гіпоксію, а також є джерелом багатьох, нерідко фатальних захворювань дітей і дорослих (Foster-Barber A., 2001; Kouno A., 2001; Няньковський С.Л., 2007; Шейбак Л.Н., 2008; Похилько В. И., 2009; Leone TA, 2011).

Мета - вивчити діагностичну інформативність комплексу показників біохімічного спектру крові, вільнорадикального окислення та системи антиоксидантного захисту організму для удосконалення ранньої діагностики та прогнозування тяжкості кардіоваскулярних порушень у новонароджених при перинатальній патології. Для досягнення мети та завдань дослідження було сформовано 3 групи спостереження: ІА групу склали доношені новонароджені, загальний стан яких було визначено, як середньої тяжкості (54 дитини). ІВ групу склали новонароджені, у яких спостерігалися ознаки перинатальної патології важкого ступеня (47 дітей). Контрольну групу (ІІ групу) склали 55 новонароджених, що мали фізіологічний перебіг раннього неонатального періоду.

Важкість стану новонароджених з проявами кардіоваскулярних порушень в умовах перинатальної патології супроводжується значними порушеннями біохімічного спектру крові. А саме, було відзначено вірогідне зниження рівня загального білка та альбуміну в новонароджених при зростанні ступеня тяжкості перинатальної патології. Так, якщо у ІІ групі показник складав 59,2±2,93г/л, у дітей ІА та ІВ груп – 49,7±2,46 та 47,3±2,35 г/л, p<0,05. Вміст альбумінів дорівнював відповідно 34,4±1,41, 25,2±1,31 та 24,3±1,19 г/л, також при вірогідній відмінності середніх показників у порівнянні з контролем, p<0,05. При дослідженні виявлено підвищення рівня білірубіну за рахунок непрямої фракції. Найвищий рівень відмічено у новонароджених ІВ дослідної групи: білірубін загальний складав 124,2±6,18 мкмоль/л, фракція непрямої - 112,1±5,62мкмоль/л, що мало вірогідні відмінності як з показниками ІА групи (відповідно 109,7±5,49 та 97,4±4,87 мкмоль/л), так і ІІ групи (відповідно 32,0±1,50 та 22,9±1,16 мкмоль/л), p<0,05. Рівень тригліцеридів у сироватці крові новонароджених ІА та ІВ груп був значно вищим, ніж у здорових новонароджених. Так, якщо контрольні показники у середньому складали 0,36±0,02 ммоль/л, при середньому та тяжкому стану новонароджених відмічався рівень тригліцеридів 0,9±0,04 та 0,92±0,04ммоль/л, p<0,05. Рівень глюкози у новонароджених груп спостереження на момент забору крові характеризувався відносно сталими межами, а саме, при задовільному стані він складав 3,83±0,18ммоль/л, у ІА групі - 3,38±0,19 ммоль/л, у дітей ІВ групи - 3,63±0,17ммоль/л, p>0,05. Відповідно тяжкості стану, в організмі новонароджених спостерігалось істотне зростання ферментативної активності, а саме показників АсАТ, ЛДГ, лужної фосфатази, КФК і КФК -МВ, що мало достовірні відмінності в групах спостереження. Найбільш специфічними ферментами для патології серцево-судинної системи є: АсАТ, КФК і КФК -МВ, ЛДГ. Отримані дані показали, що рівень активності КФК у дітей ІВ групи (329,4±16,39 од/л) вищий в 2 рази, порівняно з ІА групою (161,2±7,96 од/л) та в 2,5 рази вище, ніж показники у новонароджених ІІ групи (130,00±6,5 од/л). Результати досліджень показали найбільш високу активність КФК МВ у новонароджених ІВ групи (176,5 ± 8,02 од/л), порівняно з ІА (58,7±6,79 од/л) та ІІ групою (43,2± 2,16 од/л), що свідчило про значні структурно-функціональні й деструктивні порушення мембран кардіоміоцитів і судин у дітей з тяжкою перинатальною патологією у перші доби після народження. Порівняння активності ЛДГ у новонароджених груп спостереження показало, що найвищим показником був у дітей ІВ групи (1113,3±25,72 од/л), що у 1,5 рази більше в порівнянні з ІА групою (719,1 од/л) та в 2 рази вище, порівняно з ІІ (контрольною) групою (527,2 од/л). За нашими даними, тяжкий стан новонароджених на фоні перинатальної патології супроводжувався значним зростанням активності ферменту АсАТ. Так, показник АсАТ у дітей ІВ групи спостереження складав 45,7±2,29 од/л при нормі в контролі 30,9±1,55 од/л (p<0,05). При цьому слід відмітити, що активність АсАТ у новонароджених вірогідно зростала до 39,3±1,97 од/л, порівняно з дітьми контрольної групи, вже при середній тяжкості стану. Також у ході дослідження нами відмічено деяке підвищення активності ЛФ у дітей, народжених з клінічними ознаками перинатальної патології та порушенням адаптації. А саме, у новонароджених ІА групи активність ЛФ складала 282,9±14,11од/л, ІВ групи 289,3±14,78од/л у порівнянні з контролем - 266,2±12,21од/л, p>0,05.

Таким чином, показники крові, яка є інтегральною, спеціалізованою рідкою тканиною, що циркулює в судинній системі та поєднує різноманітні біохімічні процеси різних частин тіла в цілісну систему, підтримує сталість гомеостазу та є резервним середовищем метаболізму в нормі та при патології, слід також використовувати як маркери кардіоваскулярних порушень за умов гіпоксії у новонароджених



дітей. Зниження у плазмі крові рівня загального білка та альбумінів, підвищення рівня білірубину, зростання активності ферментів КФК, КФК-МВ, ЛФ, ЛДГ та АсАТ вказують на порушення енергоутворюючих механізмів та пригнічення клітинних функцій при гіпоксії у новонароджених. Враховуючи тенденцію до поглиблення змін показників, їх значення можуть бути додатковими критеріями ступеня тяжкості кардіоваскулярної патології та слугувати до певної міри їх доклінічними маркерами. Зростання ферментативної активності крові корелює у відповідності зі ступенем тяжкості перинатальної патології у доношених новонароджених.

Підвисоцька Н.І.

ЧИННИКИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ УРОДЖЕНИХ ВАД ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

*Кафедра педіатрії та медичної генетики
Буковинський державний медичний університет*

Щорічно в світі народжується 4-5% дітей з уродженими вадами розвитку (УВР), серед них 20-30% - з уродженими вадами центральної нервової системи (ЦНС), які є однією із причин смертності дітей першого року життя та основною причиною ранньої дитячої інвалідності. Найбільш тяжкі ураження мозку відзначають при його ушкодженні на ранніх етапах розвитку. В таких випадках розвиток мозку або порушується, або повністю зупиняється. Морфологічна діагностика структурних аномалій із залученням сучасних методів нейровізуалізації поступово удосконалюється. Сучасні методи дослідження генетики та медицини дозволяють своєчасно діагностувати, в тому числі, пренатально, більшість УВР.

Проаналізовано 127 карт вагітних, плоди яких мали УВР ЦНС. Ультразвукове дослідження (УЗД) вагітних було проведено у 87,0% випадків. Сумарна частота відхилень складала 77,0%, найчастішим з яких була фето-плацентарна недостатність (50,0%). Співпадання діагнозів, встановлених за допомогою УЗД та патологоанатомічно, мало місце в 30,8% випадків. Вади розвитку ЦНС склали 31,5% усіх пренатально діагностованих вад. У їх структурі перше місце посіли аненцефалія та гідроцефалія (28,3%), друге місце (19,7%) - щілини хребта, інші вади (синдром Денді-Уокера, агенезія мозолистого тіла - 13,5%; синдром Арнольда-Кіарі - 10,2%, відповідно).

Аненцефалія (ВШ=1,1, [0,5-2,5]) та гідроцефалія (ВШ=1,6, [0,7-3,4]) частіше діагностувалися у плодів жіночої статі, в той час, як щілини хребта (ВШ=1,1, [0,5-2,7]) та синдром Арнольда-Кіарі (ВШ=2,5, [0,7-8,6]) - у хлопчиків.

У період до 13 тижнів вагітності частіше діагностували аненцефалію (ВШ=5,2, [2,0-13,2]), до 22 тижня вагітності - синдром Арнольда-Кіарі (ВШ=3,7, [0,8-17,6]) та гідроцефалію (ВШ=1,1, [0,5-2,5]). Після 22 тижнів вагітності виявлялися щілини хребта (ВШ=1,9, [0,7-5,4]) та інші вади ЦНС (ВШ=1,4, [0,4-4,7]).

Аналіз даних щодо частоти УВР ЦНС виявив зниження частоти вад ЦНС у 7,8 разів у новонароджених дітей в порівнянні з даними пренатальної діагностики (відповідно, 0,45% і 3,7%), що може свідчити про цілеспрямовану елімінаційну тактику щодо таких плодів.

Встановлено основні чинники ризику формування вад розвитку ЦНС: гострі інфекційні захворювання, перенесені жінкою в першому триместрі вагітності (ВШ=3,78, [2,53-5,68]), хронічні інфекційні захворювання батьків (ВШ=3,06, [1,92-4,91]) та 6,61, [2,21-22,16]) для жінок та чоловіків, відповідно, хронічні екстрагенітальні захворювання у жінок (ВШ=1,62, [1,27-2,08]), шкідливі звички подружжя, зокрема, паління жінки (ВШ=2,99, [1,66-5,46]).

Виявлено залежність виникнення вад розвитку ЦНС від віку матері. Так, гідроцефалія в 1,2 рази частіше реєструвалася у плодів жінок віком до 20 років (ВШ=1,2, [0,6-2,7]), аненцефалія в 1,7 рази - у жінок віком 20-34 роки (ВШ=1,7, [0,8-3,7]). У плодів жінок, віком понад 35 років переважали щілини хребта (ВШ=1,5, [0,5-4,5]), синдром Арнольда-Кіарі (ВШ=21,1, [5,6-79,8]) та інші вади. При першій вагітності в 1, 8 разів частіше діагностувалися плоди з аненцефалією (ВШ=1,8, [0,8-4,1]) та гідроцефалією (ВШ=1,5, [0,7-3,4]).

Таким чином, УВР ЦНС посідають чільне місце серед вроджених аномалій, які за допомогою УЗД діагностуються важко. Тому необхідне подальше вивчення факторів ризику їх розвитку, удосконалення і впровадження програм прекоцепційної профілактики, масового скринінгу вагітних, підвищення якості пренатальної діагностики.

Ризничук М.О.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЧИННИКІВ РИЗИКУ УРОДЖЕНИХ ВАД СЕЧОВОЇ СИСТЕМИ

*Кафедра педіатрії та медичної генетики
Буковинський державний медичний університет*

Дані сучасної літератури свідчать про те, що уроджені вади розвитку є найбільш об'єктивним маркером екологічного неблагополуччя. Це зумовлено високою частотою їх в популяції, вагомим внеском генетичних чинників у їх походження, вагомим внеском в перинатальну захворюваність та смертність. За поширеністю уроджені вади органів сечової системи займають 4-5 місце серед усіх уроджених вад у новонароджених.

У дослідженні був використаний когортний метод. Ретроспективно (2004-2008 рр.) проаналізовано 1777 випадків уроджених вад розвитку в новонароджених та 403 випадки уроджених вад розвитку у плодів. Для оцінки провідних чинників ризику розвитку УВР плода обстежено 230 практично здорових вагітних. Із 403 плодів виділено 81 випадок уроджених вад сечової системи. Ізольовані вади сечової системи траплялися у 65 випадках, а 16 аномалій були складовою множинних вад розвитку. Дослідження



частоти УВР проводилося в Чернівецькій області на базі медико-генетичного центру (МГЦ) обласного діагностичного центру (ЧОДЦ).

Чернівецька область, за адміністративно-територіальним поділом, ділиться на 11 районів. До рівнинної (лісостепової) зони відносяться Заставнівський, Кіцманський, Новоселицький, Кельменецький, Сокирянський і Хотинський райони, в передгірській зоні розташовані Герцаївський, Глибоцький та Сторожинецький райони; в гірській - Путильський та Вижицький райони.

При аналізі поширеності уроджених вад розвитку (УВР) перше місце займають УВР і деформації кістково-м'язової системи (17,2%), друге - УВР системи кровообігу (4,6%), третє - УВР статевих органів (3,8%), четверте - множинні уроджені вади (2,6%). Аномалії сечової системи займають п'яте місце (2,19%) серед усіх вад.

Вади розвитку нирок були представлені наступними нозологіями: гідронефрозом одно- або двобічним (37,1%), мультикістозом одно- або двобічним (30,8%), агенезією/гіпоплазією нирок (17,3%) і полікістозом одно-або двобічним (14,8%). Полікістоз у осіб чоловічої статі траплявся у 3 рази частіше, мультикістоз - 1,8 рази, гідронефроз - у 1,5 рази. Тільки агенезія/гіпоплазія нирок переважала в осіб жіночої статі у 1,8 рази.

Ризик розвитку аномалій сечової системи в рівнинних районах зростав у вагітних до 20 років (OR=1,1; 95% CI 0,4-2,9) при третій вагітності (OR=1,6; 95% CI 0,4-6,1) та виявленні плоду чоловічої статі (OR=1,2; 95% CI 0,5-3,1). Також вагітність із вадами сечової системи частіше супроводжувалася маловоддям (OR=4,6; 95% CI 1,5-14,4) та обвиттям пуповиною ший плоду (OR=5,1; 95% CI 1,0-24,5).

У передгірських районах частіше уроджені вади сечової системи виявлялися пренатальним скринінгом у вагітних віком 20-24 років (OR=2,1; 95% CI 0,7-6,4) при другій вагітності (OR=3,2; 95% CI 1,1-9,5). Дана вагітність часто супроводжувалася розвитком фетоплацентарної недостатності (OR=1,0; 95% CI 0,3-2,9) та обвиттям пуповиною ший плоду (OR=1,5; 95% CI 0,4-5,9). Ризик розвитку аномалій сечової системи достовірно зростав у плодів чоловічої статі (OR=1,3; 95% CI 0,4-3,8).

У гірських районах ризик розвитку уроджених аномалій сечової системи підвищувався у вагітних віком до 20 років (OR=1,8; 95% CI 0,2-14,6), при третій вагітності (OR=2,4; 95% CI 0,2-26,8). Вагомими чинниками ризику також були маловоддя (OR=13,3; 95% CI 1,2-143,5) і фетоплацентарна недостатність (OR=7,5; 95% CI 0,7-78,4). Найчастіше аномалії сечової системи діагностували у плодів чоловічої статі (OR=11,2; 95% CI 0,6-220,2).

Таким чином, за поширеністю аномалій розвитку органів сечової системи займають п'яте місце (2,19%) серед усіх вад. Серед плодів чоловічої статі дані аномалії траплялися частіше (59,3%) ніж у плодів жіночої статі (40,7%).

Найбільш поширеним є гідронефроз (37,1%). Чинниками ризику розвитку аномалій сечової системи були: стать плоду - чоловіча, вік вагітної (до 20 років), друга і третя вагітність, фетоплацентарна недостатність, обвиття пуповиною ший плоду, маловоддя та місце проживання вагітної (гірські райони).

Сажин С.І.

ОКРЕМІ КЛІНІЧНІ ЧИННИКИ РИЗИКУ НЕДОСЯГНЕННЯ КОНТРОЛЮ НАД БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ У ДІТЕЙ З АТОПІЧНИМ ФЕНОТИПОМ ЗАХВОРЮВАННЯ

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

Упродовж останніх років рівень госпіталізації та смертності від бронхіальної астми (БА) у світі вірогідно зменшився, проте, з'явилися та загострилися інші клінічні проблеми. Однією з таких проблем вважають високий рівень неконтрольованої та частково контрольованої БА. Науковці наводять різноманітні причини цього явища - низька прихильність до лікування, недостатнє сприйняття пацієнтами свого стану, наявність резистентних до терапії фенотипів хвороби, генетичний поліморфізм, ремоделювання дихальних шляхів тощо.

Метою роботи було проаналізувати взаємозв'язки характерних симптомів атопічної бронхіальної астми та окремих клінічних показників у дітей шкільного віку для оптимізації призначення базисного лікування.

На базі пульмо-алергологічного відділення обласної дитячої клінічної лікарні (м. Чернівці) обстежено 38 дітей, хворих на бронхіальну астму. Критеріями входження в дослідження вважали: вік дитини від 6 до 17 років, діагностована персистуюча БА, тривалість хвороби не менше трьох місяців, наявність інформаційної згоди батьків та дітей, обтяжений алергопатологією сімейний анамнез, позитивні шкірні алерготести з не бактерійними алергенами.

Вивчали клінічні характеристики захворювання (частоту денних та нічних симптомів, наявність обмежень фізичної активності, кількість використання швидкодіючих β_2 -адреноміметиків, частоту загострень). Аналіз взаємозв'язків окремих чинників визначали за допомогою кореляційного аналізу з достовірністю критерію на рівні 0,05 та нижче.

Серед пацієнтів з атопічною БА частота симптомів захворювання мала наступні взаємозв'язки з анамнестичними характеристиками. Тяжкість перебігу БА вірогідно прямо корелювала з частотою застосування бронхолітиків ($r=0,41$, $p<0,05$) та кількістю загострень ($r=0,39$, $p<0,05$). Тривалість захворювання мала позитивний вірогідний зв'язок з епізодами використання селективних β_2 -агоністів короткої дії ($r=0,46$) та кількістю загострень упродовж останнього року ($r=0,50$), (в усіх випадках $p<0,05$).