МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

М А Т Е Р І А Л И
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 – ї 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 – ї 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. Іващук 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 Тащук 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

дітей. Зниження у плазмі крові рівня загального білка та альбумінів, підвищення рівня білірубіну, 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 склала 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 діагностувалася у плодів жіночої статі, в той час, як щілина хребта (ВШ=1,1, [0,5-2,7]) та синдром Арнорльда-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 Арнорльда-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 преконцепційної 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 походженні, 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 Вижницький 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 шиї плода (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 шиї плода (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 аномалії 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 шиї плода, 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 $p<0,05$).