

**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



непозбавлених батьківських прав батьків, становив 45,2% у 2011 році та 50% - у 2012 році порівняно з: 23,1% у 2008 році ($P<0,05\%$), 26,3% у 2009 році ($P<0,05\%$) та 20,4% у 2010 році ($P<0,05\%$).

Аналіз наведених вище даних показує скорочення кількості вихованців ОСБД м. Чернівці у 2,5 рази протягом останніх п'яти років, а саме зменшення з 65 дітей в 2008 році до 26 вихованців в 2012 році, що асоціювало зі зростанням більше ніж у два рази суми виплат при народженні дітей протягом звітного періоду. Водночас, зменшення кількості дітей в ОСБД м. Чернівці відбувалося переважно за рахунок збільшення частки вибувливих вихованців, а кількість поступивших дітей залишається досить стабільною (27-43 дітей) протягом останніх років. Незважаючи на щорічне збільшення розмірів фінансової допомоги держави при народженні дітей, основна частина з якої виплачується на першому році життя дитини, за звітний період спостерігається чітка тенденція до прийому більшості (54,6%-62,8%) дітей в сиротинці саме у віковий період від 0 до 12 місяців. В останні роки вдвічі збільшився відсоток дітей - соціальних сиріт за живих та непозбавлених батьківських прав батьків: з 23,1% ($P<0,05\%$) в 2008 р. до 45,2% в 2011 р. та 50% ($P<0,05\%$) - в 2012 р.

Остапчук В.Г., Сорокман Т.В.

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

*Кафедра педіатрії та медичної генетики
Буковинський державний медичний університет*

Виразкова хвороба (ВХ) – найбільш серйозна патологія гастроуденальної ділянки в дітей, що поєднує в собі найвищий прояв хронічного запального процесу з деструкцією слизової оболонки (СО) шлунка та/або дванадцятипалої кишки (ДПК). У зв'язку з цим захворювання слід розглядати як тяжкий патологічний процес всього організму, що порушує його гомеостаз, а не як локальне ураження гастроуденальної ділянки. Багаторічні спостереження за дітьми, хворими на ВХ, свідчать про особливості виразкоутворення в дитячому віці. Незважаючи на безліч теорій та концепцій, що пояснюють механізм виникнення і розвитку ВХ та безпосереднього вогнища деструкції СО, жодна з них у повній мірі не пояснює цей складний процес.

Метою роботи було вивчення спектру клінічно-ендоскопічних проявів ВХ у дітей різних вікових груп та залежно від наявності гелікобактерної інфекції.

Обстежено 90 дітей, хворих на ВХ віком 7-18 років, які знаходились на стаціонарному лікуванні в гастроентерологічних відділеннях МДКЛ та ОДКЛ м. Чернівці. Залежно від віку діти розподілені на групи: 7-11 років (16 осіб) та 12-18 років (74 осіб). Верифікацію діагнозу проводили відповідно до протоколів МОЗ України зі спеціальності «Дитяча гастроентерологія». Статистична обробка отриманих даних проводилася за допомогою пакету комп'ютерних програм «Statistica 6.0».

При аналізі отриманих даних відмічено, що середній вік виникнення захворювання становив $(13,5\pm 2,1)$ років. Причому ВХ ДПК виникала в більш ранньому віці, ніж ВХ шлунка (середній вік виникнення – $(12,3\pm 2,3)$ та $(14,7\pm 1,8)$ років відповідно). Аналіз вікової структури виникнення захворювання встановив зростання кількості хворих на ВХ із віком. Так, вірогідно частіше захворювання діагностували в дітей у віковій підгрупі 12-18 років ($p<0,01$). Така ж тенденція спостерігалася і у дітей із гелікобактер-асоційованою ВХ ($p<0,01$). Варто зазначити, що в дітей із сімей, в яких діагностовано гелікобактер-асоційовані захворювання, ВХ виникала в більш ранньому віці щодо пацієнтів із гелікобактер-негативних сімей ($(11,1\pm 0,9)$ та $(13,8\pm 0,3)$ років відповідно, $\eta=0,58$, $p<0,05$). Аналіз частоти виявлення основних клінічних синдромів захворювання залежно від віку та наявності гелікобактерної інфекції не виявив вірогідної різниці в їх розподілі: в осіб обох вікових груп та незалежно від наявності *H. pylori* на першому місці за частотою ознак був больовий синдром, на другому – диспепсичний, на третьому – астеновегетативний ($p>0,05$). Однак встановлено певні вікові особливості клінічно-ендоскопічних проявів захворювання. Так, у дітей обох груп переважає гелікобактер-асоційована ВХ з домінуючою локалізацією виразки в ДПК. Перебіг ВХ вирізняється залежно від віку: у дітей 7-11 років біль помірної інтенсивності, нетривалий, локалізується у навколопупковій ділянці, виникає після прийому їжі та зникає самостійно, переважають дискінетичний варіант диспепсії, астеничний синдром, поодинокі виразки, поверхневий гастроуденіт, I-II ступінь активності запалення, помірна гіперацидність; у дітей 12-18 років біль інтенсивний, тривалий, локалізується в епігастрії та пілоруденальній ділянці, виникає натще, зникає після прийому їжі або антисекреторних засобів, переважають виразкоподібний варіант диспепсії, парасимпатикотонія, II-III ступінь активності запалення, нодулярний гастроуденіт, виражена гіперацидність, у 5,0 % – ускладнення та у 7,1 % – безсимптомний перебіг. Вікових особливостей перебігу залежно від наявності *H. pylori* не виявлено.

Таким чином, проведені дослідження підтверджують дані щодо вікової гетерогенності виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки в дітей.

Перижняк А.І., Годованець О.С., Макарова О.В., Дроник Т.А.

МАРКЕРИ ГІПОКСИЧНОГО ПОШКОДЖЕННЯ ОРГАНІЗМУ НОВОНАРОДЖЕНИХ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНІЙ ПАТОЛОГІЇ

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

Одним з основних способів неспецифічного захисту життєздатності органів і тканин є активність антиоксидантних систем, що забезпечують стійкість живих клітин до вільнорадикального пошкодження. Будь-



які стресорні реакції організму супроводжуються станом окисного стресу, в тому числі при порушенні функціонального стану серцево-судинної системи на фоні перинатальної патології у новонароджених. Порушення в системі перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) і антиоксидантної активності (АОА) є одним з механізмів формування антиоксидантної недостатності внаслідок надмірного посилення ПОЛ. У результаті активації ПОЛ та накопичення вільних радикалів відбувається порушення структурно-функціональної цілісності клітинних мембран, звільнення лізосомальних ферментів, що в кінцевому підсумку призводить до патологічних процесів у клітині і організмі в цілому. Баланс показників вільнорадикального окислення (ВРО) і антиоксидантної системи захисту (АОСЗ) є однією з ланок фізіологічної адаптації організму дитини при народженні.

Мета дослідження - проведення аналізу показників системи СРО і АОСЗ у новонароджених з проявами кардіоваскулярних порушень в умовах перинатальної 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 склали 55 новонароджених, що мали фізіологічний перебіг раннього неонатального періоду.

З метою вивчення показників про- та антиоксидантної системи визначено показники системи ВРО (рівень малонового альдегіду (МА) в еритроцитах, окислювальної модифікації білків (ОМБ) у плазмі крові і показників АОСЗ організму (активність глюкозо-6-фосфатдегідрогенази (Гл-6- ФДГ) , глутатіон-пероксидази (ГП) і глутатіон-редуктази (ГР) в еритроцитах, рівень церулоплазміну (ЦП), HS-груп, а також активність каталази (КТ), глутатіон-S-трансферази (GST), γ -глутамілтрансферази (ГГТ) в плазмі крові). Аналізи виконані за загальноприйнятими методиками на базі лабораторії кафедри медичної хімії Буковинського державного медичного університету.

Нами відмічені суттєві відхилення в системі антиоксидантного захисту у новонароджених, які мали відмінності відповідно ступеня тяжкості перинатальної патології. Середня тяжкість стану новонароджених супроводжувалася збільшенням рівня ЦП. Так, якщо у ІІ групі показник складав $259,2\pm 12,96$ мг/л, у дітей ІА групи – $434,5\pm 21,73$ мг/л, $p<0,05$. Також спостерігалось підвищення активності КТ та GST: в ІА групі – $29,8\pm 1,49$ мкмоль/хв/л та $16,4\pm 0,82$ мкмоль/хв/мг білку проти $12,8\pm 0,64$ та $5,4\pm 0,27$ мкмоль/хв/мг у дітей ІІ групи, $p<0,05$.

Рівень Гл-6- ФДГ у сироватці крові новонароджених ІА та ІВ груп був значно вищим, ніж у здорових новонароджених. Так, якщо контрольні показники складали $6,4\pm 0,32$ мкмоль/хв. Нв, при середньому стану новонароджених активність складала $11,8\pm 0,59$ мкмоль/хв. Нв, $p<0,05$. Також в ході дослідження було відзначено підвищення рівня ГП і ГР в еритроцитах при зниженні рівня HS-груп в плазмі крові $0,9\pm 0,05$ мкмоль/л в ІІ групі та $0,5\pm 0,03$ мкмоль/л ІА групи відповідно.

При патології важкого ступеня у дітей ІВ групи зазначалося: значне зменшення рівня ЦП - $163,8\pm 8,19$ мг/л, $p<0,05$, зниження активності GST в плазмі $10,5\pm 0,53$ мкмоль/хв/л ($p<0,05$), при зростанні порівняно з попередньою групою, активністю каталази $43,1\pm 2,16$ мкмоль/хв/л ($p<0,05$). Відмічено також зменшення активності Гл-6- ФДГ, ГП і ГР в еритроцитах новонароджених ІВ групи: $4,3\pm 0,22$ мкмоль/хв.Нв; $83,7\pm 4,14$ мкмоль/хв. Нв та $3,6\pm 0,18$ мкмоль/хв. Нв ($p<0,05$), при значному зниженні рівня HS-груп плазми $0,3\pm 0,02$ мкмоль/л.

Таким чином, за наявності кардіоваскулярних порушень у новонароджених в умовах перинатальної патології на тлі пологового оксидативного стресу виявлено дисбаланс показників вільнорадикального окислення та антиоксидантної системи захисту організму. Більш істотним дисбалансом у бік підвищення активності прооксидантної системи при недостатності ланок антиоксидантного захисту характеризуються випадки перинатальної патології важкого ступеня тяжкості. Своєчасна діагностика порушень ланок системи ВРО / АОСЗ сприятиме вдосконаленню методів прогнозування та діагностики важких форм дизадаптації новонароджених в ранньому неонатальному періоді.

Попелюк Н.О., Попелюк О.-М.В.*

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ХРОНІЧНОЇ ГАСТРОУДЕНАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ

*Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини
Кафедра анатомії людини ім. М.Г.Туркевича*
Буковинський державний медичний університет*

За останні тридцять років спостерігається стрімке зростання гастроентерологічної патології у дітей. За даними Державного комітету статистики України серед дітей віком до 17 років зареєстровано 1 240 132 випадків захворювання органів травлення, що становить приблизно 148,95 %. За поширенням захворювання органів травлення займають друге місце після захворювань органів дихання.

В структурі гастроентерологічних захворювань у дітей переважають хвороби органів гастроуденальної зони: частота хронічного гастриту і гастроуденіту в цілому по країні становить 31,09 %. Враховуючи те, що хронічна гастроуденальна патологія супроводжується низкою послідовних змін, які призводять до формування раку шлунка та кишечника, пацієнти потребують особливої уваги під час надання лікувально-профілактичної допомоги. Найбільш доведеним фактором розвитку запальних та деструктивних захворювань гастроуденальної зони є специфічний інфекційний агент *Helicobacter pylori*. Інфікування зазвичай відбувається у дитячому віці, тому захворювання верхніх відділів травної системи у дітей переважно асоційовані з *Helicobacter pylori* (Hр). Актуальність цієї проблеми диктує необхідність своєчасної діагностики