



патогенетичної терапії – антибіотиків, представників напівсинтетичних пеніцилінів, цефалоспоринів II-III поколінь та препаратів фторхінолонового ряду, як стартової антибактеріальної терапії у зв'язку із підвищенням регіональної антибіотикорезистентності уропатогенів до цих препаратів. Подальшу корекцію антибактеріальної терапії хвороб групи «Інфекції нирок» слід проводити враховуючи дані регіонального моніторингу щодо антибіотикорезистентності основних груп уропатогенів, що циркулюють серед дитячого населення Чернівецької області. При неускладненій інфекції сечової системи у дітей доцільно уникати застосування антибіотиків широкого спектра дії і використовувати, для лікування та профілактики, альтернативні заходи – антибактеріальні препарати рослинного походження або використання спеціалізованих урологічних вакцин.

**Безруков Л.О.**

### **ЧИ ВПЛИВАЄ ВМІСТ УЛЬТРАМАЛИХ ЧАСТОЧОК РОЗМІРОМ 10-20 НМ В АТМОСФЕРНОМУ ПОВІТРІ НА ПЕРЕБІГ НЕОНАТАЛЬНОГО СЕПСИСУ У ДІТЕЙ?**

*Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Проблема неонатального сепсису й надалі займає одне з провідних місць у неонатальній практиці, а удосконалення діагностики та лікування сепсису у новонароджених залишається актуальною метою сучасної неонатології.

Метою роботи було оцінити вплив вмісту ультрамалих часточок розміром 10-20 нм в атмосферному повітрі на перебіг неонатального сепсису у дугей.

Для оцінки впливу вмісту ультрамаленьких часточок (УМЧ) в атмосферному повітрі під час внутрішньоутробного розвитку новонароджених, які захворіли на сепсис, проаналізовані ключові його показники перебігу. I групу сформували 17 хворих неонатальним сепсисом в яких в один з вказаних періодів вміст УМЧ розміром 10-20 нм у повітрі перевищував 1,0. У II групу увійшли 35 новонароджених з сепсисом у яких в одному з вказаних періодів вміст часточок 10-20 нм в атмосферному періоді був менше 1,0.

Отримані дані свідчать про те, що вміст в атмосферному повітрі УМЧ величиною 10-20 нм в період внутрішньоутробного розвитку дітей суттєво не впливає на їх гестаційний термін та гостру адаптацію до умов поза утробного життя.

Тривалість лікування в стаціонарі новонароджених вказаних клінічних груп суттєво не відрізнялась і склала в середньому в I підгрупі - 43,9±6,2 діб та в II підгрупі - 42,2±2,6 діб (p>0,05). Відмічено, що у дітей першої підгрупи при лікуванні сепсису штучна вентиляція легень в середньому використовували 9,7±0,3 (95%ДІ 6,5-13,0) діб, а інотропні препарати - впродовж лікування 2,4±0,3 (95%ДІ 1,6-3,1) діб. В групі порівняння тривалість вказаних методів інтенсивного лікування склала в середньому 10,4±1,9 (95%ДІ 6,1-14,7) дітей (p>0,05) та 2,7±0,3(95%ДІ 1,2-4,1) діб (p>0,05) відповідно.

Несприятливі екологічні стимули в будь-якому періоді життя внутрішньоутробного розвитку можуть викликати зміни в імунній системі новонароджених. Так у дітей I групи, відмічається певний дисбаланс маркерів системної запальної відповіді організму на інфекцію у вигляді суттєвого зниження протизапального Іл-10. У цих же хворих відмічено підвищений вміст в сироватці крові пресепсина, який відображає зменшення фагоцитарної активності фагоцитів. Так в I підгрупі вміст пресепсину склав 907,1± 198,2 пг/ мл, а в групі порівняння 672,6 ±152, 4 пг/мл (p>0,05). Вміст в сироватці крові імуноглобулінів А, G, М в групах порівняння суттєво не відрізнявся. Так в перший день захворювання сепсисом у хворих I групи вміст Іg А склав 1,26±0,29г/л, Іg G -5,54±1,1 гл та Іg М – 0,52±1,1 г/л. У хворих II групи вміст в сироватці крові цих імуноглобулінів відповідно склав: Іg А -1,1±0,19г/л, Іg G - 4,69±0,61 г\л та Іg М – 0,49±0,05 г/л (p>0,05).

Таким чином, несприятливі екологічні фактори в період внутрішньоутробного розвитку можуть викликати структурні зміни в органах, метаболічні порушення і



епігенетичні зміни, що, в цілому, це сприяє більш тяжкому перебігу захворювання у новонароджених.

**Буринюк-Глов'як Х.П.**

## **ОСОБЛИВОСТІ РЕГУЛЯЦІЇ ОКРЕМИХ ГОРМОНІВ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ**

### **ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ КОНТРОЛЮ ЗАХВОРЮВАННЯ**

*Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Бронхіальна астма (БА) залишається актуальною проблемою сьогодення, кількість дітей із діагнозом БА зростає щороку та значно погіршує якість життя пацієнта а іноді призводить до інвалідизації. У зв'язку з цим дане захворювання потребує подальшого вивчення.

Метою нашого дослідження було вивчити показники регуляції обміну кальцію та глюкози, а також кортизол-продукуючу функцію наднирників, за різного ступеня контрольованості захворювання, для оптимізації результатів базисного лікування бронхіальної астми у дітей шкільного віку.

Комплексно обстежено когорту зі 65 дітей шкільного віку, хворих на бронхіальну астму (БА). Середній вік хворих становив  $11,43 \pm 0,39$  року, дітей старше 12 років (43,08%), третину становили школярі віком від 10 до 12 років (32,31%), а найменше було пацієнтів віком 6-10 років (3,07 %), які сформували клінічні групи залежно від бальної оцінки контролю захворювання. Визначали: стан регуляції обміну глюкози за вмістом антитіл класу IgG до інсуліну, концентрацію кортизолу та паратгормону у сироватці крові.

Показано, що концентрація паратгормону у сироватці крові хворих I групи становила в середньому  $3,16 \pm 1,0$  пг/мл, а у II групі –  $4,0 \pm 0,8$  пг/мл ( $P > 0,05$ ). Статистично значимими виявилися розбіжності за показниками регуляції вуглеводного обміну та синтезу кортизолу у представників груп порівняння. Так, антитіла до інсуліну у сироватці крові у хворих основної групи виявлялися в концентрації  $32,56 \pm 6,02$  Од/мл, у дітей із контрольованою БА – у  $20,1 \pm 0,9$  Од/мл, а концентрація кортизолу відповідно становила  $107,5 \pm 27,2$  нг/мл та  $45,0 \pm 1,3$  нг/мл (в усіх випадках  $P < 0,05$ ).

Установлені кореляційні статистично значимі зв'язки вмісту паратгормону в сироватці із тривалістю застосування системних ГКС під час нападів БА ( $R = 0,72$ ), а кортизолу – з дозою швидкодіючих  $\beta_2$ -агоністів ( $R = 0,32$ ), а також застосованими пролонгованими  $\beta_2$ -агоністами ( $R = -0,54$ ). Слід зазначити, що високі титри антитіл класу IgG до інсуліну ( $> 20$  Од/мл) у сироватці крові асоціювали з підвищеним ризиком неконтрольованого перебігу БА.

Таким чином у дітей із контрольованим перебігом БА пригнічується глюкокортикостероїд-синтетична функція наднирників. При неконтрольованому перебігу зростає ризик наявності високих титрів антитіл класу IgG до інсуліну. Кореляція вмісту паратгормону непрямо підкреслює наявність остеопенії та остеопорозу у хворих дітей.

**Буряк О.Г.**

## **ГОСТРА ГІПОКСІЯ ЯК ФАКТОР АКТИВАЦІЇ ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСНЕННЯ НА ТЛІ ПОРУШЕННЯ АДАПТАЦІЇ ДИТИНИ ПІСЛЯ НАРОДЖЕННЯ**

*Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Патофізіологічним компонентом розвитку критичного стану будь-якої етіології є активація вільнорадикальних процесів в тканинах і органах хворого, ініціаторами яких виступають переважно активні форми кисню (АФК). При патологічних станах різного генезу, цей баланс порушується в бік неконтрольованої генерації АФК, що призводить до