

**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



Одним з основних завдань у загальноосвітньому навчальному закладі є зміцнення здоров'я учнів, виховання у дітей культури здоров'я, особистісних якостей, які сприяють його збереженню та зміцненню, формування засад здорового способу життя.

Аналіз динаміки показників за 2008-2013 роки свідчить, що кількість дітей у основній групі занять фізичною культурою після запровадження проби Руф'є зменшилась з 81,4% до 30,6%, а в підготовчій та спеціальній групах зростає з 11,1% до 43,3% та з 6,7% до 25,8% відповідно. І з кожним роком кількість школярів, які допускаються до занять фізичною культурою в основній групі зменшується. Звертає на себе увагу, що в підготовчу групу окрім дітей, які знаходились в періоді реабілітації (37,7%), потрапили діти практично здорові – 11,3%, які при огляді не мали ознак захворювання, але мали знижені показники толерантності до фізичних навантажень за результатами проби Руф'є.

Проведено порівняння показника індексу Руф'є (IP) в різних групах дітей за окремими факторами. В групі дітей з хронічними захворюваннями бронхолегеневої системи показник IP був вірогідно вищий і склав $8,24 \pm 2,5$ проти $6,75 \pm 2,7$ у здорових дітей, що свідчить про зниження функціонально-резервних можливостей системи кровообігу дітей з хронічною бронхолегеневою патологією. У дітей із обтяженим сімейним анамнезом по захворюванням системи кровообігу показник IP був вищий ($10,75 \pm 1,05$), ніж в групі дітей без ознак захворювань в сім'ї ($7,81 \pm 2,4, p < 0,05$). Паління дітей призводить до зниження адаптаційно-резервних можливостей серцево-судинної системи дітей і супроводжується зростанням IP – $9,15 \pm 2,38$ проти $7,92 \pm 2,47$ у школярів, які не палять. Особливий негативний вплив має вживання алкогольних та енергетичних напоїв на показник IP, що проявляється вірогідною різницею $10,07 \pm 2,38$ проти $3,67 \pm 1,05$ ($p < 0,05$).

Позитивно впливає на функціональний стан серцево-судинної системи заняття ранковою гімнастикою. Так, в групі дітей, які регулярно проводять комплекс ранкової гімнастики IP був вірогідно нижчий, ніж у дітей, які не роблять ранкової гімнастики ($3,57 \pm 2,5$ проти $10,07 \pm 2,3, p < 0,05$).

При зниженні показника гемоглобіну зростає кількість дітей з низькими показниками функціонально-резервних можливостей серцево-судинної системи дитини. Таким чином, анемічний синдром є фактором ризику зниження функціонально-резервних можливостей серцево-судинної системи школярів.

За результатами проведеного профілактичного огляду школярів у 2013 році в 27 дітей було діагностовано зміни на ЕКГ у вигляді порушень ритму, порушень провідності (WPW-синдром). У 13 дітей виявили структурні зміни в серці (пролапс мітрального клапану, додаткові хорди). Під час профілактичних оглядів у 35 школярів виявлено патологію щитоподібної залози.

Таким чином, індекс Руф'є є інформативним для визначення адекватності фізичних навантажень на організм дитини. Результати досліджень є невтішними та свідчать про низький рівень фізичної підготовленості й адаптаційних можливостей дітей шкільного віку. Факторами ризику зниження адаптаційно-резервних можливостей системи кровообігу під час фізичних навантажень дітей є комплекс медичних чинників – обтяжений сімейний анамнез, бронхолегеневі захворювання, анемії. Серед мікросоціальних факторів вагомими є паління, високі учбові навантаження, незбалансоване харчування, гіподинамія.

Нечитайло Д.Ю., Міхєєва Т.М.

МЕТОДОЛОГІЯ ПРОВЕДЕННЯ ДОБОВОГО МОНІТОРИНГУ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ПІД ЧАС ДРУГОГО ЕТАПУ СКРИНІНГОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

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

За даними академіка В.Г. Майданника кількість дітей з передгіпертензією та гіпертензією з кожним роком невпинно зростає. При несвоєчасному виявленні артеріальної гіпертензії у дітей даний процес затягується і призводить до хронізації хвороби у старшому віці. Тому дуже важливим є виявлення артеріальної гіпертонії на стадії передгіпертензії для того, щоб провести своєчасну корекцію і не допустити розвитку гіпертонічної хвороби. Нажаль не всі діти, які мають подібну проблему потрапляють у поле зору дільничних педіатрів. Однією з можливостей виявлення артеріальної гіпертонії у дітей є проведення масового скринінгового дослідження артеріального тиску у дитячих навчальних закладах. Під час першого етапу скринінгового дослідження проведено відбір дітей у яких відмічалось підвищення вікових показників артеріального тиску вище 95 перцентилі. У подальшому ці діти були направлені на 2-й етап скринінгового дослідження, який включає в себе добовий моніторинг артеріального тиску.

Мета дослідження – проведення добового моніторингу артеріального тиску у школярів під час другого етапу скринінгового дослідження серцево-судинної системи.

Було обстежено 60 дітей шкільного віку. Умовно всіх школярів розділили на 2 групи: 1-шу групу склали діти з наявною хронічною гастроудоденальною патологією, які лікувались у гастроентерологічному відділенні КМУ МДКЛ м. Чернівці (30 дітей); 2-гу групу – здорові діти (30 дітей).

Методика добового моніторингу артеріального тиску полягає в тому, що спочатку з дитиною проводиться роз'яснювальна бесіда. Лікар спокійно пояснює дитині суть методу та його особливості. У подальшому дослідник підбирає розмір манжети відповідно віку дитини. Манжета накладається на ліве плече на 1 см вище ліктьового згину. Сам апарат в спеціальному чохла фіксується 2 ремінцями і підганяється по розмірам навколо поясу так, щоб він дитині не заважав. З моменту включення апарату він залишається на пацієнті впродовж доби. Кратність вимірювань артеріального тиску становить: кожні 30 хвилин в денний час та кожні 2 години в нічний час. Після закінчення добового моніторингу апарат знімається, дані



синхронізуються з комп'ютером для подальшого аналізу. Ця методика дає можливість спостерігати за добовими коливаннями артеріального тиску, виявити співвідношення артеріального тиску у денний та нічний час, а також набагато достовірніше виявити передгіпертензію чи гіпертензію. Крім того великою перевагою цієї методики є те, що вона фактично усуває псевдо позитивний результат, тобто коли у дитини спостерігаються підвищені показники артеріального тиску при одноразовому вимірюванні, як наслідок на стресову ситуацію під час першого візиту в лікаря.

При обстеженні 1-ї групи дітей передгіпертензію було виявлено у 11 дітей, гіпертензію - у 3 дітей; при обстеженні дітей 2-ї групи передгіпертензію виявлено у 7 дітей, гіпертензію - у 2 дітей.

Проведення добового моніторингу артеріального тиску під час скринінгового дослідження дає можливість остаточно виявити дітей з передгіпертензією та гіпертензією і сформувати групу ризику по розвитку в майбутньому гіпертонічної хвороби.

Ортеменка Є.П., Руснак Т.І.

СИРІТСТВО НА БУКОВИНІ: АНАЛІЗ П'ЯТИРІЧНОЇ ДИНАМІКИ РУХУ КОНТИНГЕНТУ ЧЕРНІВЕЦЬКОГО ОБЛАСНОГО СПЕЦІАЛІЗОВАНОГО БУДИНКУ ДИТИНИ

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

Сирітство залишається актуальною медико-соціальною та психолого-педагогічною проблемою у всьому світі, а чисельність дітей, які залишились без піклування батьків та знайшли прийомну сім'ю, є індикатором економічної стабільності держави і соціальної свідомості та лояльності суспільства до сиріт та їх проблем. У 2011 році частка дітей, що залишились без батьківського піклування (від загального населення), становила в Росії 0,46% (654300 при чисельності населення 142,9 млн.) та лише 0,13% у США (408000 дітей з 308,7 млн. населення). В Україні загальною кількістю дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, поступово зменшується останніми роками (від 103542 у 2008 році до 92865 дітей у 2012 році). Проте, зважаючи на одночасне поступове зменшення дитячого населення за звітний період в нашій державі, таке благополуччя виявляється удаваним, а відсоток сиріт залишається стабільним останніми роками в межах 1,2% (1,24 в 2008 році відносно 1,16% - в 2012 році). При цьому, у східних регіонах частка сиріт становить 1,8-2,2% від загальної кількості дітей, проте в західних – лише 0,5%. Несприятливою особливо є статистика в Дніпропетровській та Донецькій областях, а найгіршою - в Миколаївській області (2,2%, що становило 4,5 тисячі дітей). Незважаючи на те, що західні області (Тернопільська, Чернівецька та Львівська) статистично визначалися як ті, в яких «практично немає дітей-сиріт», за сухими «благополучними» цифрами приховуються долі сотень дітей. Так, у 2010 році дитяче населення віком 0-17 років у Чернівецькій області становило 187560 дітей, з яких «всього 0,5%» - це діти-сироти та діти, позбавлені батьківської опіки, проте в абсолютних цифрах - це 937 дітей.

Метою дослідження було проаналізувати динаміку руху контингенту обласного спеціалізованого будинку дитини (ОСБД) м. Чернівці за п'ять років.

На підставі річних звітів будинку дитини (форма № 25) проведений аналіз руху контингенту ОСБД м. Чернівці за п'ятирічний період (2008-2012 рр.). У процесі роботи використовувалися також демографічні показники України за даними Державної служби статистики України та показники діяльності педіатричної служби Чернівецької області. Одержані результати дослідження аналізувалися за допомогою комп'ютерних програм «Statistica 5 StatSoft Inc.» та «Excel XP» для Windows на персональному комп'ютері з використанням параметричних і непараметричних методів обчислення.

Аналіз отриманих даних показує невпинне скорочення кількості вихованців ОСБД протягом останніх п'яти років, а саме зменшення у 2,5 рази з 2008 року (65 дітей) до 2012 року (26 дітей). З одного боку, можливо, це пов'язане зі зменшенням чисельності дитячого населення (з 192216 дітей у 2008 році до 184900 осіб в 2012 році) та народжуваності (з 12,28% у 2008 році до 12,05% у 2012 році) у Чернівецькій області. Водночас, дворазове збільшення суми виплати при народженні дітей у 2008 році (12240 гривень при народженні першої дитини) порівняно з 2012 роком (22582 гривень), асоціовало зі зменшенням кількості дітей в Чернівецькому ОСБД з 65 осіб у 2008 році до 26 вихованців у 2012 році. Зареєстрований нами вірогідний зворотній кореляційний зв'язок розміру соціальної виплати на третю та наступну дитину в Україні та кількості дітей в Чернівецькому ОСБД ($r = -0,9, P < 0,05$) непрямо підтверджував думку щодо позитивного впливу фінансової державної допомоги батькам при народженні дітей на зменшення кількості соціальних сиріт в Україні.

Аналіз динаміки контингенту будинку дитини за звітний (2008-2012 рр.) період вказує на те, що зменшення кількості дітей в ОСБД м. Чернівці відбувається не за рахунок зменшення осіб, які поступили у заклад, а переважно завдяки збільшенню кількості вихованців, які вибули з сиротинця. Так, за звітний період, в ОСБД м. Чернівці поступили, в середньому від 27 до 43 дітей, а вибули з закладу – від 37 до 51 дошкільнят. Водночас за звітний період спостерігається чітка тенденція до прийому в сиротинець більшості (54,6%-62,8%) дітей у віковий період від 0 до 12 місяців, коли виплачується лівова частка соціальних субсидій, що, напевне, свідчить не тільки про економічну складову відмови батьків від піклування про дітей. Про те, що державна субсидія при народженні дитини в Україні не вирішує усіх соціальних та економічних проблем родини свідчить і той факт, що, незважаючи на значне підвищення суми виплат в останні звітні (2011-2012) роки, саме в ці періоди значно зростає частка вихованців ОСБД, у яких є батьки, але вони оформили власних дітей на тимчасове утримання в державному закладі внаслідок певних сімейних обставин (переважно через скрутне становище піклувальників). Так, в ОСБД м. Чернівці відсоток дітей – соціальних сиріт за живих та



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, $t = 0,58$, $p < 0,05$). 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 навколупупковій 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 окисативного 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