



Матеріали 97-ї підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу ВДНЗУ «БДМУ»

Міністерство охорони здоров'я України  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»

# МАТЕРІАЛИ



97-ї підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
Вищого державного навчального закладу України  
«Буковинський державний медичний університет»

15, 17, 22 лютого 2016 р.



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ  
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



## **МАТЕРІАЛИ**

**97 – ї**

**підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
вищого державного навчального закладу України  
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

**15, 17, 22 лютого 2016 року**

**Чернівці – 2016**



УДК 001:378.12(477.85)  
ББК 72:74.58  
М 34

Матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – \_\_ с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 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 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.  
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 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний університет, 2016

**СЕКЦІЯ І**  
**ОСНОВИ МОРФОЛОГІЇ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ І ТВАРИН, АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ**  
**ПАТОЛОГІЧНОЇ АНАТОМІЇ ТА СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ**

**Антонюк О.П.**  
**МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ БУДОВИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ В**  
**НОВОНАРОДЖЕНИХ.**

*Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича*  
*Вищий державний навчальний заклад України*  
*«Буковинський державний медичний університет»*

Морфологія атрезії тонкої кишки зумовлена багатьма факторами, зокрема поліетіологічною патологією. Проблеми морфології атрезії кишки, зумовлена практичним значенням проблеми. Реконструктивні операції, які мають за мету усунути механічну непрохідність, викликану атрезією кишки, повинні здійснюватися тільки у межах здорових, тобто функціонально повноцінних тканин. Саме тому необхідно чітко визначити межу між функціонально повноцінною та зміненою частиною кишки, що неможливо без знання морфології атрезії кишки.

Серед оклюзії дистальної частини дванадцятипалої кишки переважають стенози, проксимальної атрезії; в середньому відділі розподіл цих вад приблизно рівне. Атрезії на рівні великого сосочка дванадцятипалої кишки можуть супроводжуватися розширенням загальної жовчної протоки і носять назву Т-подібних. Серед супрапапілярних форм переважає атрезія у вигляді вільних ізольованих сліпих кінців; нижче великого сосочка дванадцятипалої кишки частіше спостерігається мембранозна форма.

Стенози являють собою перфоровану мембрану або гіпоплазовану ділянку дванадцятипалої кишки, іноді з різким порушенням диференціювання її стінки. Некроз розвивається не тільки в паренхіматозних елементах тканин і органів, але і в їх стромі. При цьому руйнуються як клітини стромы, так і нервові закінчення і компоненти екстрацелюлярного матриксу. Розщеплення ретикулярних, колагенових і еластичних волокон відбувається за участю нейтральних протеаз (колагенази, еластази), глікопротеїдпротеаз, ліпідів - ліпаз. При мікроскопічному дослідженні виявляються розпад, фрагментація і лізис ретикулярних, колагенових і еластичних волокон (еластолізіс), в некротизованій тканині нерідко відкладається фібрин. Судинний некроз пов'язаний з абсолютною або відносною недостатністю циркуляції в артеріях, венах і лімфатичних судинах. Найбільш часта форма судинного некрозу зумовлена порушенням кровообігу в артеріях у зв'язку з їх тромбозом, емболією, тривалим спазмом, а також з функціональним перенапруженням органа в умовах гіпоксії. Отже, атретичні зміни дванадцятипалої кишки призводять до фіброзного переродження гіпертрофованого м'язового шару, що є наслідком декомпенсованої гіпертрофії. Розшарування м'язової оболонки, як у коловому шарі так і в поздовжньому шарі. Недостатня циркуляція в тканині викликає їх ішемію, гіпоксію і розвиток ішемічного некрозу, патогенез якого пов'язаний не тільки з гіпоксичними, але і з реперфузійними механізмами. Некротизована тканина може мати щільну і суху консистенцію, що спостерігається при коагуляційному некрозі. Тканина при цьому може піддатися муміфікації. В інших випадках мертва тканина в'яла, містить велику кількість рідини, піддається міомалізації. При мембранозній формі атрезії мембрана нагадує слизову оболонку. Товщина мембрани в ДПК коливається до 1,5 мм, а в клубовій кишці – до 0,5 мм. При атрезії ДПК відбувається потоншення її стінки (норма 4-4,1 мм, при атрезії 2-2,2 мм).

Отримані результати підтверджують клініко-анатомічну закономірність: чим вище в кишковій трубці перепона, тим важчі зміни в органі і тяжкий стан хворого. Безпосередньо ділянки атрезії з множинними вогнищами фіброзу та некрозу вказують на можливу первинність порушень розвитку кровеносних судин, що зумовило в даній ділянці ішемію з розвитком фіброзу. Це стосується всіх ділянок кишки – як тонкої, так і товстої (ободової) кишки – при атрезії з фіброзними тяжами (II тип) та повній формі атрезії (III тип). Щодо множинних ділянок атрезії (IV тип), зокрема, при синдромі "пагоди", то патологічні прояви настільки множинні і значні, що в даному разі на перший план виходить патологія розвитку кишкової трубки як такої, зокрема, порушення повороту кишки. Анатомічне переривання просвіту дванадцятипалої кишки перекривається мембраною або фіброзним тяжем. При стенозі кишки просвіт може бути звужений, але завжди більшою чи меншою мірою збережений, тоді як при атрезії відсутній на певній ділянці. Дуоденальна атрезія (або стеноз) – одна з причин природженої кишкової непрохідності. Популяційна частота атрезії цієї локалізації приблизно 1 випадок на 10000, стенозів – 1 випадок на 27000. Питома вага хворих з такою вадою померлих у віці до 1 міс. становить 1%.

**Банул Б.Ю.**  
**МОРФОГЕНЕЗ ПАРАМЕЗОНЕФРИЧНИХ ПРОТОК ТА ЇХ ПОХІДНИХ У ЗАРОДКОВОМУ ПЕРІОДІ**  
**ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ**

*Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича*  
*Вищий державний навчальний заклад України*  
*«Буковинський державний медичний університет»*

У зародків 9,5 мм ТКД між статевими залозами та мезонефральною частиною статевого гребеня виникає неглибока борозна, вистелена ціломічним епітелієм.



перебіг БА. Так, в дітей із ознаками «повільних ацетиляторів» легкий, середньотяжкий і тяжкий перебіг бронхіальної астми відзначався у 11,8%, 50,0%, 38,2% випадках відповідно. У хворих зі швидким типом ацетилювання ці показники виявилися наступними: 21% ( $p_0 > 0,05$ ), 42,1% ( $p_0 > 0,05$ ), 36,8% ( $p_0 > 0,05$ ) спостережень відповідно. Детальний аналіз основних клінічних показників контрольованості БА (кількість денних та нічних симптомів захворювання, частота використання швидкодіючих  $\beta_2$ -агоністів) дозволив припустити, що ФАПП у дітей із повільним типом ацетилювання перебігав тяжче. Так, денні симптоми хвороби турбували пацієнтів I групи > 2 разів на тиждень майже вдвічі частіше, ніж представників II групи (31,8% та 16,0% випадків відповідно;  $P_0 < 0,05$ ). Водночас, щотижневі нічні симптоми (від 1 разу на тиждень, до щоденних), що асоціювало з неконтрольованим перебігом БА, реєструвалися втричі частіше за повільного характеру ацетилювання, ніж у швидких «ацетиляторів» (13,6% та 4,0% спостережень ( $P_0 < 0,05$ )). На тяжчий перебіг фенотипу БА із пізнім дебютом вказувала і частота загострень хвороби, зокрема, щомісячні погіршення впродовж останнього року відзначали 40,9% представників I клінічної групи і лише кожен четвертий пацієнт (24,0%;  $P_0 < 0,05$ ) II групи порівняння. Таким чином, наявність повільного ацетиляторного статусу асоціює з тяжчим неконтрольованим перебігом астми пізнього початку із розвитком тяжких нападів захворювання. Показники ризику оцінки тяжкості нападу у понад 16,4 балу у 1-й день госпіталізації за повільного типу ацетилювання порівняно зі швидкими «ацетиляторами» дорівнюють: відносний ризик - 1,7 [95% ДІ: 1,1-2,8] при співвідношенні шансів - 3,5 [95% ДІ: 1,9-6,7].

Таким чином, наявність повільного типу ацетилювання в дітей з пізнім дебютом бронхіальної астми підвищує шанси розвитку тяжкої обструкції бронхів у 3,5 рази.

**Шахова О.О.**

#### **ПОКАЗНИКИ ГІПЕРСПРИЙНЯТЛИВОСТІ БРОНХІВ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ З ФЕНОТИПОМ ФІЗИЧНОГО ЗУСИЛЛЯ**

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

Бронхіальна астма фізичного зусилля (БАФЗ) розглядається як фенотип астми, що викликається фізичним навантаженням, для якого характерна бронхоспастична реакція через 10-15 хвилин після завершення фізичного навантаження, тому часто спірографічні проби з дозованим фізичним навантаженням можуть не виявляти даний фенотип, тому доцільним вважалось проаналізувати з позицій доказової медицини показники, що відображають характерний феномен захворювання, а саме гіперсприйнятливості бронхів в залежності від даного фенотипу.

Метою дослідження було оцінити показники гіперсприйнятливості дихальних шляхів у дітей, хворих на астму фізичного зусилля.

На базі пульмонологічного відділення ОДКЛ м.Чернівці обстежено 60 дітей шкільного віку з діагнозом персистувальної БА. Сформовані дві клінічні групи спостереження: перша (I) – 30 дітей із фенотипом БА фізичного зусилля (індекс бронхоспазму (ІБС) >12%), друга (II) – 30 хворих на БА без наявності фенотипу астми фізичного зусилля (індекс бронхоспазму (ІБС) <12%). Дослідження гіперсприйнятливості бронхів проводили за допомогою стандартизованого інгаляційного спірометричного тесту з гістаміном з урахуванням рекомендацій щодо стандартизації дослідження. Інгаляційна провокаційна проба з гістаміном проводилася шляхом підвищення кількості препарату до досягнення 20% зниження показника ОФВ<sub>1</sub> при максимальній концентрації провокуючої речовини.

При аналізі гіперсприйнятливості бронхів встановлена тенденція до більшої виразності даного феномена у дітей із фенотипом астми фізичного зусилля. Зокрема, ПК20Г сягала  $1,2 \pm 0,4$  мг/мл у пацієнтів I групи проти  $2,3 \pm 0,8$  мг/мл у представників групи порівняння ( $p > 0,05$ ). Відмічено, що виразна гіперсприйнятливості бронхів (ПК20Г < 0,4 мг/мл) спостерігалася більше ніж у половини хворих I клінічної групи (56%) і лише у 22% представників групи порівняння ( $p > 0,05$ ) та вказувала на відносний ризик астми фізичного зусилля 1,9 (95% ДІ 0,8-4,4) при співвідношенні шансів 4,3 (95% ДІ 1,2-15,4). Посттестова ймовірність виявлення фенотипу фізичного зусилля БА при виразній гіперсприйнятливості дихальних шляхів дорівнювала 71%.

Таким чином, показники гіперчутливості бронхів до інгаляцій гістаміну в концентрації менше 0,4 мг/мл свідчать про наявність у дітей фенотипу астми фізичної напруги, ризик якої зростає при зазначених показниках бронхопровокаційної проби з гістаміном у 4,3 рази.

**Швиґар Л.В.**

#### **ВПЛИВ ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСУ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ НА ІНДЕКС РУФ'Є**

*Кафедра педіатрії та медичної генетики  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Впродовж останніх років, після збільшення частоти трагічних випадків – смертей школярів на фізкультурі було запроваджено методику відбору дітей в групи щодо фізичних навантажень використовуючи пробу Руф'є.



Проба започаткована на основі визначення адаптації серця на дозоване навантаження (присідання) та змін ЧСС після його припинення. При оцінці збільшення частоти серцевого ритму, як правило, фокусують увагу на частоті серцевих скорочень. Для дітей, особливо молодших вікових груп, характерна значно більш висока, ніж у дорослих і дітей старшого віку, ЧСС. На цьому тлі додаткове почастищення - тахікардія добре розпізнається і практично не викликає сумнівів при інтерпретації проби. Навпаки, брадикардія рідше звертає на себе увагу оскільки значення ЧСС не завжди зіставляються з нижньою віковою межею частоти серцевого ритму. Так ритм 75-80 уд. / хв. у спокої, що однозначно свідчить про брадикардію у дітей 7-8 річного віку, відповідає нормальним значенням ЧСС у дітей більш старших (14-16 років) вікових груп.

Частота серцевих скорочень залежить не тільки від віку дитини але і балансу взаємодій власне пейсмекерного автоматизму і ряду «зовнішніх» факторів: гуморального, вегетативної іннервації і кровопостачання синусового вузла чи запальних процесів в серці.

Тож постає питання, чи відіграє роль тону вегетативної нервової системи на результати проби Руф'є.

Мета цього дослідження – визначити рівень достовірності даної проби у дітей з різним вегетативним тонусом. Для цього відібрано 75 дітей 7-14 років і поділені на 2 групи в залежності від домінування симпатичної -35 і парасимпатичної – 30 нервової системи. В якості контролю взято 25 учнів без проявів дистонії. Всім дітям, для виключення серцевої патології проведено ультразвукове обстеження серця і ЕКГ.

У результаті аналізу було відмічено, що відсоток дітей з негативною пробою прямо пропорційний віку: чим молодша дитина тим більший індекс.

У дітей з переважанням парасимпатичної нервової системи (тенденцією до брадикардії) ЧСС суттєво збільшується після присідання і повільніше відновлюється після відпочинку ніж у симпатотоніків.

Отже, без урахування вікових відмінностей і визначення висхідного тону ЦНС адекватно оцінити пробу Руф'є не представляється можливим.

**Юрків О.І.**

#### **ВИЯВЛЕННЯ ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ КИШЕЧНИКА У НОВОНАРОДЖЕНИХ**

*Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Визначення “здоров’я” для дитини будь-якого віку включає відповідність розвитку віковим нормам та можливість адекватно переборювати граничні та патологічні стани, характерні для організму впродовж росту та розвитку [Лук’янова О.М. 2005]. Концепція “здоров’я новонародженого” повинна включати поняття його оптимальної адаптації до зміни умов зовнішнього середовища та оцінку резервів адаптаційних механізмів на найближчу (перший місяць) та віддалену перспективу.

Стан динамічної рівноваги між організмом хазяїна, мікроорганізмами, що його заселяють і навколишнім середовищем прийнято називати «еубіозом», при якому здоров’я людини знаходиться на оптимальному рівні. “Дисбіоз” - це стан кишечника, який потребує своєчасної діагностики та корекції. За відсутності відповідної профілактики та своєчасного лікування клінічні прояви дисбіозу у новонароджених у ранньому неонатальному періоді можуть набувати важких клінічних форм патології в майбутньому.

Основними фізіологічними процесами, які відбуваються у шлунково-кишковому тракті є секреція, переварювання, всмоктування, моторика, активність мікрофлори та активність імунної системи. Відповідно, порушеннями вказаних функцій є порушення секреції, переварювання (мальдигестія), всмоктування (мальабсорбція), порушення моторики (дискінезія), порушення стану мікрофлори (дисбіоз, дисбактеріоз) та порушення активності імунної системи. Всі перераховані дисфункції зв’язані між собою через зміну складу внутрішнього середовища і якщо на початку захворювання може мати місце порушення тільки однієї функції, то по мірі прогресування порушуються і інші.

Групи дослідження склали 60 новонароджених (співставлювані за антропометричними та морфофункціональними ознаками): I групу (основну) - склали 30 новонароджених, які мали перинатальну патологію різного ступеня тяжкості; а II групу (групу порівняння) склали 30 новонароджених, у яких був фізіологічний перебіг раннього неонатального періоду.

При аналізі обмінних карт вагітних виявлено супутню патологію матерів, яка склала групу антенатальних чинників ризику плода. Це хронічні захворювання матері (анемія, гіпертонічна хвороба, хронічний гломерулонефрит, вади серця, цукровий діабет, токсоплазмоз, ревматизм та ін.); гострі інфекційні захворювання матері під час вагітності та прийом медичних препаратів; внутрішньоутробне інфікування (ВУІ) плода; генетичні дефекти (у розумово відсталих батьків народження аналогічно неповноцінних дітей у 2-3 рази вища, ніж у здорової популяції); вживання алкоголю, паління батьків; професійні шкідливості та екзогенні тератогенні чинники; ознаки обтяженого акушерського анамнезу (перша дитина у 16-18 років або після 30 років; інтервал між пологами менше 2 років; загроза переривання вагітності; стресові стани); несумісність по Rh-фактору та системи АВ(О); переносна вагітність, багатоплідність, гіпотрофія новонародженого.

Особливостями мікроекології товстого кишечника у новонароджених дітей в ранньому неонатальному періоді було переважання біфідо-, лактобактерій та пептококів у контрольній групі та поява у основній групі стафілококу, протею та грибів роду Candida.



<b>Рудницький Р.І.</b> Рання діагностика сексуальних розладів у пацієнтів з непсихотичними психічними розладами та диференційоване медико-психологічне лікування.	<b>211</b>
<b>Русіна С.М., Нікоряк Р.А.</b> Поширення тривожних розладів серед молоді в Буковинському регіоні.	<b>212</b>
<b>Юрценюк О.С.</b> Дослідження рівня особистісної тривожності у студентів-медиків.	<b>212</b>
<b>Яремчук О.Б.</b> Непсихотичні психічні розлади у пацієнтів з хворобою Паркінсона.	<b>213</b>
<b>СЕКЦІЯ 11 АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПЕДІАТРІЇ, ДИТЯЧОЇ ХІРУРГІЇ ТА ЛОР ХВОРОБ</b>	
<b>Andriyчук D.R.</b> Peculiarities of peptic ulcer in children in the context of examination.	<b>214</b>
<b>Бабінцева А.Г.</b> Особливості ренального кровоплину критично хворих доношених новонароджених за даними сонографічних методів обстеження.	<b>215</b>
<b>Bezruk V.V., Bezruk T.O.</b> Administrative-territorial and sex features etiological, spectrum of urinary tract infection in children (on the example of the Chernivtsi region).	<b>216</b>
<b>Білоус Т.М.</b> Неінвазивна діагностика пневмонії на тлі загострення бронхіальної астми у дітей шкільного віку.	<b>216</b>
<b>Богуцька Н.К.</b> Результати кластерного аналізу фенотипової неоднорідності бронхіальної астми раннього та пізнього початку в дітей шкільного віку залежно від ацетиляторного статусу.	<b>217</b>
<b>Боднар Б.М., Унгурян А.М.</b> Оптимізація лікування обмежених форм заразного контагіозного моллюску у дітей.	<b>218</b>
<b>Боднар О.Б.</b> Передопераційна підготовка та післяопераційне лікування дітей з хронічним колостазом обумовлений природженими вадами ободової кишки.	<b>219</b>
<b>Буряк О.Г.</b> Глутатіонпероксидаза як діагностичний маркер паренхіматозної дихальної недостатності у новонароджених.	<b>220</b>
<b>Ватаманеску Л.І.</b> Показники місцевого імунітету у дітей з природженими вадами ободової кишки.	<b>221</b>
<b>Гарас М.Н.</b> Клінічно-параклінічні особливості тяжкої бронхіальної астми у школярів залежно від інтенсивності запалення бронхів.	<b>222</b>
<b>Гінгуляк М.Г.</b> Спірографічні показники вентиляційної функції легень у хворих бронхіальною астмою.	<b>223</b>
<b>Годованец А.С., Перижняк А.И., Попелюк Н.А.</b> Пробиотическая терапия при сочетанных нарушениях пищеварения у новорожденных.	<b>224</b>
<b>Дроник Т.А.</b> Принципи катанестичного спостереження дітей раннього віку з гастроентерологічними порушеннями внаслідок перинатальної патології.	<b>225</b>
<b>Ковтюк Н.І.</b> Показники якості життя дітей хворих на епілепсію та можливості їх покращання.	<b>225</b>
<b>Колоскова О.К., Білик Г.А.</b> Ефективність лікування дітей, хворих на бронхіальну астму, залежно від показників ремодельовання бронхів.	<b>226</b>
<b>Курик О.В.</b> Предиктори та клінічні особливості порушень функціонального стану системи травлення в комплексі поліорганної недостатності при критичних станах у новонароджених дітей.	<b>226</b>
<b>Ластівка І.В.</b> Уроджені вади розвитку шлунково-кишкового тракту в дітей Чернівецької області: епідеміологія та чинники виникнення.	<b>227</b>
<b>Левицька С.А.</b> Особливості хірургічного лікування захворювань глотки у дітей із ожирінням.	<b>228</b>
<b>Мазур О.О., Яковець К.І., Калущкий І.В., Плаксивий О.Г.</b> Дисбіотичні зміни мікробіоти порожнини товстої кишки у хворих на хронічний гнійний верхньощелепний синусит.	<b>229</b>
<b>Magusyk U.I.</b> Features atopic reactivity in school-age children with severe asthma.	<b>229</b>
<b>Мельничук Л.В.</b> Проблемні питання зниження дитячої інвалідності.	<b>230</b>
<b>Міхєєва Т.М.</b> Особливості кровонаповнення слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки у дітей.	<b>231</b>
<b>Міхєєва Т.М.</b> Оцінка стану мікроциркуляції у дітей із ураженнями гастродуоденальної зони.	<b>231</b>
<b>Нечитайло Д.Ю.</b> Добовий моніторинг артеріального тиску, як другий етап скринінгу на артеріальну гіпертензію серед школярів.	<b>232</b>
<b>Ортеменка Є.П.</b> Предиктори гіпоксично-ішемічної енцефалопатії у новонароджених, що народилися з низькою до гестаційного віку масою тіла.	<b>233</b>
<b>Перижняк А.І.</b> Стан серцево-судинної системи новонароджених за умов перинатальної гіпоксії.	<b>234</b>
<b>Підвисоцька Н.І.</b> Значення клініко-генеалогічного методу в діагностиці спадкової патології.	<b>234</b>
<b>Popelyuk N.O., Popelyuk O.-M.V.</b> Modern aspects of diagnostic criteria of gastrointestinal diseases.	<b>235</b>
<b>Popelyuk N.O., Popelyuk O.-M.V.</b> Morphological peculiarities of gastroduodenal pathology in children.	<b>236</b>
<b>Попелюк Н.О., Годованець О.С., Попелюк О.-М.В.</b> Клініко-параклінічні показники при патології пілородуоденальної зони у дітей.	<b>236</b>
<b>Ризничук М.О.</b> Особливості фенотипу та генетична мінливість у дітей із синдромом Шерешевського-Тернера.	<b>237</b>
<b>Сажин С.І.</b> Якість життя та рівень контролю бронхіальної астми у дітей шкільного віку.	<b>238</b>
<b>Сапунков О.Д.</b> Особливості будови середнього вуха у плодів людини 9 місяців розвитку.	<b>239</b>
<b>Семань-Мінько І.С.</b> Природне вигодовування дітей.	<b>240</b>
<b>Sokolnyk S.V., Sorokman T.V.</b> Prediction of peptic ulcer in children.	<b>240</b>

<b>Сокольник С.О.</b> Аргон-плазмова коагуляція при виразкових гастро-дуоденальних кровотечах у дітей.	<b>241</b>
<b>Сорокман Т.В., Васкул Н.М.</b> Частота виразкової хвороби в дітей Чернівецької області.	<b>242</b>
<b>Сорокман Т.В., Чечул А.М., Нисторяк Г.Д.</b> Розповсюдженість зобу у дітей із різних географічних зон Чернівецької області.	<b>242</b>
<b>Тарнавська С.І.</b> Особливості фенотипу астми пізнього початку залежно від характеристики ацетиляторного статусу дітей.	<b>243</b>
<b>Шахова О.О.</b> Показники гіперсприйнятливості бронхів у дітей, хворих на бронхіальну астму з фенотипом фізичного зусилля.	<b>244</b>
<b>Швиگار Л.В.</b> Вплив вегетативного тону нервової системи на індекс Руф'є.	<b>244</b>
<b>Юрків О.І.</b> Виявлення порушень функціонального стану кишечника у новонароджених.	<b>245</b>
<b>СЕКЦІЯ 12 АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ, АНЕСТЕЗИОЛОГІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ</b>	
<b>Акентьєв С.О., Березова М.С.</b> Системні токсичні реакції місцевих анестетиків та алгоритм лікування зупинки серця, спричиненої ними.	<b>246</b>
<b>Андрушак А.В., Коновчук В.М.</b> Визначення ефективності методів інтенсивної терапії при ендогенній інтоксикації за показниками – маркерами простих рецепторно-ефекторних систем.	<b>246</b>
<b>Андрушак А.В., Коновчук В.М.</b> Шляхи корекції синдрому ендогенної інтоксикації.	<b>247</b>
<b>Кифяк П.В., Петринич В.В.</b> Застосування ультрафіолетового опромінення аутокрові у хворих з гострим пієлонефритом.	<b>248</b>
<b>Ковтун А.І.</b> Застосування гіпербарооксії при ендо- та екзотоксикозах і післяопераційному періоді.	<b>248</b>
<b>Кокалко М.М.</b> Критерії відбору хворих для проведення трансуретральних резекцій передміхурової залози з метою попередження ТУР-синдрому.	<b>249</b>
<b>Петринич В.В.</b> Розвиток порушень поведінкових реакцій за умов підгострої інтоксикації марганцю хлоридом у щурів з різною швидкістю ацетилювання.	<b>250</b>
<b>Ротар В.І., Ротар О.В.</b> Прогностичне значення складових синдрому мультиорганної недостатності при гострому некротичному панкреатиті.	<b>250</b>
<b>Ткачук О.В.</b> Реакція РНК тимоцитів щурів зі стрептозоцин-індукованим цукровим діабетом на ішемічно-реперфузійне пошкодження головного мозку.	<b>251</b>
<b>СЕКЦІЯ 13 ОСНОВНІ НАПРЯМКИ РОЗВИТКУ СТОМАТОЛОГІЇ</b>	
<b>Бамбуляк А.В., Ткачик С.В.</b> Топографо-анатомічні взаємовідношення лобових пазух із суміжними структурами у грудному віці онтогенезу людини.	<b>252</b>
<b>Батіг В.М., Солтис О.М.</b> Використання скловолоконних штифтів при ресстрації коронкової частини ендодонтично лікованих зубів фронтальної групи.	<b>253</b>
<b>Бернік Н.В., Олійник І.Ю.</b> Морфометрична характеристика під'язикових слинних залоз плодів людини на 4-5 місяцях пренатального розвитку.	<b>253</b>
<b>Белікова Н.І.</b> Паралеломерття, як метод вибору при шинуванні рухомих фронтальних зубів.	<b>254</b>
<b>Будаєв Ю.В., Ваколюк О.Б., Костенюк С.В.</b> Можливі фактори ретенції та дистонії ікол верхньої щелепи.	<b>255</b>
<b>Бурик А.Ю.</b> Визначення клінічної оцінки ІРОПЗ.	<b>256</b>
<b>Ватаманюк М.М.</b> Удосконалення визначення висоти прикусу та центрального співвідношення щелеп у хворих геріатричного віку з ускладненим неврогенним генезом за допомогою пристрою М.М.Ватаманюка.	<b>257</b>
<b>Ватаманюк Н.В.</b> Діагностика хворих з генералізованим пародонти том на початковій стадії захворювання.	<b>257</b>
<b>Вітковський О.О.</b> Частота і характер запальних ускладнень при переломах щелеп в залежності від термінів надходження в спеціалізовані установи.	<b>258</b>
<b>Галагідина А.А., Гаген О.Ю., Кушнір О.Л.</b> Зміни активності антиоксидантних ферментів та пероксидного окиснення ліпідів в привушних залозах щурів при цукровому діабеті ускладненому ішемією-реперфузією головного мозку.	<b>259</b>
<b>Герасим Л.М.</b> Фетальна анатомія загальних сонних артерій.	<b>260</b>
<b>Годованець О.І.</b> Клінічні аспекти стоматологічних захворювань у дітей із патологією щитоподібної залози.	<b>260</b>
<b>Дмитренко Р.Р., Бедик В.В.</b> Вікові функціональні особливості реагування тканин ясен на переривчасту гіпобаричну гіпоксію і фотоперіод різної тривалості.	<b>261</b>
<b>Дорубець А.Д.</b> Ступінь порушень імунологічної реактивності організму пацієнтів з малими дефектами зубних рядів.	<b>262</b>
<b>Дячук І.І.</b> Особливості будови стінок клиноподібної пазухи в зрілому віці.	<b>262</b>
<b>Ішков М.О., Гаманюк Р.М.</b> Результати анкетування лікарів-стоматологів щодо проведення місцевої анестезії в терапевтичній стоматології.	<b>263</b>
<b>Касіянчук М.В., Кузняк Н.Б., Проць Г.Б.</b> Імобілізація м'яких тканин після внутрішньоротових втручань.	<b>264</b>