



клінічних симптомів, так і у відсутності рецидивів у віддаленому періоді, що підтверджувалось стійкою нормалізацією параметрів як місцевого, так і системного імунітету.

**Ковтюк Н.І.**

### **РОЗЛАДИ СНУ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ**

*Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Повноцінний сон дитини забезпечує можливість оптимального росту та розвитку дитини та відіграє важливу роль у формуванні показників здоров'я. Дисфункції сну у дітей дають ряд соматичних і поведінкових проявів, що негативно впливають на здоров'я зокрема і погіршують якість життя в цілому. У школярів «денними» наслідками порушення сну є погіршення успішності, неуважність, гіперактивність або дрімота в положенні сидячи днем. При сформованому монофазному сну відбуваються більш інтенсивно процеси росту та розвитку організму дитини.

Нами було обстежено 160 здорових дітей шкільного віку. Використовували дескриптивний дизайн дослідження із одномоментним зрізом для формування вибірки. Проводилося ретестування частини дітей з проміжком в 1-2 тижні. Середній вік пацієнтів у вибірці склав 12,5 роки. Оцінювали фізичне функціонування, поведінку дитини, психоемоційне функціонування, родинну активність. Статистичну обробку результатів проводили за стандартними методами варіаційної статистики та кореляційного аналізу.

Аналіз особливостей сну показав - 86,9 % лягає спати в проміжку між 21 і 23 годиною. Прокидаються вранці найчастіше о 7.00 (57,4 %). Тривалість нічного сну в середньому складає  $9,26 \pm 0,14$  години. В той же час, 44,6% дітей сплять вдень, в середньому  $1,9 \pm 0,15$  години. Використана нами методологія співпадає із загальноприйнятою міжнародною, а отримані результати легко порівнюються із літературними даними.

Було зареєстровано цілий ряд проблем зі сном. Якщо 72 % дітей засинали самостійно впродовж короткого часу (до 15 хвилин - 57,7 %) і спали спокійно всю ніч (64 %), то 24,4 % мали проблеми із засинанням. У 27,0 % цей процес займав від 30 хвилин до однієї години. Неспокійний сон відмічено у (39,6 %), більшість дітей мала активні рухи тулубом або кінцівками (29,3 %), що приводило до скидування з себе ковдри (28,8 %), 10,6 % дітей прокидалися, плакали або розмовляли вночі. Цікавим був аналіз взаємозв'язків окремих показників сну між собою та з іншими показниками. Час засинання дитини виявився найбільш важливим показником якості сну дитини. Саме він найбільше корелює із спокійним нічним сном без порушень ( $r=0,40$ ,  $p<0,01$ ), із самооцінкою якості сну і відчуттям бадьорості вдень ( $r=0,40$ ,  $p<0,01$ ), із працездатністю дитини ( $r=0,36$ ,  $p<0,01$ ).

Як видно із вищенаведеного, діти шкільного віку мають суттєві порушення сну. Тому, під час діагностично-лікувального процесу увага лікаря повинна бути направлена не тільки на забезпечення об'єктивних діагностичних та лікувальних можливостей, але й на підвищення параметрів якості життя. Це дозволить уникнути значної соціальної дезадаптації у майбутньому.

**Крецу Н.М.**

### **РОЛЬ АПОПТОЗУ У ПЕРЕБІГУ СЕПСИСУ**

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

Проблема неонатального сепсису є однією з провідних тем сучасної неонатології. Це зумовлено постійною зміною етіологічної структури та біологічних особливостей збудників, підходами до надання медичної допомоги новонародженим, неспецифічністю ранніх клінічних проявів інфекцій, обмеженими можливостями бактеріологічного обстеження, недостатнім матеріально-технічним забезпеченням, а також застарілими підходами до профілактики, діагностики та лікування. Критичні стани новонароджених, включаючи сепсис, часто супроводжуються розвитком поліорганної недостатності, яка пов'язана з загибеллю клітин паренхіматозних та непаренхіматозних органів. Клінічні та експериментальні спостереження дозволяють припустити, що важливу роль в механізмі поліорганної невідповідності відіграє «програмована загибель» клітин шляхом апоптозу. Під апоптоз розуміють енергетично-залежний процес, керований генетичною програмою, у результаті якого відбувається фрагментація ДНК та клітина фрагментується на невеличкі апоптичні тілця (Nagata S., 1997).

Метою проведеного огляду є вивчення особливостей клітинної загибелі шляхом апоптозу та визначення діагностичної цінності плазматичних маркерів апоптозу (ФНП- $\alpha$ , sFas/sFasL-система, p53 і bcl-2) в ранній діагностиці неонатального сепсису.

Нещодавно встановлено, що апоптоз відіграє критичну роль при окремих серцево-судинних захворюваннях. Довгий час вважалося, що такі високодиференційовані клітини, як кардіоміоцити, не гинуть у результаті апоптозу. І лише останніми роками в експериментальних роботах показано, що кардіоміоцити підлягають апоптозу під впливом ішемії, імунного запалення та токсичних факторів. Такий шлях загибелі клітин являється домінуючим при кардіоміопатіях у новонароджених і полягає в посиленні мітохондріального шляху його розвитку. Дані літератури свідчать, що апоптоз можна розглядати як основний механізм загибелі кардіоміоцитів при ішемічно-реперфузійному ураженні серця і подальшій серцевій недостатності у



новонароджених. Таким чином, подальше вивчення, поряд з біохімічними показниками ураження серця, плазматичних маркерів апоптозу (ФНП- $\alpha$ , sFas/sFasL-система, p53 и bcl-2), у перспективі сприятиме детальнішому розумінню механізмів ураження кардіоміоцитів при сепсисі у новонароджених та сприятиме оптимізації ранньої діагностики даного життєнебезпечного захворювання.

**Мазур О.О., Плаксивий О.Г., Яковець К.І.**

### **КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ГНІЙНОГО ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО СИНУСИТУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1-ГО ТИПУ**

*Кафедра дитячої хірургії та отоларингології  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

У літературі зустрічаються поодинокі повідомлення про особливості клінічного перебігу патології ЛОР - органів, аналіз яких свідчить про необхідність поглибленого вивчення клініки, патогенезу та принципів лікування захворювань приносних пазух носа на тлі цукрового діабету 1-го типу.

Метою даної роботи було вивчити клінічні та лабораторні особливості перебігу хронічного гнійного верхньощелепного синуситу (ХГВС) у хворих на цукровий діабет (ЦД) 1-го типу.

Нами були обстежені 108 хворих у віці від 19 до 42 років. У 78 з них діагностовано ХГВС з ЦД 1-го типу середнього ступеня тяжкості, в стадії загострення. У 20 - загострення ХГВС без супроводжувати патології, 10 - здорові донори. Всім пацієнтам проведено стандартне отоларингологічне обстеження, ендориновідеоскопія, рентгенографія і комп'ютерна томографія придаткових пазух носа, загальний аналіз крові, сечі, аналіз крові на цукор, бактеріологічне, імунологічне дослідження і спектрофотометричне визначення рівня молекул середньої маси. Отримані цифрові результати клінічних та імунологічних досліджень оброблені методами варіаційної статистики.

В результаті проведених досліджень встановлено, що протягом ХГВС у пацієнтів з ЦД 1-го типу характеризується переважно двобічним ураженням (84,6%), інтенсивністю клінічних проявів, субфебрильною температурою (62,8%), вираженою назальною обструкцією (98%), слизово-гнійним характером ексудату (80,8%), атипової рентгенологічної картиною із залученням до процесу інших придаткових пазух носа (60%), різким підвищенням ШОЕ (22-35 мм/год.) у 95,4% і розвитком ускладнень в 23% випадків. У хворих на ХГВС з ЦД 1-го типу формується кишковий дисбактеріоз головним чином II ступеня (78%). Також встановлено, що клінічний перебіг ХГВС з ЦД 1-го типу супроводжується змінами в імунному статусі організму та ендогенної інтоксикацією, що підтверджується динамікою змін імунологічних показників і рівня молекул середньої маси ( $0,51 \pm 0,02$  у.о).

Отримані дані клініко-лабораторних особливостей перебігу ХГВС з цукровим діабетом 1-го типу важливі в розробці комплексного лікування даної патології з використанням пробіотичного препарату і оцінки ефективності лікувальної тактики.

**Мельничук Л.В.**

### **ВПЛИВ ВИГОДОВУВАННЯ НЕМОВЛЯТ НА ЧАСТОТУ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

*Кафедра сімейної медицини  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Рациональне вигодовування дитини першого року суттєво впливає на гармонійність розвитку дитини, сприяє захисту від інфекційних хвороб та інших несприятливих впливів зовнішнього середовища. В той же час навіть при грудному вигодовуванні достатньо часто виникають функціональні гастроінтестинальні розлади внаслідок морфо-функціональної незрілості, особливо у передчасно народжених малюків. Механізми виникнення функціональних порушень різноманітні і визначаються анатомо-фізіологічними особливостями дитячого організму, вегетативними дисфункціями, часто пов'язаними з психоемоційними факторами. Значну роль у виникненні функціональних розладів відводять системі нейрогуморальної регуляції шлунково-кишкового тракту. За Римськими критеріями IV (2016 рік) їх пропонують називати розладами взаємодії між головним мозком та шлунково-кишковим трактом (disorders of gut-brain interaction). Діагностика функціональних гастроінтестинальних розладів може викликати значні труднощі у лікарів, супроводжуватися багатьма додатковими дослідженнями і приводити до нераціональної терапії.

Нами вивчалась частота функціональних гастроінтестинальних розладів у дітей раннього віку залежно від виду вигодовування. Проведено вивчення 120 облікових форм-112 (історія розвитку дитини). За даними документації функціональні гастроінтестинальні розлади мали лише троє дітей. В той же час активне опитування батьків (n=73) засвідчило, що в групі дітей на грудному вигодовуванні в 67,6% спостерігались малюкові кольки. В групі дітей на штучному вигодовуванні у 88,0% дітей мали місце кольки. В групі дітей на змішаному вигодовуванні кольки мали 69,2% дітей. Малюкову регургітацію мали 24,3% дітей на грудному вигодовуванні і 8,0% дітей на штучному вигодовуванні. Функціональний закреп за даними опитування батьків мали 2,7% дітей на грудному вигодовуванні та 8,0% дітей на штучному вигодовуванні.

Таким чином, функціональні гастроінтестинальні розлади у дітей раннього віку властиві дітям із різним видом вигодовування. Відсоток дітей, які мали функціональні розлади був вищий при штучному вигодовуванні,