

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



**МАТЕРІАЛИ  
95 – ї  
підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ  
(присвячена 70-річчю БДМУ)**

**17, 19, 24 лютого 2014 року**

**Чернівці – 2014**

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

Матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2014. – 328 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 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 Андрієць О.А.  
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 Польовий В.П.  
доктор медичних наук, професор Слободян О.М.  
доктор медичних наук, професор Ташук В.К.  
доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.  
доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.  
доктор медичних наук, професор Шаплавський М.В.

ISBN 978-966-697-533-4

© Буковинський державний медичний  
університет, 2014



**Мазур О.О., Яковець К.І., Калущкий І.В., Плаксивий О.Г.**  
**СТАН МІКРОБІОТИ ПОРОЖНИНИ ТОВСТОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГНІЙНИЙ  
ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИЙ СИНУЇТ**

*Кафедра дитячої хірургії та отоларингології  
Буковинський державний медичний університет*

Досліджуваний контингент склали 81 хворий на хронічний гнійний верхньощелепний синуїт (ХГВС) в стадії загострення віком – від 15 до 68 років без супутньої патології. Клінічно загострення ХГВС проявлялось типовими місцевими та загальними симптомами у всіх хворих. В постановці діагнозу враховували дані рентгенологічного обстеження, а основним критерієм для встановлення діагнозу була діагностично-лікувальна пункція верхньощелепної пазухи, яка проведена 81 хворому. При цьому оцінювали об'єм пазухи, який був зменшений у всіх обстежуваних та характер патологічного вмісту у промивній рідині. При поступленні в стаціонар у хворих на ХГВС в стадії загострення проводився забір гнійного ексудату із верхньощелепних пазух, який піддавався мікробіологічному обстеженню, здійснювалося виділення та ідентифікація мікроорганізмів, що персистували в ексудаті. В кожному патологічному матеріалі виявляли видовий склад та популяційний рівень життєздатних (колоніютворючих) мікроорганізмів в 1 мл ексудату.

Результати виявлення видового складу мікрофлори ексудату з верхньощелепних пазух показали, що провідними мікроорганізмами, що виділяються із ексудату у хворих на ХГВС є str. pneumoniae, гемофільна паличка, moraxella catarrhalis, золотистий стафілокок, псевдомонади та піогенний стрептокок, а також встановлено, що у частини хворих захворювання викликають асоціації умовнопатогенних мікроорганізмів.

Враховуючи той факт, що значна кількість запальних процесів протікає на фоні зниженої резистентності організму і дизбіотичних змін кишківника всім хворим з загостренням ХГВС проводили мікробіологічне дослідження порожнинного вмісту товстої кишки хворих шляхом визначення видового складу та популяційного рівня автохтонних та алохтонних представників мікрофлори фекалій з наступним встановленням ступеня дисбіотичних змін.

Результати мікробіологічного дослідження демонструють характерні зміни у видовому складі анаеробної та аеробної автохтонної, факультативної й алохтонної мікрофлори вмісту порожнини товстої кишки, значно відрізняючись від показників видового складу мікрофлори порожнини товстої кишки у межах норми.

У хворих на ХГВС основну частину мікрофлори порожнини товстої кишки представляють бактероїди, лактобактерії, непатогенні кишкові палички, протеї. Однак, частота зустрічання та індекс постійності таких облигатних мікроорганізмів, як біфідобактерії та ентерококи, є значно нижчими, ніж у практично здорових осіб. Фізіологічно корисні біфідобактерії повністю елімінують з порожнини товстої кишки у 12,7% пацієнтів з синуїтом. На цьому тлі збільшується відсоток хворих, у яких висівалися факультативні умовно-патогенні анаеробні (пептокок, клостридії) та аеробні (стафілококи) бактерії. Цей факт обумовив необхідність визначення популяційного рівня усіх життєздатних мікроорганізмів, що висівалися з порожнинного вмісту товстої кишки хворих на ХГВС.

Характерним для мікробіоценозу порожнини товстої кишки пацієнтів з ХГВС є виражений дефіцит автохтонних облигатних фізіологічно корисних біфідобактерій та лактобактерій. Так, популяційний рівень біфідобактерій знижується на 51,04 %, лактобактерій – на 23,46 %. Разом з тим, кількість анаеробних грамнегативних бактероїдів та аеробних непатогенних кишкових паличок достовірно збільшується у вмісті порожнини товстої кишки (на 17,59% та 21,49% відповідно). Паралельно із зниженням біфідобактерій та лактобактерій у порожнини товстої кишки обстежених хворих зростає популяційний рівень факультативних умовно патогенних анаеробних та аеробних мікроорганізмів – клостридій, пептококу, протеїв, стафілококів.

Отримані результати дозволяють стверджувати, що при ХГВС у всіх хворих формується кишковий дисбактеріоз або дисбіоз, основним чином II ступеню за рахунок елімінації та вираженого дефіциту автохтонних життєвокорисних бактерій, що знижує імунний статус хворих, впливає на вираженість клінічних проявів основного захворювання, зокрема ХГВС, ускладнює його перебіг. Отримані результати будуть враховані при розробці лікувальної тактики у комплексній терапії хворих на ХГВС з системним використанням пробіотиків (Біфіформ, Лактовіт, Лінекс, Симбітер).

**Макарова О.В., Попелюк Н.О.\*, Попелюк О.-М.В.\*\***  
**РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЕД  
ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ м. ЧЕРНІВЦІ**

*Кафедра догляду за хворими та вищої мед сестринської освіти  
Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини\*  
Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича\*\*  
Буковинський державний медичний університет*

Провідними причинами захворюваності та смертності в нашій державі вже багато років, як і у всьому світі, залишаються серцево-судинні захворювання. Їх появі сприяють фактори ризику серцево-судинних захворювань у вигляді гіподинамії, нерационального харчування, паління, вживання алкоголю, наявності стресогенного середовища.



Деякі популяційні дослідження свідчать, що рівень основних факторів ризику серцево-судинних захворювань серед населення визначають епідеміологічні умови в відношенні розвитку серцево-судинних захворювань. З цією метою ми прослідкували появу та розвиток факторів ризику у 265 дітей шкільного віку м. Чернівці. Проводилось анкетування, клінічне, інструментальне, лабораторне дослідження.

Найбільш частими факторами ризику у школярів були: шкідливі звички, незбалансоване харчування, гіпокінезія, спадкова схильність до серцево-судинних захворювань. Серед хлопчиків 61,3 % палили, 70,2% - вживали спиртні напої. Середній вік початку заохочення до алкоголю у хлопчиків складав 11,9 року, у дівчаток - 13,5 року; до паління - відповідно 10,8 та 13,5 років. Особливо непокоїть дані про розповсюдження шкідливих звичок серед дівчат-підлітків, які вже через 3-4 роки можуть стати матерями.

Погіршення якості харчування школярів супроводжується не тільки зниженням енергетичної цінності їжі, та різке збіднення її мікроелементами, особливо вітамінами, дефіцит яких негативно відбивається на рості та розвитку дітей. Лише 20,1% школярів отримують гарячу їжу 2-3 рази на день. Крім того, кількість дітей, які користуються шкільною їдальнею зменшилось приблизно на 28%. Дефіцит вітамінів, як С, групи В, Е, А, Д ускладнюють перебіг процесів адаптації та функціональну здатність серцево-судинної системи.

Проведене дослідження показало, що у дітей, які мали шкідливі звички та незбалансоване харчування, порівняно із контрольною групою, високу реактивність серцево-судинної системи на навантаження можна вважати прогностичним критерієм подальшого розвитку серцево-судинних захворювань.

**Мельничук Л.В.**

**РАЦІОНАЛЬНА АНТИБІОТИКОТЕРАПІЯ ПОЗАГОСПІТАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ**

*Кафедра сімейної медицини  
Буковинський державний медичний університет*

Пневмонія є найчастішою причиною смерті дітей серед інфекційних захворювань, що зумовлює необхідність раціонального підходу до лікування. Не дивлячись на те, що пневмонія є поліетіологічним захворюванням, з позицій доказової медицини єдиним раціональним методом її лікування у дітей визнається антибактеріальна терапія. У зв'язку з цим постають питання раціонального вибору стартової антибактеріальної терапії.

Метою дослідження було вивчити ефективність комбінацій антибактеріальних препаратів, які використовуються для лікування позагоспітальних пневмоній у дітей та розробити рекомендації щодо удосконалення методів лікування пневмоній у дітей.

Проведено аналіз 52 історій розвитку дитини (ф-112) дітей міста Чернівців, які лікувались з приводу позагоспітальної пневмонії. Вивчали анамнез хвороби, ступінь тяжкості пневмонії, наявність ускладнень, тривалість лікування, наявність супутньої патології.

Вікова структура дітей, хворих на пневмонію, виглядала наступним чином: діти до 6-х років склали 44,2% (23 дитини), 7-14 років -38,5% (20 дітей), 15-18 років - 17,3% (9 дітей). Діагноз позагоспітальної пневмонії всім 52 дітям підтверджено рентгенологічним дослідженням. За ступенем тяжкості 32,7% дітей мали I ступінь, 42,3% - II ступінь, 21,2% - III, та 3,8% - IV ступінь тяжкості. Проведений аналіз лікування позагоспітальних пневмоній у дітей свідчить, що стартовим антибіотиком використовували цефалоспорины II покоління у 17 дітей (32,7%), цефалоспорины III покоління у 23 дітей (44,2%), інгібіторозахищені амінопеніциліни – у 9 дітей (17,3%), макроліди – у 3 дітей (5,7%). У 23 дітей використовували комбінацію двох антибіотиків. При використанні стартових антибіотиків швидкий (24-36 годин) ефект від лікування настав в 84,6% випадків. У 15,4 % дітей стартова комбінація була неефективною, що спричинило зміну антибіотика. Звертає увагу, що в групі дітей 7-14 років найчастіше стартовим антибіотиком були цефалоспорины III покоління, а макроліди призначені лише у 3 (5,7%) дітей, що не відповідає епідеміологічним дослідженням етіології позагоспітальних пневмоній дітей шкільного віку, а саме значення мікоплазми та пневмококу.

Отже, вибір стартового антибіотика для лікування позагоспітальної пневмонії повинен проводитись з урахуванням імовірного збудника, за показниками віку дитини, місця й часу захворювання, попередніх курсів антибіотикотерапії та інших модифікуючих факторів. Використання цефалоспоринов III покоління як стартового антибіотика не приводить до скорочення термінів лікування позагоспітальних пневмоній.

**Міхєєва Т.М., Нечитайло Д.Ю.**

**МЕТОДОЛОГІЯ ОЦІНКИ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ СЕРЕД ШКОЛЯРІВ, ЯК ІНДИКАТОР  
ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ.**

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

На сучасному етапі серцево-судинні захворювання залишаються однією із основних причин смертності та інвалідизації серед населення нашої країни та країн зарубіжжя. На початку XXI століття продовжує зростати поширеність серцево-судинних захворювань і серед дитячого населення. Для раннього виявлення дітей групи ризику по розвитку серцево-судинних захворювань є необхідним





комплексне обстеження морфо-функціонального стану серцево-судинної системи. Це дозволить формувати чіткі критерії ризику розвитку гіпертензії, так, як, артеріальний тиск (АТ) є індикатором функціонального стану серцево-судинної системи у дітей. Поширеність артеріальної гіпертензії серед дитячого населення за даними різних авторів складає від 1% до 14%, частіше у дітей старшого шкільного віку. Так, як, в цьому періоді завершується перебудова організму, статеве дозрівання, спостерігається підвищена емоційність, чутливість до впливу різних чинників середовища.

Найбільш ґрунтовним підходом до визначення критеріїв відхилень з боку АТ є масове обстеження школярів.

Було обстежено 100 дітей шкільного віку, які навчаються у сільських загальноосвітніх школах Чернівецької області та у ліцеї м. Чернівці. Умовно всіх школярів розділили на 3 вікові групи: 1-шу групу склали діти, які навчаються у 5 - 7-х класах (30 дітей); 2-гу групу – 8 та 9 класи (30 дітей); 3-тю групу – 10 та 11 класи (40 дітей). Вимірювання артеріального тиску здійснювалось тричі з інтервалом 3 хвилини аускультативним методом Н.С. Короткова, при якому АТ вимірювалось на плечовій артерії за допомогою автоматичних тонометрів Microlife, Litt Doctor, AND та механічних тонометрів Microlife з манжетами різного розміру відповідно віку дитини. Використовувались наступні розміри манжет: для дітей 7-10 років – 8,5×17 см., 10-12 років – 10×22 см., для дітей старше 12 років – 13×26 см. Різниця між вимірами автоматичними та механічними апаратами в нашому дослідженні не перевищувала 5 мм.рт.ст. Отримані результати порівнювались з регіональними нормативними стандартами та статистично обробились. Школярам, у яких були виявлені зміни АТ чи/і аритмії проводилось додатково ЕКГ за допомогою портативного електрокардіографа «Армед» РС-80В. Функціональний стан серцево-судинної та дихальної систем додатково визначався за допомогою проби Руф'є (з розрахунком індексу Руф'є), проб Штанге та Генча.

Отримані результати: при обстеженні дітей 1-ї групи у 9 дітей було виявлено підвищений АТ, у 14 дітей – зміни індексу Руф'є; при обстеженні дітей 2-ї групи підвищений АТ був у 12 дітей, зміни індексу Руф'є у 19 дітей; в 3 групі – підвищення АТ спостерігалось у 22 дітей, зміни індексу Руф'є - у 14 дітей.

Таким чином, для отримання корективних результатів для скринінгової оцінки АТ у школярів необхідне чітке дотримання методології та методики оцінки АТ з метою мінімізації похибки. Оптимальним є використання автоматичних тонометрів, які пройшли перевірку. В той же час, для комплексної оцінки функціонального стану серцево-судинної системи у дітей шкільного віку необхідно, паралельно з вимірюванням АТ, проводити проби Штанге, Генча і Руф'є.

**Остапчук В.Г., Сорочман Т.В.**

### **ЦИТОКІНОВИЙ ПРОФІЛЬ У ДІТЕЙ ІЗ ВИРАЗКОВОЮ ХВОРОБОЮ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ**

*Кафедра педіатрії та медичної генетики*

*Буковинський державний медичний університет*

Доведено, що в патогенезі виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки (ВХ) у дітей певна роль належить порушенню функціональної активності Т-лімфоцитів-хелперів та цитокінів, що ними продукуються.

Метою роботи було визначити рівень про- та протизапальних інтерлейкінів у крові дітей, хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки.

Обстежено 80 дітей із ВХ віком 7-18 років, які знаходились на стаціонарному лікуванні в гастроентерологічних відділеннях МДКЛ та ОДКЛ м. Чернівці (основна група) та 50 практично здорових дітей відповідного віку (група порівняння). Інтерлейкіновий профіль (інтерлейкін-1β (ІЛ-1β), інтерлейкін-8 (ІЛ-8), інтерлейкін-4 (ІЛ-4) та рецепторний антагоніст інтерлейкіна-1 (ІЛ-1Ра)) визначали у сироватці крові дітей шляхом імуноферментного аналізу із застосуванням діагностичних тест-систем ЗАТ «Вектор-Бест» (м. Новосибірськ, Росія) за допомогою імуноферментного аналізатора Stat-Fax-303 (США) до початку лікування та після повного загосення виразки. Статистична обробка отриманих даних проводилася за допомогою пакету комп'ютерних програм «Statistica 6.0».

При аналізі отриманих даних відмічено, що в переважній більшості дітей із ВХ відмічається вірогідне підвищення рівня про- та протизапальних інтерлейкінів. Підвищений вміст ІЛ-1β відмічено у 49 (61,2 %) дітей основної групи, в середньому 82,2 ± 5,2 пг/мл, що вірогідно відрізнялось від відповідного показника в дітей групи порівняння – 12,1 ± 2,4 пг/мл (p<0,05). Підвищений вміст ІЛ-8 діагностовано у 54 (67,5 %) дітей із ВХ. Середній рівень ІЛ-8 у них склав 94,1 ± 4,8 пг/мл та у 7,4 рази перевищував його значення в здорових осіб (середнє значення ІЛ-8 - 12,8 ± 2,4 пг/мл), p<0,01. Індивідуальні коливання ІЛ-4 в дітей основної групи становили 9-142 пг/мл, складаючи в середньому 61,3 ± 2,5 пг/мл і були вірогідно вищі, ніж в групі порівняння – 8,2 ± 2,4 пг/мл (p<0,001). Середній показник вмісту ІЛ-1Ра у дітей, хворих на ВХ, становив 1216 ± 49,2 пг/мл та вірогідно відрізнявся від такого в дітей групи порівняння – 356 ± 12,1 пг/мл (p<0,05).

Аналіз вмісту інтерлейкінів у дітей залежно від віку та статі не виявив вірогідних відмінностей, однак дещо вищими показники були в хлопчиків та осіб віком 12-18 років. Крім того, встановлено, що в дітей із виразковим анамнезом до року відмічаються вірогідно вищі показники вмісту як про-, так і протизапальних інтерлейкінів, ніж у дітей із тривалістю захворювання 1-3 роки та більше трьох років



(p<0,05); у дітей із тривалістю виразкового анамнезу від 1 до 3 років щодо показників у хворих із анамнезом більше трьох років (p<0,05).

Таким чином, проведені дослідження підтверджують дані про імунологічні механізми розвитку виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки в дітей.

### **Перижняк А.І., Годованець О.С.\*, Макарова О.В. КАРДІОВАСКУЛЯРНА ПАТОЛОГІЯ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ: ОСОБЛИВОСТІ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ**

*Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти*

*Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини\**

*Буковинський державний медичний університет*

Гіпоксичні ураження серцево-судинної системи займають одне з провідних місць у структурі захворюваності новонароджених, і за даними літератури зустрічаються у 40-70% дітей, які перенесли внутрішньоутробну або перинатальну гіпоксію, а також є джерелом багатьох, нерідко фатальних захворювань дітей і дорослих (Foster-Barber A., 2001; Kouno A., 2001; Няньковський С.Л., 2007; Шейбак Л.Н., 2008; Похилько В. И., 2009; Leone TA, 2011).

Мета - вивчити діагностичну інформативність комплексу показників біохімічного спектру крові, вільнорадикального окислення та системи антиоксидантного захисту організму для удосконалення ранньої діагностики та прогнозування тяжкості кардіоваскулярних порушень у новонароджених при перинатальній 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 (ІІ групу) склали 55 новонароджених, що мали фізіологічний перебіг раннього неонатального періоду.

Важкість стану новонароджених з проявами кардіоваскулярних порушень в умовах перинатальної патології супроводжується значними порушеннями біохімічного спектру крові. А саме, було відзначено вірогідне зниження рівня загального білка та альбуміну в новонароджених при зростанні ступеня тяжкості перинатальної патології. Так, якщо у ІІ групі показник складав 59,2±2,93г/л, у дітей ІА та ІВ груп – 49,7±2,46 та 47,3±2,35 г/л, p<0,05. Вміст альбумінів дорівнював відповідно 34,4±1,41, 25,2±1,31 та 24,3±1,19 г/л, також при вірогідній відмінності середніх показників у порівнянні з контролем, p<0,05. При дослідженні виявлено підвищення рівня білірубину за рахунок непрямої фракції. Найвищий рівень відмічено у новонароджених ІВ дослідної групи: білірубін загальний складав 124,2±6,18 мкмоль/л, фракція непрямої - 112,1±5,62мкмоль/л, що мало вірогідні відмінності як з показниками ІА групи (відповідно 109,7±5,49 та 97,4±4,87 мкмоль/л), так і ІІ групи (відповідно 32,0±1,50 та 22,9±1,16 мкмоль/л), p<0,05. Рівень тригліцеридів у сироватці крові новонароджених ІА та ІВ груп був значно вищим, ніж у здорових новонароджених. Так, якщо контрольні показники у середньому складали 0,36±0,02 ммоль/л, при середньому та тяжкому стану новонароджених відмічався рівень тригліцеридів 0,9±0,04 та 0,92±0,04ммоль/л, p<0,05. Рівень глюкози у новонароджених груп спостереження на момент забору крові характеризувався відносно сталими межами, а саме, при задовільному стані він складав 3,83±0,18ммоль/л, у ІА групі - 3,38±0,19 ммоль/л, у дітей ІВ групи - 3,63±0,17ммоль/л, p>0,05. Відповідно тяжкості стану, в організмі новонароджених спостерігалось істотне зростання ферментативної активності, а саме показників АсАТ, ЛДГ, лужної фосфатази, КФК і КФК -МВ, що мало достовірні відмінності в групах спостереження. Найбільш специфічними ферментами для патології серцево-судинної системи є: АсАТ, КФК і КФК -МВ, ЛДГ. Отримані дані показали, що рівень активності КФК у дітей ІВ групи (329,4±16,39 од/л) вищий в 2 рази, порівняно з ІА групою (161,2±7,96 од/л) та в 2,5 рази вище, ніж показники у новонароджених ІІ групи (130,00±6,5 од/л). Результати досліджень показали найбільш високу активність КФК МВ у новонароджених ІВ групи (176,5 ± 8,02 од/л), порівняно з ІА (58,7±6,79 од/л) та ІІ групою (43,2± 2,16 од/л), що свідчило про значні структурно-функціональні й деструктивні порушення мембран кардіоміоцитів і судин у дітей з тяжкою перинатальною патологією у перші доби після народження. Порівняння активності ЛДГ у новонароджених груп спостереження показало, що найвищим показником був у дітей ІВ групи (1113,3±25,72 од/л), що у 1,5 рази більше в порівнянні з ІА групою (719,1 од/л) та в 2 рази вище, порівняно з ІІ (контрольною) групою (527,2 од/л). За нашими даними, тяжкий стан новонароджених на фоні перинатальної патології супроводжувався значним зростанням активності ферменту АсАТ. Так, показник АсАТ у дітей ІВ групи спостереження складав 45,7±2,29 од/л при нормі в контролі 30,9±1,55 од/л (p<0,05). При цьому слід відмітити, що активність АсАТ у новонароджених вірогідно зростала до 39,3±1,97 од/л, порівняно з дітьми контрольної групи, вже при середній тяжкості стану. Також у ході дослідження нами відмічено деяке підвищення активності ЛФ у дітей, народжених з клінічними ознаками перинатальної патології та порушенням адаптації. А саме, у новонароджених ІА групи активність ЛФ складала 282,9±14,11од/л, ІВ групи 289,3±14,78од/л у порівнянні з контролем - 266,2±12,21од/л, p>0,05.

Таким чином, показники крові, яка є інтегральною, спеціалізованою рідкою тканиною, що циркулює в судинній системі та поєднує різноманітні біохімічні процеси різних частин тіла в цілісну систему, підтримує сталість гомеостазу та є резервним середовищем метаболізму в нормі та при патології, слід також використовувати як маркери кардіоваскулярних порушень за умов гіпоксії у новонароджених