

**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



Метою було оптимізувати методи хірургічного лікування дітей при проведенні реконструктивно-відновлювальних операцій на термінальному відділі клубової кишки.

З 2007 по 2013 роки в клініці дитячої хірургії знаходилося 23 дітей, яким у віці від 1 доби до 14 років була виконана резекція термінальної ділянки клубової кишки. Проведені операції з приводу завороту (3 дітей), травматичного ушкодження (2 дітей) та атрезії клубової кишки (3 дітей), виразково-некротичного ентероколіту (5 дітей), некрозу клубової кишки при спайковій кишковій непрохідності (4 дітей) та ілеоцекальній інвагінації (5 дітей). Один хлопчик оперований з приводу неспроможності швів первинного ілео-ілеоанастомозу після резекції КК з приводу перфорації дивертикула Меккеля, що була виконана в умовах гнійно-фібринозного перитоніту.

Всім дітям було проведено резекцію термінального відділу КК від 10 до 40 см (17 дітей) та від 40 до 50 см (5 дітей). Виведення ілеостоми було обумовлено явищами перитоніту, інфільтративно-запальними змінами дистального відділу КК та важким станом дітей. Накладання первинного анастомозу було невиправданим з-за великого ризику виникнення післяопераційних ускладнень. Дистальний відділ КК був довжиною від 3 до 10 см. Обов'язковим було збереження найбільшої ділянки дистального відділу КК та підшивання її до парієтальної очеревини бокової стінки черевної порожнини.

Реконструктивно-відновлювальні втручання виконували через 2-6 місяців після накладання ілеостоми. При відстані дистального відділу КК від ілеоцекальної заслінки більше 5 сантиметрів та діаметрі сліпого кінця КК 1/2 та більше проксимального виконували накладання ілео-ілеоанастомозу кінець в кінець з використанням L – подібних серозно-м'язових та інвертаційних наскрізних швів.

При відстані дистального відділу КК від ілеоцекальної заслінки менше 5 сантиметрів та діаметрі сліпого кінця КК менше 1/2 проксимального виконували термінальний ілео-ілеоанастомоз кінець в бік. Сліпий кінець розсікали по протибрижжовому краю відповідно до діаметру проксимального відділу КК. Анастомоз виконували вузловими серозно-м'язовими та інвертаційними наскрізними швами.

Виявлено, що після виведення ілеостоми в 13,04 % пацієнтів спостерігалася евагінація, 13,04 % - стеноз ілеостоми, 4,35 % - ретракція ілеостоми та евентрація, 73,91 % - парастомальна мацерація, 13,04 % - поширений автоліз шкіри.

На етапі відновлення пасажу по КК накладання кінце-бокового ілео-ілеоанастомозу проведено в 11 (47,83 %) дітей. Це було обумовлено малою довжиною "сліпого кінця" клубової кишки (менше ніж 5 сантиметрів від ілеоцекальної заслінки) та (або) зменшенням діаметру її дистального відділу (більше ніж на половину по відношенню до проксимального). В 12 (52,17 %) пацієнтів вдалося сформувати кінце-кінцевий ілео-ілеоанастомоз.

Летальних випадків не було. Явища анастомозиту були більш вираженими у дітей з кінце-кінцевим анастомозом, що обумовлено необхідністю розширення дистальної ділянки КК. В 3-ох дітей після кінце-бокового ілеоанастомозу та 4-ох дітей після кінце-кінцевого анастомозу спостерігалася почашення випорожнень від 5 до 10 разів за добу. Але, при застосуванні про- та еубіотиків, призначенні ферментативних препаратів та застосуванні відповідної дієти стул нормалізувався протягом 7-ми діб. При спостереженні за дітьми від 1 до 10 років явища спайкової кишкової непрохідності, які потребували релапаротомії, виникли в 13,04 %: у 2-ох пацієнтів із групи кінце-бокового та 1-го із групи кінце-кінцевого ілео-ілеоанастомозу.

Резекція клубової кишки та необхідність виведення ілеостоми у дітей повинні супроводжуватися максимальним збереженням довжини її термінальної частини при мінімально припустимій ділянці її видалення.

Формування термінального ілео-ілеоанастомозу у дітей можливо при відстані дистальної ділянки клубової кишки від ілеоцекальної заслінки від 3 та більше сантиметрів.

Відстань дистального відділу клубової кишки від ілеоцекальної заслінки більше 5 сантиметрів, при діаметрі "сліпого кінця" клубової кишки 1/2 та більше проксимального, створює умови до накладання ілео-ілеоанастомозу кінець в кінець.

Відстань дистального відділу клубової кишки від ілеоцекальної заслінки менше 5 сантиметрів та (або) її діаметрі менше 1/2 проксимального є показанням до накладання ілео-ілеоанастомозу кінець в бік з розсіченням дистального відділу КК по протибрижжовому краю.

**Буряк О.Г.**

### ВИЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ПРООКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ ДЛЯ НЕІНВАЗИВНОЇ ДІАГНОСТИКИ ДИХАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ЛЕГЕНЕВОГО ГЕНЕЗУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

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

Понад 40% дітей, які знаходяться у відділенні інтенсивної терапії новонароджених, мають прояви дихальної недостатності. Даний патологічний стан вимагає активного ведення пацієнта, зокрема застосування штучної вентиляції легень. Протягом останнього десятиліття опублікована велика кількість праць, які збагачують наші знання щодо фізіології дихання, механізму розвитку респіраторних розладів і методів їх корекції. Незважаючи на це, існує ряд причин, які постійно виштовхують дану проблему на лаву першості: високі показники смертності, проблеми інвалідизації, висока вартість надання медичної допомоги та недостатнє оснащення відділень інтенсивної терапії новонароджених.



Метою дослідження було оцінити стан прооксидантної системи за показниками пероксидного окиснення білків та вивчити діагностичну значимість визначення карбонільних груп в діагностиці дихальної недостатності легеневого генезу.

До I групи увійшли 34 новонароджених з тяжкою дихальною недостатністю без рентгенологічних ознак паренхіматозного ушкодження. II групу (50 дітей) склали новонароджені, які знаходились у вкрай тяжкому стані, що проявлялося перш за все тяжкою гіпоксемією на тлі кисневої резистентності, та наявністю рентгенологічно підтвердженого паренхіматозного ушкодження легень. Окисна модифікація білків вивчалася методом спектрофотометричного аналізу карбонільних груп, що утворюються при взаємодії активних форм кисню з залишками амінокислот із використанням 2,4-динітрофенілгідазину.

У новонароджених II групи спостерігається надмірна активація процесів пероксидного окиснення білків, що проявляється накопиченням їх продуктів в легневих експіратах (табл. 1).

Таблиця 1

| Показники окисної модифікації білків в новонароджених підгруп порівняння в легневих експіратах (M±m) |  |   |
|--|--|---|
| Групи порівняння   | Альдегідо- та кетонітиди 2,4-динітрофенілгідазонів нейтрального характеру, ммоль/г білка | Альдегідо- та кетонітиди 2,4-динітрофенілгідазонів основного характеру, ммоль/г білка |
| I група  | 1,90±0,10  | 48,49±2,42  |
| II група   | 2,28±0,13  | 40,98±2,28  |
| P  | p<0,05   | p<0,05  |

Зважаючи на достовірну відмінність в показниках окисидативного стресу у конденсаті повітря, що видихається серед новонароджених підгруп порівняння нами проведено вивчення діагностичної цінності досліджуваних показників в легневих експіратах для підтвердження дихальної недостатності паренхіматозного типу (рис.).

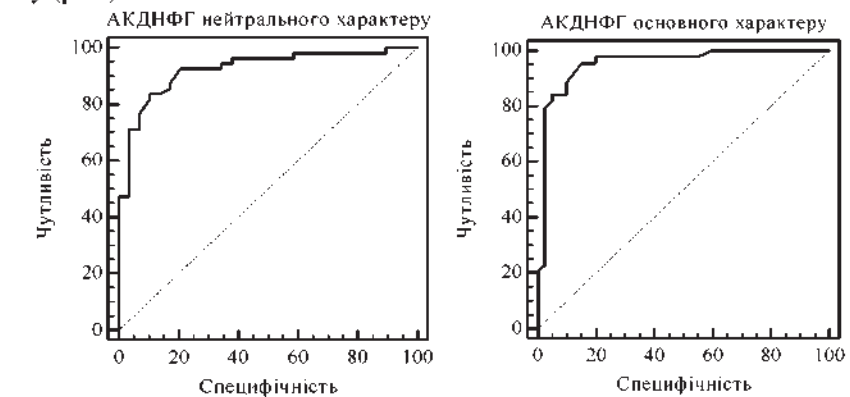


Рис. ROC-криві пероксидного окиснення білків у діагностиці паренхіматозної дихальної недостатності у новонароджених при критичних станах (у %). Примітка: АКДНФГ – альдегідо- та кетонітиди 2,4-динітрофенілгідазонів.

Результати ROC-аналізу демонструють високу інформаційну та діагностичну цінність визначення рівнів білкових карбонілів у конденсаті повітря, що видихається в діагностиці дихального дистресу легеневого походження (табл. 2).

Таблиця 2

| Порівняльна оцінка площі під ROC-кривою показників пероксидації білків    |                      |             |         |
|---|----------------------|-------------|---------|
| Показники окисної модифікації білків                                      | Площа під ROC-кривою | 95% ДІ*     | p       |
| Альдегідо- та кетонітиди 2,4-динітрофенілгідазонів нейтрального характеру | 0,925±0,02           | 0,846-0,971 | <0,0001 |
| Альдегідо- та кетонітиди 2,4-динітрофенілгідазонів основного характеру    | 0,953±0,02           | 0,883-0,987 | <0,0001 |

\*Примітка: 95% ДІ – 95% довірчий інтервал

Зважаючи на те, що в більшості випадків, особливо на початкових стадіях розвитку дихальних розладів легеневого походження, рентгенологічна картина паренхіматозного легеневого ушкодження запізнюється порівняно з клінічною доцільним є проведення неінвазивного дослідження змін легеневого гомеостазу з метою ранньої діагностики та прогнозування виникнення паренхіматозного ушкодження при дихальних розладах на підставі дослідження в конденсаті повітря, що видихається біологічних маркерів пероксидації білків для покращення лікувально-профілактичних заходів серед даної когорти новонароджених.

**Ватаманеску Л.І.**

### ДІАГНОСТИКА ТА ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЛІВОБІЧНОГО КОЛАГЕНОГО КОЛОСТАЗУ

*Кафедра дитячої хірургії та отоларингології  
Буковинський державний медичний університет*

Порушення транзиту по товстій кишці може бути обумовлено анатомічними особливостями (подовження, перегини, опущення, патологічна рухомість різних відділів, аномалії інтрамуральних нервових сплетень) та функціональними причинами (аліментарні, дискінетичні, умовно-рефлекторні, інтоксикаційні).