

Буковинський державний медичний університет
Головне управління охорони здоров'я
Чернівецької обласної державної адміністрації
Асоціація педіатрів-гастроентерологів і нутріціологів України

Матеріали
І науково–практичної
інтернет-конференції з міжнародною участю

“ПРОБЛЕМИ ТА ЗДОБУТКИ ДИТЯЧОЇ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ”



15 листопада 2012 року, м. Чернівці

Чернівці, Медуніверситет 2012

УДК 616.31/.34-07-08-053.2

Проблеми та здобутки дитячої гастроентерології / Матеріали I науково-практичної інтернет-конференції з міжнародною участю, Чернівці, 15 листопада 2012 р. – Чернівці: Медуніверситет, 2012. – 76 с.

У збірнику представлені матеріали тез I науково-практичної Інтернет-конференції з міжнародною участю “Проблеми та здобутки дитячої гастроентерології” (Чернівці, 15.11.2012 р.) зі стилістикою та орфографією в авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам дитячої гастроентерології. Крім того розглянуті особливості онтогенезу, морфогенезу та формування захворювань шлунково-кишкового тракту в дітей.

Наукова та загальна редакція –
професор, д.мед.н.
Сорокман Т.В.

©Медуніверситет, 2012

типом, псевдоасцит. Після проведеного лікування, яке включало в себе переведення дівчинки на безглютенове харчування, часткове парентеральне годування та інфузійну терапію (інфезол, глюкоза, фізіологічний розчин із 2,5% розчином тіотріазоліну), ферментотерапію (креон), прокінетики (мотиліум), препарати урсодезоксихолевої кислоти (урсофальк), вітамінотерапію (вітаміни В₁, В₆, В₁₂, Е), стан дитини значно покращився, з'явився апетит, почала набирати вагу. До кінця перебування у стаціонарі скарги зникли, дівчинка набрала у вазі 3 кг, стала жвавішою, покращилась її працездатність. Отже, враховуючи непоодинокі випадки пропущеної целиакії у дітей та пов'язану із цим інвалідизацію, необхідно ширше використовувати доступні на сьогоднішній день методи діагностики (антитіла ІgА та ІgG до гліадину і тканинної трансглютамінази) з метою їх виявлення і подальшого покращення діагностування даної патології. Довічна сувора безглютенова дієта (елімінація пшениці, жита та ячменю) є запорукою нормалізації будови і функцій тонкої кишки, усунення обмінних порушень, забезпечення нормальних темпів фізичного, психічного і статевого розвитку дитини. Додаткове медикаментозне лікування повинно проводитися за індивідуальними показами.

ТОПОГРАФІЯ ЖУВАЛЬНОГО М'ЯЗА В НОВОНАРОДЖЕНИХ

TOPOGRAPHICAL OF THE MASSETER IN NEWBORNS

Калинчук А.І., Слободян О.М.

Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії,

Буковинський державний медичний університет, Україна

Топографоанатомічні особливості жувального м'яза досліджені на 9 препаратах трупів новонароджених методами макромікропрепарування, рентгенографії, морфометрії.

У новонароджених жувальний м'яз форми неправильного прямокутника, тільки в 23% випадків – форми чотирикутника. М'яз складається з поверхневої і глибокої

частин. Поверхнева частина жувального м'яза бере початок від бічної поверхні виличної кістки та передніх двох третин нижнього краю виличної дуги, волокна простягаються донизу і назад. Глибока частина – починається від задньої третини нижнього краю виличної дуги та всієї внутрішньої поверхні виличної дуги, волокна прямують донизу і вперед. М'яз прикріплюється до жувальної горбистості та до зовнішнього боку гілки нижньої щелепи. У поверхневій частині жувального м'яза біля виличної дуги визначається сухожилкова пластинка, яка становить 1/5 її частини. М'язові волокна поверхневої частини простягаються майже паралельно.

Жувальний м'яз міститься у кістково-фіброзному футлярі, який щільно з'єднаний з м'язовими волокнами. Внутрішня поверхня м'яза прилягає до гілки нижньої щелепи, зовнішня – покрита жувальною фасцією. У 53% випадків зовнішня поверхня та задній край жувального м'яза стикається з привушною залозою, у решта випадків (47%) залоза примикає тільки до заднього краю м'яза. Зазвичай, вздовж нижньої третини переднього краю жувального м'яза простягається лицева артерія. Зовнішню поверхню м'яза перетинає привушна протока та огинає його передній край. У 49% спостережень до переднього краю жувального м'яза примикає жирове тіло щоки. Верхня-задня частина жувального м'яза покриває скронево-нижньощелепний суглоб.

Гораши Є.В.

ОСОБЛИВОСТІ КРОВОПОСТАЧАННЯ ДИСТАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ТОВСТОЇ
КИШКИ

PECULIARITIES OF BLOOD SUPPLY OF DISTAL PART OF LARGE INTESTINE ... 20

Єршова І.Б., Осичнюк Л.М., Реціков В.А.

ТРУДНОЩІ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДИСПЕПСІЇ

DIFFICULTIES IN EARLY DIAGNOSIS OF FUNCTIONAL DYSPEPSIA 21

Єршова І.Б., Реціков В.А., Бондаренко Г.Г., Осичнюк Л.М.

ПРОФІЛАКТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ БІЛІАРНОГО ТРАКТУ

PROPHYLAXIS OF DISEASES OF BILIARY TRACT 22

Загарюк С.В.

РОЛЬ СТРЕСОРНИХ ЧИННИКІВ У РОЗВИТКУ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ У
ДІТЕЙ

THE ROLE OF STRESS FACTORS IN THE DEVELOPMENT OF PEPTIC

ULCER AT CHILDREN 24

Зімагорова Н.О., Підвисоцька Н.І., Ризничук М.О., Ростоцький Т.Д.

ПОШИРЕНІСТЬ ЖОВЧОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ

В ДІТЕЙ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

PREVALENCE CHOLELITHIASIS IN CHILDREN OF THE CHERNIVTSY REGION 25

Кабакова А.Б., Шульгай О.М., Шульгай А.-М.А.

ВИПАДОК ПРОПУЩЕНОЇ ЦЕЛІАКІЇ У ДІВЧИНКИ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

OCCASION OF MISSED CELIAC DISEASE IN SCHOOL-AGE GIRL 27

Калинчук А.І., Слободян О.М.

ТОПОГРАФІЯ ЖУВАЛЬНОГО М'ЯЗА В НОВОНАРОДЖЕНИХ

TOPOGRAPHICAL OF THE MASSETER IN NEWBORNS 30

Катилов В.В.

ГЕНОТИПИРОВАНИЯ HELICOBACTER PYLORI У ДІТЕЙ С ЯЗВЕННОЇ
БОЛЕЗНЬЮ

GENOTYPING OF HELICOBACTER PYLORI IN CHILDREN WITH ULCER

DISEASE 32

Марченко Т.З., Томків Я.В., Сакалош Л.П., Томків З.В.

ЦЕЛІАКІЯ: РЕАЛІЇ СЬОГОДЕННЯ

CELIAC DISEASE: THE PRESENT REALITIES 34

Марчук Ю.Ф., Пашковська Н.В.

ЛАЗЕРНА ПОЛЯРИМЕТРІЯ В ДІАГНОСТИЦІ ПОРУШЕНЬ ГОМЕОСТАЗУ

ЖОВЧІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ НА

ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ ТА МОЖЛИВОСТІ ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ

КОРЕКЦІЇ

LASER POLYARYMETRY IN DIAGNOSTICS BILE HOMEOSTASIS DISORDERS

IN PATIENTS WITH CHRONIC NONCALCULOUS CHOLECYSTITIS AND

DIABETES MELLITUS TYPE 2 AND POSSIBILITIES OF PATHOGENETIC

CORRECTION 38