

НАУЧНО – ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 1512-0392

ЖУРНАЛ ИМ. Н.А.ДЖАВАХИШВИЛИ

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ

МЕДИЦИНА

№1

ДИССЕРТАЦИОННЫМИ СОВЕТАМИ ФАКУЛЬТЕТОВ МЕДИЦИНЫ, СТОМАТОЛОГИИ,
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ФАРМАЦИИ ТБИЛИССКОГО
ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ЖУРНАЛ ВКЛЮЧЕН В
СПИСОК НАУЧНЫХ ИЗДАНИЙ, РЕКОМЕНДУЕМЫХ ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ ФРАГМЕНТОВ
ДИССЕРТАЦИОННЫХ ТРУДОВ

РЕЗЮМЕ ОПУБЛИКОВАННЫХ СТАТЕЙ ПЕЧАТАЮТСЯ В “ГРУЗИНСКОМ
РЕФЕРАТИВНОМ ЖУРНАЛЕ” ТЕХИНФОРМА

ТБИЛИСИ 2017

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР: ПРОФЕССОР Б.КОРСАНТИЯ

ИЗДАТЕЛЬ: ПРОФЕССОР ДЖ.СИЛАГАДЗЕ

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ: З.ВАДАЧКОРИЯ, Д.КОРДЗАЯ, Б.КОРСАНТИЯ,
ДЖ.СИЛАГАДЗЕ, М.ХУБУТИЯ (Москва),
Р. ШАКАРИШВИЛИ**

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

О.АБРАГАМОВИЧ (Украина)	И.ИОРДАНОВ (Болгария)	Д.МИКЕЛАДЗЕ
А.АЗНАУРЯН (Армения)	З.КАЦИТАДЗЕ	И.ПАНЦУЛАЯ
Г.БЕКАЯ	Н.КИПШИДЗЕ	М.САПИН (Россия)
Л.БЕЛЕЦКАЯ (Россия)	А.ЛАРИН (Украина)	И.СЛЕЗАК (Словакия)
И.БЕРАДЗЕ	Н.ЛОМИДЗЕ	Ал.ТЕЛИЯ
Ц.ГАГНИДЗЕ	Р.ЛУНКЕНХЕЙМЕР (Германия)	З.ЦАГАРЕЛИ
Л.ГОГИАШВИЛИ	Л.МАНАГАДЗЕ	П.ЧЕЛИДЗЕ
Ю.ГОДОВАНЕЦ (Украина)	Т.МАЧАВАРИАНИ	Н.ЧИЧИНАДЗЕ
С.ДАЛАКИШВИЛИ	Н.МИТАГВАРИЯ	В.ШАДЛИНСКИЙ (Азербайджан)
Д.ДЕЛИСТРАТИ (США)	Б.МОСИДЗЕ	

УЧРЕДИТЕЛЬ - ООО «ИНТЕРФАРМ+»

НАУЧНО-РЕДАКЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА:
ТБИЛИССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. И.ДЖАВАХИШВИЛИ
ТБИЛИССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР: 0159, ТБИЛИСИ, УЛ. ЧИАУРЕЛИ №2^А
ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОЙ БИОТЕХНОЛОГИИ ИМ. В.БАХУТАШВИЛИ
(995 32) 54-07-22

РЕДАКЦИИ: 0171, ТБИЛИСИ, УЛ. КОСТАВА №67
ООО «ИНТЕРФАРМ+» (995 597) 92-71-71

www.jecm.ge; www.interpharm.edu.ge

**საქართველოს ექიმთა პოსტდიპლომური განათლების
ასოციაცია**

**XII საერთაშორისო პოლიპროფილური სამედიცინო
კონფერენცია –**

**კლინიკური პრაქტიკის საერთაშორისო სტანდარტები:
»დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის სტანდარტები საქიმო
პრაქტიკაში«**

თეზისები

ბაკურიანი, 2017წ., 11-19 თებერვალი

АССОЦИАЦИЯ ПОСТДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧЕЙ ГРУЗИИ

ТЕЗИСЫ

XII МЕЖДУНАРОДНОЙ ПОЛИПРОФИЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ

КОНФЕРЕНЦИИ –

МЕЖДУНАРОДНЫЕ СТАНДАРТЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ:

**«ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СТАНДАРТЫ ВРАЧЕБНОЙ
ПРАКТИКИ»**

Бакуриани (Грузия), 11-19 февраля 2017г.

GEORGIAN PHYSICIANS POSTGRADUATE ASSOCIATION

ABSTRACTS

OF XIIth INTERNATIONAL CONFERENCE –

INTERNATIONAL STANDARDS OF CLINICAL PRACTICE:

“DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC STANDARDS OF MEDICAL PRACTICE”

February, 11-19, 2017, Bakuriani (Georgia)

Ю.Д. ГОДОВАНЕЦ, Д.А. ТАБИДЗЕ
ПРЕЖДЕВРЕМЕННО РОДИВШИЕСЯ ДЕТИ: ЭКСТРЕМАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ И
ПЕРСПЕКТИВЫ СОХРАНЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Кафедра педиатрии, неонатологии и перинатальной медицины Высшего государственного
учебного заведения Украины «Буковинский государственный
медицинский университет» (г.Черновцы, Украина);
Центр Репродуктивной Медицины «Универси» (г.Тбилиси, Грузия)

При принятии решений о мерах по реанимации и сохранению жизни экстремально недоношенных детей следует придерживаться тех же нормативно-правовых условий и этических аспектов, как и в случаях со всеми другими пациентами. Каждый ребенок имеет право на лечение и уход, которые соответствуют его индивидуальным потребностям, независимо от перспектив жизни и выживания.

Задача врача состоит в том, чтобы, уважая достоинство пациента и его основные права на жизнь и физическую неприкосновенность, сохранить жизнь, защитить и восстановить здоровье, а также облегчать страдания и оказывать помощь умирающему до самой его смерти.

Обязанность врача сохранить жизнь существует не при всех обстоятельствах.

При лечении экстремально недоношенных детей на грани жизнеспособности помочь выжить части детей на короткий или более длительный период времени можно с помощью реанимационных мероприятий, но делать это следует только при определенных обстоятельствах, с учетом возможных существенных отклонений здоровья, физических и психических нарушений, которые могут сохраняться на протяжении всей жизни. При поиске решения эти противоречивые аспекты следует обдумать как можно тщательнее.

Независимо от других целей медицинского лечения каждый ребенок имеет право на первичную медицинскую помощь, облегчение страданий и боли, как можно лучший уход и человеческое обращение.

Объем медицинской помощи основывается не только на технических возможностях. Принятие решения об оказании медицинской помощи должно обосновываться прогнозируемым конечным результатом.

Кроме того, показанные медицинские мероприятия требуют согласия пациентов или, в случае, если пациент не способен дать свое согласие, согласия представителя пациента. В случае с экстремально недоношенными детьми это также касается и установления целей лечения, и определения необходимых медицинских манипуляций.

Решение о том, что при данном прогнозе более обосновано - сохранение жизни или как можно лучше организованная паллиативная помощь и соответствующий перечень мер, которые следует предпринять либо не предпринимать, после широкого разъяснения и консультации врача с учётом медицинских показаний должно приниматься лицами, имеющими родительские права, то есть, как правило, родителями ребенка. Родители имеют право дать согласие на представленные врачом реанимационные мероприятия для своего ребенка либо отказаться от них.



O.B. BODNAR, B.M. BODNAR

ACQUIRED INTESTINAL OBSTRUCTION IN CHILDREN

Pediatric Surgery and Otolaryngology Department of Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University» (Chernivtsi, Ukraine)

Refers to the common diseases of the abdominal cavity in children who require operative intervention: are taken a third place after surgery for acute appendicitis and congenital obstruction. For a long time was the most frequent cause of mortality in childhood. The reason can be some congenital malformations, and the appearance of pathological factors that are explained in the classification.

The classification of acquired obstruction of bowel depends on the level: high and low. According to character of the process: acute, chronic, chronic-recurrent. According to a particular mechanism of pathogenesis: mechanical, functional, strangulated, obstructive, obstructive-strangulated. Mechanical: adhesive, intussusception (invagination of bowel), obstruction of the lumen of the intestine hair ball, biliary, fecal stones, helminth ravel, compression by external tumors, cysts, blood vessels and a Meckel's diverticulum. Dynamic obstruction: paralytic, spastic. Intussusception: small intestine-small intestine, small intestine-large intestine (ileocecal), large intestine-large intestine. Adhesive obstruction: early (paretic, delayed), late (after one month from the date of the surgery).

Depending on the severity of obstruction of bowel may be a different symptomatic disease. Cramping abdominal pain, vomiting with intestinal contents, bile, not passing of bowel gas and feces, anxiety of the child, deterioration of general condition due to dehydration - the main anamnestic information. Examination of a patient shows that the patient changes position frequently, in some cases is knee-elbow position. There are tachycardia, dry tongue, decreased tissue turgor. At the beginning abdomen is moderately swollen, soft, involved in breathing, occasionally can be observed asymmetry of the abdomen. Intestine loops are visible on the front wall of abdomen, peristalsis is reinforced, can be audible "noise of a falling drop," "transfusion liquid", drum belly bowel noise (tympanitis) above the extended intestine loops. In the rectal investigation is determined that rectum is enlarged and without fecal content. Later arise peritoneal symptoms: tension of the abdominal wall and other symptoms of irritation of the peritoneum. Very strong pain is observed at strangulated ileus in which the abdomen is soft, painful at the place of a strangulation.

Diagnosis is clarified by X-ray of the abdomen in an upright position (Kloyberjs cups), ultrasound. In acute and subacute, chronic recurrent types of obstruction initially is used conservative treatment for 8-12 hours, which allows to cure obstruction in 70-80% in patients. If this treatment is inefficient in children with strangulated ileus, they must be operated on urgently. A surgeon must eliminate the cause of ileus, necrotic part of bowel must be removed with the next creation of anastomosis of bowel if it is possibly.



S.A. LEVYTSKA

THE TREATMENT OF THE CHILDREN WITH MARSHALL SYNDROME

Pediatric Surgery and Otolaryngology Department of Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University» (Chernivtsi, Ukraine)

The group of French scientists published an analysis of 12 clinical cases characterized by a combination of 4 symptoms: periodic fever, ulcer stomatitis, inflammation of the pharynx (pharyngitis) and cervical lymph nodes (cervical adenitis) in 1987. The authors called the new disease PFAPA-syndrome. The other name of the disease is Marshall Syndrome (MS) in honor of the scientist, who described it.

Despite the 30-year-studying history the etiology MS is still unknown, and the MS is still the diagnosis of exclusion. The algorithm of treatment of MS-patients has not established yet, but, on the other side, there was the description of effectiveness of tonsillectomy in MS-patients.

As result of examination of 500 children after tonsillectomy we found four clinical cases with a predominance of males (0,8%) that corresponded with MS symptoms. The average age of children with MS was 4,25 years, the average period between the febrile episodes was 28,0 days, the period of hyperthermia – 4,0 days. The disease is manifested by acute purulent tonsillitis, cervical lymphadenitis, fever with poor response to the antipyretics and good response to the steroids. Ulcer stomatitis was diagnosed in 2 patients, abdominal pain - in the one.

Removal of palatine tonsils was an effective method of treatment which allowed stopping of the exhausting episodes of a hyperthermia and the tonsillitis completely. In development of episodes of the tonsillitis inherent in a syndrome of Marshall, the v-haemolytic streptococcus had no essential value.



Л.И. ВАТАМАНЕСКУ

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛОСТАЗА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Кафедра детской хирургии и отоларингологии Высшего государственного учебного заведения Украины «Буковинский государственный медицинский университет» (г.Черновцы, Украина)

Введение. Хронический колостаз – это постоянное замедление ритма дефекации, которое возникает в результате устойчивого снижения или потери пропульсивных и эвакуаторных свойств толстой кишки, обусловленных нарушением ее двигательной активности, вызывает прогрессирование интоксикации, влияет на общее развитие ребенка, ведет к изменениям в других органах и системах.

Цель работы. Изучить возможности консервативного лечения детей с хроническим колостазом, обусловленный врожденными пороками ободочной кишки (ВПОК).

Материалы и методы. За период с 2006 по 2016 годы с хроническим толстокишечный стазом было обследовано 344 детей в возрасте от 2 до 18 лет.

Консервативное лечение было первым этапом лечения этих пациентов. В случае неэффективности, оно использовалось в качестве предоперационной подготовки.

Результаты и их обсуждение. Комплексное консервативное лечение проведено 344 пациентам. Лечение объединяло общие средства и местные мероприятия.

Оценку консервативного лечения проводили через 2 года после начала лечения. Установлено, что дети у которых отмечался положительный эффект от консервативного лечения в течение года, улучшение состояния происходило в дальнейшем. У пациентов которых консервативная терапия оказалась безуспешной в течение года происходило прогрессирования заболевания. Считаю целесообразным оценивать возможность консервативного лечения ВПОК у детей через год от его начала.

Консервативное лечение оказалось неэффективным у 87 пациентов с ВПОК (25,29%).

Выводы. Лечение детей с врожденными пороками ободочной кишки должно быть комплексным, состоять из местных и общих мероприятий, приоритетным после установления диагнозов: долихосигма, болезнь Пайра, синдром Хилаидити (при отсутствии неотложных показаний к операции).

У 25,29% детей с врожденными пороками ободочной кишки консервативное лечение оказывается неэффективным, что связано с необратимыми изменениями в стенке кишки.

Эффективность консервативной терапии у 100% детей при компенсированном течении заболевания обуславливает необходимость раннего обращения и обследования детей с врожденными пороками ободочной кишки для предупреждения оперативного вмешательства.



О.И. ГОДОВАНЕЦ
КАРИЕС ЗУБОВ У ДЕТЕЙ: ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ
ФОРМИРОВАНИЯ ПАТОЛОГИИ

Кафедра хирургической и детской стоматологии Высшего государственного учебного заведения Украины «Буковинский государственный медицинский университет» (г.Черновцы, Украина)

Кариес зубов - это многофакторный патологический процесс, который проявляется после прорезывания зубов и характеризуется очаговой деминерализацией твердых тканей зуба с появлением дефекта в виде полости.

Факторы, влияющие на развитие кариеса зубов в раннем детском возрасте (до 3-х лет): наследственные и врожденные нарушения структуры твердых тканей зуба; недоношенность детей; искусственное вскармливание; тяжелые заболевания в первые месяцы жизни ребенка; антибиотикотерапия в первые месяцы жизни ребенка; недостаточное поступление фтора в организм ребенка (эндемические зоны).

Факторы, приводящие к развитию кариеса зубов у детей 3-7 лет: алиментарные (избыток углеводов, недостаток макро- и микроэлементов); плохая гигиена полости рта; зубочелюстные аномалии и деформации; снижение минерализующего потенциала слюны; снижение защитных механизмов организма.

С возрастом у детей увеличивается роль общесоматических факторов, которые, как правило, приводят к формированию декомпенсированных форм кариеса: эндокринная патология (сахарный диабет, дистиреоз, нарушения функции половых желез), патология ЛОР-органов (гипертрофия глоточной и небных миндалин, хронические риниты, синуситы), патология желудочно-кишечного тракта (дисбактериоз, гастрит, энтероколит, нарушения функции поджелудочной железы и печени), патология опорно-двигательного аппарата (рахит, ревматоидный артрит), патология центральной нервной системы (органическая или функциональная), иммунодефициты, метаболические нарушения и др.

На всех возрастных этапах важную роль в профилактике кариеса зубов играет врач-педиатр, который способен обнаружить как патологию внутренних органов, так и банальные кариесогенные факторы, а также проводить эффективную борьбу с ними.



Т.А. ДРОНИК

АСПЕКТЫ КАТАМНЕСТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ
ПАТОЛОГИЕЙ: ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

Кафедра ухода за больными и высшего медсестринского образования Высшего государственного учебного заведения Украины «Буковинский государственный медицинский университет» (г.Черновцы, Украина)

Актуальность. Функциональные гастроинтестинальные нарушения занимают одно из ведущих мест в структуре детской заболеваемости, занимая от 60% до 95% среди заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), встречаются почти у 70-85% младенцев. Функциональные нарушения деятельности ЖКТ, причиной которых у детей раннего возраста в большинстве случаев есть перинатальная патология, являются предпосылкой формирования хронической патологии гастроинтестинальной системы в дальнейшем. (Знаменская Т.К., 2014; Шадрин О.Г., Полковниченко Л.М., 2012; Вороненко И.И., 2011; Беляева И.А., 2011).

Цель исследования. Усовершенствование схем катamnестического наблюдения и реабилитации детей с проявлениями дисфункции органов пищеварения с момента рождения и на протяжении последующих лет жизни.

Материалы и методы. При оценке данных анамнеза установлено, что дети родились от беременности, которая протекала на фоне соматической патологии матерей: патологии сердечно-сосудистой системы (24,6%), анемии (21,9%), гинекологической патологии (16,5%), эндокринной патологии (6,2%). Факторы риска течения беременности: угроза преждевременных родов (52,4%), гестоз (22,9%), многоводие (16,1%), дистресс плода (11,2%), изосенсибилизация по АВО и резус-фактору (29%). Среди особенностей течения родов выявлено значительный процент обвития пуповиной вокруг шеи (36,2%), преждевременного разрыва плодных оболочек (22,6%), рождение путем операции кесарева сечения (36%), оказания акушерской помощи в родах (34,3%). По данным анамнеза при рождении у детей наблюдалась следующая патология: неонатальная энцефалопатия (98,6%), синдром дыхательных расстройств (44,2%), асфиксия (25%), судорожный синдром (21%), недоношенность (56,8%). Часть детей нуждалась респираторной поддержке (31%), вскармливании через зонд (58,2%). На момент осмотра дети имели следующие нарушения со стороны пищеварительной системы: дефицит массы тела, снижение аппетита, беспокойство при кормлении, срыгивания, запоры, кишечные колики, вздутие живота, наличие слизи и непереваренных примесей пищи в кале.

Выводы. Разработка направлений своевременного прогнозирования, диагностики, профилактики и коррекции функциональных расстройств ЖКТ у детей, совершенствование схем катamnестического наблюдения и реабилитации детей, перенесших перинатальную патологию, начиная от рождения, позволит в определенной мере предупредить развитие хронической гастроэнтерологической патологии в последующие годы жизни.



Л.В. МЕЛЬНИЧУК

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Кафедра семейной медицины Высшего государственного учебного заведения Украины «Буковинский государственный медицинский университет» (г.Черновцы, Украина)

Первостепенное значение в распространении респираторных инфекций в популяции занимают дети. Здоровый ребенок 2-4 лет может иметь 6-8 эпизодов респираторной инфекции в год, что обусловлено физиологическими особенностями иммунной системы ребенка. Респираторные заболевания являются наиболее частой причиной смерти детей от инфекционных заболеваний, что приводит к необходимости рационального подхода к их лечению. Поражения дыхательных путей являются полиэтиологическими заболеваниями, а именно вирусными, бактериальными, грибковыми, но в подавляющем большинстве имеют вирусное происхождение и поэтому не нуждаются в этиотропной терапии. В Украине от 40 до 80% респираторных инфекций сопровождается назначением антибиотиков, хотя вторичные бактериальные осложнения встречаются не чаще, чем в 5-15% случаев.

Целью наших исследований было проведение анализа эффективности лечения заболеваний респираторной системы у детей, в том числе с использованием антибиотиков. Проведен анализ карт 162 детей с респираторной патологией. В нозологической структуре детей первое место заняли бронхиты (38%), второе – ОРВИ (35%), третье – бронхиолит (16%),

четвертое – пневмонии (7%), далее – отиты (3%) и экзантемы (1%). Диагноз пневмонии всем детям подтвержден рентгенологическим исследованием.

Проблемным вопросом лечения респираторных заболеваний детей остается целесообразность назначения антибиотиков. В нозологической структуре пневмонии составили лишь 7%. В то же время, частота назначения антибиотиков составила 40,2%. Обоснованием для назначения антибиотиков часто являются изменения в гемограмме (лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, изменения СОЭ). Однако, только в 25,9% детей в гемограмме наблюдались подобные изменения, что ниже количества детей, которые получили антибиотик.

Анализ назначений групп антибиотиков свидетельствует, что чаще всего стартовыми антибиотиками на амбулаторном этапе лечения была группа цефалоспоринов III поколения (33,4%) и аминопенициллинов (33,3%), на втором месте были макролиды (22,2%), третье место заняли цефалоспорины II поколения. В стационаре стартовыми комбинациями чаще были цефалоспорины III поколения (78%), значительно реже использовались аминопенициллины (9,8%), цефалоспорины II поколения и макролиды (по 4,9%). В отдельных случаях (2,4%) детям старше 15 лет назначались фторхинолоны. В 13,7% детей использовали комбинацию двух антибиотиков. Анализ проведенного лечения свидетельствует, что большинство детей (75,6%) получили жаропонижающие препараты (ибупрофен и парацетамол). Второй по частоте назначения была группа рекомбинантных интерферонов (47,5%). Антибиотики разных групп назначались 40,2% детей, из них парентерально – 31,0%, перорально – 9,2% детей. У 28,8% детей применены глюкокортикоиды коротким курсом. Препараты сальбутамола назначались в 13,4% детей в виде ингаляций. Противовирусные препараты прямого действия использованы у 1,7% детей.

Таким образом, в нозологической структуре респираторных заболеваний у детей доминируют бронхиты, бронхиолит, ОРВИ. Во время лечения противовирусные препараты назначались 1,7% детей, а частота назначения антибиотиков – 40,2%. В 33,4% случаев на этапе амбулаторного лечения назначались цефалоспорины III поколения, что опасно формированием мультирезистентных, нечувствительных ко многим препаратам микроорганизмов, которое в будущем осложнит лечение детей и будет постоянно наращивать количество антибиотиков.



В.С. ХАЩУК, О.Б. БОДНАР

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АТРЕЗИИ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ

Кафедра детской хирургии и отоларингологии Высшего государственного учебного заведения Украины «Буковинский государственный медицинский университет»
(г.Черновцы, Украина)

Под атрезией подвздошной кишки понимают врожденный порок развития с полным или неполным перекрытием просвета или отсутствием одного из отделов. Возможны единичная и множественные атрезии а также мембрана, перекрывающие просвет кишки.

Ранними симптомами являются многократная рвота кишечным содержимым после каждого кормления с примесями желчи, отсутствие отхождения мекония, беспокойство ребенка. После кормления отмечается асимметрия живота – “вздутые” верхние отделы, запавший низ живота. Осложнением может быть перфорация кишки, которая сопровождается признаками перитонита.

В диагностике важную роль играет рентгенконтрастное обследование с водорастворимой смесью в вертикальном положении, которая вводится через назогастральный зонд. На рентгенограмме можно увидеть 1-3 воздушных пузыря («double bubble»), свидетельствующие об атрезии в высоких отделах тонкой кишки и более 3-х - в нижних отделах. Положительной также является проба Fairber. Для этого из центральной части мекония берут кусочек на предметное стекло, промывают эфиром. Препарат в течение 1 минуты окрашивают генициановым фиолетовым, промывают проточной водой и добавляют соляную кислоту. Сохраняют окрашивание только клетки ороговевшего эпителия. При атрезии тонкой кишки они отсутствуют. Операция должна быть выполнена в первые 24 часа жизни ребёнка. Бактериальная флора в этот период слабо развита, и вероятность инфекции со стороны кишечника значительно меньше.

После передоперационной подготовки выполняется лапаротомия с ревизией органов брюшной полости, определяется уровень и тип атрезии, которые обуславливают тактику хирургического вмешательства. При атрезии дистального отдела подвздошной кишки выполняется наложение илеостомы, илеоилеоанастомоза или наложение У-образной стомы. В брюшной полости не оставляют дренажей и не проводят трансанастомотические трубки. Следующим этапом является закрытие стомы в плановом порядке через 3 недели – 6 месяцев после коррекции атрезии.

Частота послеоперационных осложнений (несостоятельность анастомоза, образование стриктуры, нарушение функции кишечника, синдром слепой петли, синдром короткой кишки) может быть снижена за счет внимательной оценки анатомической ситуации, прицеливающей хирургической техники и применения методов, обеспечивающих максимальное сохранение длины кишечника.



О.И. ЮРКИВ

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЭНДОТОКСИКОЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННОЙ
ПАТОЛОГИЕЙ КИШЕЧНИКА
В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Кафедра ухода за больными и высшего медсестринского образования Высшего
государственного учебного заведения «Буковинский государственный
медицинский университет» (г.Черновцы, Украина)

На сегодняшний день проблема синдрома эндогенной интоксикации (эндотоксикоза) остается одной из наиболее актуальных. Это связано с важной ролью данного синдрома как звена патогенеза, так и фактора, определяющего тяжесть течения различных заболеваний. Безусловно, одним из важнейших компонентов прогрессирования эндотоксикоза является неспособность детоксицирующих систем и органов справляться с токсинами, отмечается срывом адаптационных механизмов и формированием морфофункциональных расстройств органов детоксикационной системы. Кроме того, известна важная роль мембранодестабилизирующих явлений в патогенезе эндотоксикоза, при крайней степени выраженности которых (деструкция биомембраны) появляется новый «источник» токсичных субстанций и возникает замыкание «порочного» круга.

Под термином «эндотоксикоз» понимают клинический синдром, возникающий в результате накопления в тканях и биологических жидкостях организма эндотоксинов и текущий стадийно от начальной токсемии из первичного очага в эндогенную интоксикацию различной степени выраженности, вплоть до полиорганной недостаточности.

Судя по данным литературы, в настоящее время нет единой точки зрения относительно важности биохимических показателей метаболического гомеостаза для диагностики и определения степени тяжести эндотоксикоза при различной патологии у детей. Одни авторы считают важным маркером выраженности эндотоксикоза соотношение общей и эффективной концентрации альбумина, вторые – интенсивность мембранных реакций перекисного окисления липидов (ПОЛ), третьи – разницу суммарной концентрации в крови SH-группы и их небелковой фракции. Интенсивность мембранных реакций ПОЛ, по данным литературы, оценивают по содержанию вторичного продукта окисления – малонового диальдегида (МДА) отдельно в плазме и в эритроцитах. Активность антиоксидантной защиты организму целесообразно изучать по содержанию в крови ключевого фермента каталазы.

Длительная активация процессов свободнорадикального окисления, которая лежит в основе патогенеза различных патологических состояний (воспалительных, сердечно-сосудистых и др.) ведет к развитию синдрома липидной пероксидации, что проявляется повреждением мембранных липидов, угнетением ресинтеза АТФ, накоплением продуктов перекисного денатурации липидов и белков. Избыток липидных перекисей нарушает физико-химическую структуру мембран клеток, подавляет их ферментативные системы, инактивирует цитоплазматические ферменты, деполяризует ДНК, расщепляет АТФ и аминокислоты, снижает активность тиоловых ферментов, снижает акцепторную способность альбумина, нарушает активность SH-групп. Интенсивность процессов ПОЛ нарушается при многих патологических состояниях, сопровождающихся эндогенной интоксикацией организма. Процессы ПОЛ не относящиеся к специфическим, и их оценку необходимо проводить комплексно с оценкой активности системы антиоксидантной защиты организму.

Таким образом, в комплексе биохимических проявлений выраженности эндотоксикоза прогностически значимым является изучение показателей оксидантно и антиоксидантной систем.



А.С. ГОДОВАНЕЦ

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ
ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У
НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В КОМПЛЕКСЕ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Кафедра педиатрии, неонатологии и перинатальной медицины
Высшего государственного учебного заведения Украины «Буковинский государственный
медицинский университет» (г.Черновцы, Украина)

Наибольший вклад в показатели перинатальной и младенческой смертности, заболеваемости периода новорожденности и раннего детства приносят недоношенные дети. Тяжесть состояния преждевременно родившихся детей обусловлена основным заболеванием, морфо-функциональной незрелостью организма и как правило усугубляется перинатальным поражением мозга в результате перенесенной гипоксии, что подтверждается результатами ультразвукового исследования.

При изучении клинической картины у всех недоношенных основной группы и у 33,3% детей группы сравнения имели место симптомы дисфункции желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Преобладающими патологическими синдромами со стороны ЖКТ у новорождённых в первые дни жизни были нарушение моторики желудка и кишечника. У большинства детей основной группы клинические проявления поражения ЖКТ позникали в 1-3 сутки жизни в виде пареза кишечника (43,2%), желудочных кровотечений (22,7%), застойных явлений в желудке (59,1%), синдрома срыгиваний и рвот (62,9%). Выявленные симптомы носили стойкий характер и сохранялись более 5-7 суток.

При развитии язвенно-некротического энтероколита (ЯНЭК) отмечалось значительное ухудшение общего состояния, нарастание симптомов интоксикации, появление рвоты с патологическими примесями в виде зелени и прожилок крови, снижение толерантности к энтеральному питанию, увеличение объема застойного содержимого в желудке, резкое вздутие живота,

появление болезненности при пальпации, отечность, гиперемия и расширение сосудистой сети передней брюшной стенки, задержка стула.

Максимально раннее прогнозирование возможного возникновения дисфункциональных нарушений ЖКТ у недоношенных новорождённых даёт возможность предупредить тяжёлые последствия с развитием полиорганной недостаточности при перинатальной патологии.



А.И.ПЕРИЖНЯК

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОГО ПРЕПАРАТА ЦИТОФЛАВИН В КОМПЛЕКСЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ НОВОРОЖДЕННЫХ С ПРИЗНАКАМИ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Кафедра ухода за больными и высшего медсестринского образования Высшего государственного учебного заведения Украины «Буковинский государственный медицинский университет» (г.Черновцы, Украина)

Гипоксия является одной из основных причин нарушений метаболизма и дестабилизации функции клеток, в основе чего – недостаточность главной клеточной энергообразующей системы митохондриального окислительного фосфорилирования.

Цель исследования. Изучить эффективность использования комбинированного метаболического антигипоксического препарата Цитофлавин (Cytoflavin) в комплексе интенсивной терапии новорожденных с признаками нарушений функционального состояния сердечно-сосудистой системы (ССС) в условиях перинатальной патологии тяжелой степени.

Материалы и методы. Общее количество исследуемых новорожденных было разделено на две группы. Основную группу составили 25 новорожденных с тяжелой степенью перинатальной патологии, которые имели признаки постгипоксического поражения ССС, и которым в традиционном комплексе лечения был назначен комбинированный против 2,66±0,13 о.о.г/мл (л37нм) группы наблюдения, что свидетельствовало о значительной активации системы свободнорадикального окисления (СРО) у детей, имевших синдромы дизадаптации в раннем неонатальном периоде.

Положительная динамика клинической симптоматики у новорожденных основной группы на фоне приема Цитофлавина была подтверждена уровнем активности системы СРО на 6-7 сутки жизни, который был значительно ниже по сравнению с группой контроля. Таким образом, динамика состояния детей свидетельствует о целесообразности применения указанного препарата при нарушениях функционального состояния ССС у новорождённых.

