МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

М А Т Е Р І А Л И

97 – ї
підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
вищого державного навчального закладу України
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

15, 17, 22 лютого 2016 року

Чернівці – 2016

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

Матеріали 97 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 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.
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 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний університет, 2016

Таким чином, достовірних відмінностей щодо розподілу повільного та швидкого ацетиляторного фенотипу в когортах пацієнтів пізнього та раннього дебюту БА не встановлено. Однак, як аналіз діагностичної цінності клініко-параклінічних показників, так і результати кластерного аналізу когорт пацієнтів із раннім та пізнім дебютом БА залежно від типу ацетилювання в цілому дозволили характеризувати БА з маніфестацією до 3-х років як переважну ранню реалізацію атопічної налаштованої реактивності організму дитини, що здебільшого асоціювала з повільним типом ацетилювання, оскільки за швидкого ацетиляторного фенотипу сформовані кластери виявились доволі однорідними. За результатами кластерного аналізу фенотип БА пізнього початку розцінено як результат реалізації несприятливого поєднання внутрішніх факторів та зовнішньосередовищних чинників схильності до хвороби, причому за повільного ацетилювання пізній фенотип різнився за клінічними особливостями, тяжкістю БА та особливостями застосування бета-агоністів короткої дії, тоді як за швидкого ацетиляторного фенотипу – переважно за особливостями атопічної реактивності.

Боднар Б.М., Унгурян А.М.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ОБМЕЖЕНИХ ФОРМ ЗАРАЗНОГО КОНТАГІОЗНОГО МОЛЮСКУ У ДІТЕЙ

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

Нами вивчено розповсюдженість контагіозного молюску серед дітей та підлітків, вивчено та запропоновано новий пролонгований асептичний метод лікування контагіозного молюску, розроблено профілактичні заходи серед дітей та підлітків.

До одного року – 4 дитини, 4 - 7 років – 10 дітей, до 14 років – 10 дітей, 14 - 18 років – 6 підлітків; 19 хлопчиків, 11 дівчаток; з генералізованими формами – 11 хворих, з обмеженими формами – 19 хворих.

В останні три роки в клініку дитячої хірургії та дерматології звернулися 30 хворих зі скаргами батьків на наявність висипки у вигляді вузликів в різних ділянках тулуба, живота, промежини, шиї, внутрішньої поверхні верхніх і нижніх кінцівок. Хвороба розпочиналася з появи на тілі соскоподібних безболісних вузликів тілесного кольору від булавковоподібної форми до горошини з пупкоподібним вдавленням в центрі. При надавленні в центрі виділяється крошкоподібна маса білого кольору, іноді появляється свербіж, відмічалась незначна болючість.

У 19 дітей висипка зустрічалася в обмеженій формі (10-20 вузликів); у 11 – висипка набувала розповсюдженої форми (50-200 і більше вузликів) по всьому тулубі дитини. Практично у всіх хворих були типові висипання, у одного хворого на фоні генералізованої форми відмічені атипові елементи по типу дрібних кондилом на статевих органах, в ділянці промежини та лобку.

Напередодні першої доби сеансу кріохірургічного лікування, ділянки ураження, санували рожевим розчином марганцевокислого калію та 1% розчином перекису водню. Обмежені ділянки, не більше 20 висипок, обробляли 1% розчином саліцилового спирту. За 20 хв. до кріодеструкції шкіру обробляли кремом «ЭМЛА» або «Катеджель» з метою місцевого знеболення, як правило, через 20 хв. діти болю не відчували.

Операційне поле тричі обробляли 1% розчином саліцилового спирту та 5% розчином йоду. Поле обмежували стерильними серветками. Потім через пуповинне вдавлення вузлика тупою частиною стерильною одноразовою голкою, довжиною до 100 мм і діаметром 1,5 мм, строго вертикально вводили у заглиблення вузлика до обмежувача, що запобігає травмуванню шкіри навколо вузлика. До канюлі за допомогою перехідника приєднується силіконова трубка, довжиною до 50 см, діаметром 4 мм, вільний кінець силіконової трубки за допомогою штуцера, нами розробленого до перехідника, приєднували до сопла кріогенної системи «Cry-Ac Tracker Brymill», USA. Нажимом рукоятки клапану кріогенної системи, подавали через силіконову трубку рідкий азот. При проходженні рідкого азоту через голку прохідника проводили заморожування порожнини молюску, яке продовжувалось 4-5 сек. До утворення «снігового хвостика».

Лікуванню піддавали до 20 вузликів, після повного відтаювання місце контакту введення обробляли 5% розчином йоду, а оточуючі тканини 1% розчином саліцилового спирту. Лікування проводили відкритим методом протягом 2 діб. На третю добу на місці дії холодом, ділянки мали вигляд маленьких пустул з наявністю реактивно –а септичного випоту. На протязі 2 діб обробляли розчином 95% спирту, на 5 добу утворювалась кірочка, рана заживала під струпом, який відпадав на 10-12 добу. Утворювались ніжні рожеві рубці, які на 12-13 добу розсмоктувалися, появлялася ніжна шкіра світлого кольору з шороховатістю.

У 98% хворих отримано позитивний результат, у двох дітей появились нові висипки, що вимагало повторного лікування як при розповсюдженій формі контагіозного молюску. Протягом трьох років спостереження за хворими, які отримали лікування запропонованим методом, рецидивів не спостерігалось. Таким чином, нами розроблений та впроваджений в практику новий метод пролонгованого асептичного процесу у дітей з контагіозним заразним молюском з використанням апаратної кріодеструкції з екстремально низькою температурою – 40 - 50 °С. Кріохірургічний метод пролонгованого асептичного процесу контагіозного молюску рекомендується для впровадження в амбулаторіях сімейного лікаря, в поліклініках, для сумісного лікування контагіозного молюска дитячими хірургами, дорослими хірургами при тісній співпраці з лікарем дерматологом.

Наявність збільшення контагіозного молюска вимагає покращити просвітницьку діяльність серед лікарів шкіл, вчителів, тренерів, майстрів виробничого навчання, батьків, дітей про дотримання чітких правил

гігієни та обмеження контактів хворих із здоровими дітьми при наявності у хворих висипки контагіозного заразного молюску.

Боднар О.Б.

ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНА ПІДГОТОВКА ТА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНЕ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З ХРОНІЧНННМ КОЛОСТАЗОМ ОБУМОВЛЕНИЙ ПРИРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ ОБОДОВОЇ КИШКИ

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

Розробка алгоритмів передопераційної підготовки та післяопераційної реабілітації дітей, оперованих з приводу природжених вад ободової кишки (ОК).

За період з 2006 по 2015 роки на кафедрі дитячої хірургії Буковинського державного медичного університету на базі клініки дитячої хірургії (КМУ МДКЛ, м. Чернівці) з хронічним товстокишковим стазом, неаганглiонарного генезу було оперовано 43 дітей у віці від 2 до 18 років.

Для оцінки ефективності запропонованого лікування, дітей поділяли на дві групи. І група (передопераційна підготовка та післяопераційне лікування традиційним способом) - порівняльна (21 дитина), ІІ група (запропоноване удосконалене лікування) дослідна (22 дітей). За клінічним перебігом виділяли компенсований, субкомпенсований та декомпенсований колостаз.

Безпосередню передопераційну підготовку проводили на протязі 5-7 діб. Вона полягала в: механічній очистці товстої кишки (ТК), дотриманні дієти, медикаментозній підтримці. Терапія передопераційного періоду за 10 діб до операції призначали «Симбітер» (по 1 дозі на день вранці після їжі). Для усунення клінічних проявів та біохімічних маркерів синдрому ендогенної інтоксикації використовували метаболічний препарат «Далмаксін» (по 1 свічці per rectum на ніч). Для підвищення активності окисно-відновних процесів призначали вітаміни: аскорбінову кислоту, тіамін, пірідоксін, рибофлавін, фолієву кислоту у вікових дозах. Увечері напередодні операції та вранці в день операції призначали цефтріаксон (100 мг/кг ваги). Лікування в післяопераційному періоді базувалося на: вилученні значної ділянки ОК, тривалими маніпуляціями у рефлексогенній зоні малого тазу та промежини, необхідністю пристосування організму дитини до нових фізіологічних умов існування ТК.

Всім дітям проводили інфузійну (NaCl 0,9%, глюкоза 5%, «Реосорбілакт», «Ксілат») та антибактеріальну (цефалоспорин + аміноглікозид, найбільш часто: цефтріаксон + амікацин) терапії, парентеральне харчування («Інфезол 100» та 10 % глюкоза), відповідно віку та вазі дитини. Всім пацієнтам ІІ групи внутрішньовенно вводили озонований фізіологічний розчин NaCl 0,9% в концентрації 2,5 мкг/л у дозі 5-10 мл/кг зі швидкістю 7 мл/хв.

Назогастральний зонд видаляли з шлунка при появі помірної перистальтики та нормалізації евакуації кишкового вмісту (2-3 доби). З 2 доби дітям дозволяли пити воду, а з 3 – кефір. На 4-5 доби дітям дозволяли вживати овочеві супи, курячі бульони, варені яйця, печені яблука. На 6 добу – відварене м'ясо, "перемелені каші" (гречані, рисові), морс. На 7 добу – картопляні пюре, м'ясо, парові котлети та інше. Продовжували ентеральну підтримку сумішами: Peptamen Junior та Peptamen (Nestle) (7 діб після операції). При переході на ентеральне годування призначали пробіотики (10 діб після операції). При відсутності випорожнень на 3 добу після операції, для стимуляції перистальтики, призначали прозерин (0,05% двічи на добу).

Катетеризація сечового міхура тривала від 1 до 3 діб (при можливості самостійного сечопуску катетер видаляли).

Надавали перевагу ранній фізичній активності. При трансанальній резекції ТК діти ходили з 2 доби після операції, при інших хірургічних втручаннях з 4-5 діб. На 7 добу знімали шви з післяопераційної рани. На 10 добу при низведенні товстої кишки виконували контрольне ректальне дослідження.

Через 1, 3, 6, 12 місяців після операції проводили контрольний огляд та реабілітаційне лікування за принципами консервативної терапії при хронічному товстокишковому стазі. Пацієнтам було рекомендовано санаторно-курортне лікування не раніше ніж через 3 місяці після операції (Моршин, Трускавець).

Успіх хірургічного лікування дітей з хронічним колостазом, що обумовлений природженими вадами ободової кишки залежить від індивідуально підібраного способу оперативного втручання, якості передопераційної підготовки та післяопераційного лікування. Видалення певного сегменту ободової кишки та необхідність пристосування організму дитини до нових фізіологічних умов анатомічного існування товстої кишки є підгрунтям вибору способів передопераційної підготовки та післяопераційної реабілітації дітей з хронічним колостазом. У передопераційний період дітей з природженими вадами ободової кишки доцільно включати ретроградну та ортоградну очистки товстої кишки, дотримання дієти та медикаментозну підтримку за запропонованим алгоритмом. В комплекс заходів післяопераційної реабілітації доцільно додати: внутрішньовенні інфузії озонованого фізіологічного розчину NaCl в концентрації 2,5 мкг/л та внутрішньоректальний електрофорез при енкопрезі.