

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



МАТЕРІАЛИ

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 – її 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 – її 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. Івашук 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



Слухова труба пряма, широка, має циліндричну форму. Кістковий відділ і перешийок у неї відсутні. Глоткові отвори розміщуються на рівні твердого піднебіння. Передньозадній розмір глоткових отворів значно збільшується. Барабанні отвори зміщуються доверху ще більше в порівнянні з попереднім періодом розвитку. Довжина слухової труби - $16,88 \pm 0,32$ мм, діаметр її $1,77 \pm 0,02$ мм. Барабанні отвори слухової труби мають наступні розміри: горизонтальний - $3,48 \pm 0,11$ мм, вертикальний - $4,52 \pm 0,16$ мм. Передньозадній розмір глоткових отворів становить: $2,25 \pm 0,09$ мм, вертикальний розмір - $2,94 \pm 0,08$ мм.

Канал внутрішньої сонної артерії проходить під кутом 55° до основи черепа і лежить на нижній поверхні скроневої кістки. Діаметр каналу внутрішньої сонної артерії складає $2,56 \pm 0,04$ мм. Ширина яремної ямки - $7,25 \pm 0,18$ мм, довжина - $9,50 \pm 0,24$ мм.

У плодів даного віку продовжується формування нижньої та передньої стінок барабанної порожнини та надбарабанного простору. Печера соскоподібного відростка не має дефінітивних розмірів і розташування її відрізняється від розташування у новонароджених. Барабанні отвори слухових труб починають переміщуватися з нижньої частини барабанної порожнини доверху, а глоткові отвори знаходяться на рівні твердого піднебіння. Канал лицевого нерва не має кісткової стінки і розташування його відрізняється від розташування у новонароджених. Визначені особливості мають важливе значення при удосконаленні технологій і адекватності хірургічного лікування та маніпуляцій у передчасно народжених дітей.

Семань-Мінько І.С.

ПРИРОДНЕ ВИГОДОВУВАННЯ ДІТЕЙ

*Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Природне вигодовування – це природний шлях до здоров'я та гармонійного розвитку дитини. Новонароджений малюк першим інстинктивним рухом тягнеться до материнських грудей, як до джерела життя. Природа потурбувалась про те, щоб, з'явившись на світ, дитина отримала саме ту їжу, яка краще за все підходить їй ще не зрілому організму. Вигодовування материнським молоком є природним продовженням того харчування, яке отримував плід у період свого внутрішньоутробного розвитку. Різниця лише в тому, що плід отримує харчування через пуповину з кров'ю матері, а новонароджений після перерізання пуповини отримує їжу з грудей матері молоко.

Вплив природного вигодовування на організм дитини багатовекторний, його можна представити у вигляді чотирьох напрямків харчове забезпечення, біологічна підтримка, психоемоційні зв'язки та оптимізація розвитку травної системи. Грудне молоко має оптимальну кількість і якість основних нутрієнтів, мікрокомпонентів, що винятково важливі для повноцінного росту й розвитку дитини. Воно містить також компоненти (ферменти), що сприяють засвоєнню основних нутрієнтів. Склад нутрієнтів грудного молока динамічно змінюється, пристосовуючись до потреб дитини в процесі росту. Формуються шляхи оптимальної метаболізації нутрієнтів, що забезпечують адаптацію до продуктів, які отримуватиме дитина після грудного молока. Забезпечується захист від ушкоджуючої дії надлишкового надходження нутрієнтів. Навіть при надлишковому харчуванні, пов'язаному з інтенсивним смоктанням і високою концентрацією нутрієнтів у молоці матері, діти реагують тільки підвищенням накопиченням жирової тканини. Це не супроводжується дистрофічними змінами в тканинах і гетерохронізацією розвитку, що має місце при надлишковому введенні нутрієнтів при штучному вигодовуванні.

Грудне вигодовування - це контакт із мамою, звичні запахи та смаки, задоволення рефлексу смоктання, почуття безпеки, джерело харчування та життя, налагодження всіх функцій організму, становлення і розвиток імунної, нервової та ендокринної систем. Грудне молоко містить не лише поживні речовини (білки, жири, вуглеводи), а й ферменти, необхідні для їхнього травлення, понад 15 видів гормонів, вітаміни та мікроелементи у співвідношеннях, оптимальних для засвоєння. Грудне вигодовування має надзвичайно велике значення для повноцінного розвитку дитини.

Sokolnyk S.V., Sorokman T.V.

PREDICTION OF PEPTIC ULCER IN CHILDREN

*Department of pediatrics and medical genetics
Higher State Educational Establishment of Ukraine
«Bukovinian state medical university»*

At the present stage of development of pediatric gastroenterology ulcer disease is seen as a heterogeneous disease, the development of which is caused by the interaction of genetic factors and the major regulatory systems (nervous, endocrine, immune). Using mathematical methods of research will highlight the main risk factors and the disease.

The purpose of our work was to evaluate the combined effect of adverse factors on the development of peptic ulcer disease in children by using correlation analysis.

Prospective clinical and paraclinical study was conducted among 140 children with peptic ulcer disease (study group) and 110 healthy children (control group) aged 6 to 18 years. The treatment groups were comparable in age, sex, place of residence ($p > 0,05$). In addition to conventional diagnostic methods necessary for verification of the diagnosis, all children underwent a multidimensional questionnaire, taking into account medical history, social, domestic,



environmental, genetic and other characteristics; We studied the effect of heterogeneity of strains of *Helicobacter pylori*, polymorphisms of IL-1 β -511C/T, IL-1 β -RA, IL-8-251A/T induced NO-synthase-945G/C in the development of peptic ulcer disease in children, changes in the level of proinflammatory and anti-inflammatory cytokines in the blood, a condition antioxidant and prooxidant systems in this pathology. Statistical analysis was performed using the software package «Statistica 6.0».

The result of the multivariate analysis of the likely development of disease markers set the most important parameters for the classification of risk for the disease: the first factor (F1 – 64,8% of the information) causes family history, the presence of genotype C/C of IL-1 β -511C/T and A/T IL-8-251A/T, C/C induced NO-synthase, toxigenic strain of *Helicobacter pylori*. The second factor (F2 – 52,6% of the information) to determine the age, eating disorders, stress, hyperacidity, premorbid presence of pathology, levels of cytokines in the blood, violation of oxidant-prooxidant homeostasis. On the basis of the above components of multivariate analysis of the probability of ulcer disease in children can be represented in the form of a mathematical model: the risk of developing the disease = $0,52F1 + 0,34F2$.

Thus, the use of multivariate analysis as a mathematical model of duodenal ulcer will more accurately determine the risk of developing the disease, the degree of severity of the process, the choice of treatment strategy, to increase the effectiveness of primary prevention during genetic counseling.

Сокольник С.О.

АРГОН-ПЛАЗМОВА КООГУЛЯЦІЯ ПРИ ВИРАЗКОВИХ ГАСТРО-ДУОДЕНАЛЬНИХ КРОВОТЕЧАХ У ДІТЕЙ

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

Необхідність вибору оптимальних варіантів тимчасового і остаточного гемостазу визначається високим рівнем (30-75%) післяопераційної летальності в умовах повторної геморагії. Очевидно, що рецидив кровотечі зумовлений порушенням перебігу репаративного процесу і/або прогресування деструктивних процесів у слизовій і підслизовій. Повторні кровотечі розвиваються внаслідок ішемічного некрозу розташованих в глибині периульцерозної зони тканин, у тому числі стінки великих судин м'язового і підслизового шарів.

Вибір методу лікування хворих дітей із гострою гастродуоденальною виразковою кровотечею є одним із найбільш складних питань екстреної дитячої хірургії. На першому місці стоять питання зупинки кровотечі при первинній фіброезофагогастродуоденоскопії (ФЕГДС).

За результатами рандомізованих досліджень популяції населення різних країн широке впровадження лікувальної ендоскопії в клінічну практику суттєво покращило показники хірургічного лікування хворих із ШКК. Так, застосування в якості ендоскопічного гемостазу відносно нового методу - аргон-плазмової коагуляції (АПК) в дорослих дозволило зменшити летальність пацієнтів із кровотечами виразкового генезу. Однак, у літературі є лише поодинокі дані застосування АПК в дітей із ШКК.

Метою роботи було провести оцінку ефективності застосування аргон-плазмової коагуляції в комплексному лікуванні шлунково-кишкових кровотеч в дітей, хворих на виразкову хворобу.

Ретельне комплексне клінічно-параклінічне дослідження проведено у 13 дітей із ШКК (F-I, ІІА, ІІВ), хворих на ВХ, віком 7-18 років (середній вік - $14,2 \pm 3,6$ років), з них 9 хлопчиків та 4 дівчинки. Всім дітям проведено зупинку кровотечі шляхом АПК з використанням електрохірургічного блоку ES 350 з аргонним модулем (виробник – фірма EMED, Польща). Після завершення ендоскопічного гемостазу пацієнти отримували стандартну медикаментозну протокольну терапію. Оцінку ефективності запропонованого методу лікування проводили на основі досягнення стійкості гемостазу, розвитку рецидиву кровотечі, часу рубцювання виразкового дефекту. Динамічні езофагогастродуоденоскопії (ЕФГДС) виконували на 2, 7, 14, 28 добу після первинного огляду.

Ендоскопічно у 4 (30,8%) обстежених дітей діагностовано великі виразки, у решта – виразки середнього розміру. У переважній більшості 9 (69,2%) осіб виявлено поодинокий виразковий дефект слизової оболонки, лише у 3 (23,1%) осіб – множинні «поцілункові виразки» ($t=2,67$, $p < 0,05$).

Первинний ендоскопічний гемостаз обраним способом досягнуто у всіх 13 (100%) хворих. Проведення повторної ЕФГДС діагностувало стійкий гемостаз у 11 (92,3%) пацієнтів ($t=4,95$, $p < 0,05$). 1 (7,7%) дитини з нестійким первинним гемостазом проведено повторний сеанс АПК. Це був хлопчик із поодиноким виразкою великого розміру, що супроводжувалася ШКК FIA.

Динамічне спостереження не виявило рецидивів кровотечі в жодній дитини. Ускладнень в результаті проведення АПК не було. Аналіз клінічно-ендоскопічної картини показав редукцію больового синдрому в середньому на $(4,9 \pm 0,6)$ день, диспепсичного – на $(3,3 \pm 0,4)$ день, інтоксикаційного – на $(3,1 \pm 0,3)$ день. При ЕФГДС на 28 добу у всіх дітей спостерігали загоєння виразкового дефекту.

Таким чином, застосування ендоскопічної аргон-плазмової коагуляції в комплексному лікуванні шлунково-кишкових кровотеч у дітей, хворих на виразкову хворобу, дозволяє здійснити остаточний гемостаз та зменшує ризик розвитку рецидивів кровотечі.