

**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



Мета дослідження - вивчити топографо-анатомічні особливості середнього вуха у плодів 8-ми місяців внутрішньоутробного розвитку та обґрунтувати морфологічний взаємозв'язок формоутворювальних процесів його з прилеглими структурами.

Дослідження виконано на 8 плодах людини 271,0-310,0 мм тім'яно-куприкової довжини (ТКД). У ході дослідження використовували методи: тонкого препарування середнього вуха та прилеглих ділянок під контролем бінокулярної лупи; макро- та мікроскопії; морфометрії; макрофотографії цифровим фотоапаратом "OLIMPUS μ 1000 All-weather 10,0 MPix".

У плодів восьмого місяця внутрішньоутробного життя починають формуватися нижня та передня стінки барабанної порожнини. Їх товщина відповідно $0,63 \pm 0,03$ мм та $0,35 \pm 0,01$ мм. Вони розвиваються як відростки кам'янистої частини скроневої кістки. Нижня стінка обмежує яремну ямку, а передня являє собою стінку каналу зовнішньої сонної артерії. Формуванню цих стінок сприяє розвиток внутрішньої яремної вени та внутрішньої сонної артерії. В процесі розвитку нижньої та передньої стінок барабанної порожнини нижній край барабанного кільця починає відходити від мису, а верхній косо піднімається. Внаслідок цього барабанне кільце переходить з горизонтального положення в похиле. Товщина верхньої стінки барабанної порожнини становить $0,84 \pm 0,02$ мм. Канал лицевого нерва проходить над вікном присінка під кутом 31° і не має кісткової стінки. Його довжина складає $- 4,65 \pm 0,22$ мм, діаметр $- 0,96 \pm 0,03$ мм. Канал внутрішньої сонної артерії проходить під кутом 40° до основи черепа. Діаметр його збільшується, що призводить до початку утворення передньої стінки барабанної порожнини. Діаметр каналу внутрішньої сонної артерії складає $1,18 \pm 0,04$ мм. Ширина яремної ямки складає $- 6,25 \pm 0,27$ мм, а довжина її досягає $- 8,50 \pm 0,32$ мм.

Печера соскоподібного відростка лежить поверхнево під кортикальним шаром товщина якого складає $1,24 \pm 0,05$ мм. Передня стінка печери знаходиться на рівні заднього краю барабанного кільця, а нижня стінка знаходиться на рівні верхнього краю його. Верхня стінка печери відокремлює її від середньої черепної ямки, тонка. Її товщина складає $0,83 \pm 0,02$ мм. Печера має слідуєчі розміри: довжину $- 6,34 \pm 0,25$ мм, висоту $- 4,08 \pm 0,19$ мм, ширину $- 4,75 \pm 0,21$ мм. Діаметр входу до печери, яка формується в цей період розвитку становить $2,05 \pm 0,08$ мм. Слухова труба пряма, широка, має циліндричну форму. Кістковий відділ і перешийок у неї відсутні. Барабанні отвори починають зміщуватися доверху внаслідок того, що відбувається процес росту передньої стінки барабанної порожнини нижче місця з'єднання її із слуховою трубою. Глоткові отвори слухових труб розташовані на рівні твердого піднебіння. Розміри барабанної порожнини слідуєчі: довжина знизу $- 7,15 \pm 0,21$ мм, довжина на рівні мису $- 8,82 \pm 0,25$ мм, довжина зверху $- 6,55 \pm 0,20$ мм. Вертикальні розміри барабанної порожнини: спереду $- 7,80 \pm 0,23$ мм, навпроти мису $- 9,25 \pm 0,31$ мм, позаду $- 7,02 \pm 0,18$ мм. Ширина барабанної порожнини: в нижньопередній ділянці $- 2,08 \pm 0,10$ мм, в нижньозадній ділянці $- 4,28 \pm 0,15$ мм, в передньверхній ділянці $- 3,60 \pm 0,16$ мм, в верхньозадній ділянці $- 4,27 \pm 0,21$ мм. Вертикальний розмір вікна присінка $- 1,58 \pm 0,05$ мм, горизонтальний $- 2,52 \pm 0,11$ мм. Середній діаметр вікна завитки $- 1,64 \pm 0,08$ мм. Відстань між вікном завитки та вікном присінка $- 1,02 \pm 0,04$ мм. Вертикальний розмір мису на лабіринтній стінці $- 4,47 \pm 0,12$ мм. Довгий діаметр барабанного кільця з барабанною перетинкою $- 7,54 \pm 0,25$ мм, короткий діаметр $- 6,67 \pm 0,31$ мм.

Довжина слухової труби $- 14,52 \pm 0,31$ мм, діаметр її $- 1,32 \pm 0,04$ мм. Барабанні отвори слухової труби мають слідуєчі розміри: горизонтальний $- 2,55 \pm 0,09$ мм, вертикальний $- 3,25 \pm 0,15$ мм. Передньозадній розмір глоткових отворів становить: $2,04 \pm 0,07$ мм, вертикальний розмір $- 2,75 \pm 0,12$ мм. Відстань від хоан до передніх спайок губ отворів у плодів описаного віку становить $6,10 \pm 0,26$ мм. Відстань від середини глоткових отворів слухових труб до поверхні глоткового мигдалика та до задньої стінки носової частини глотки відповідно складає $1,87 \pm 0,07$ мм та $6,82 \pm 0,26$ мм. Задній кінець твердого піднебіння знаходиться на відстані $3,72 \pm 0,14$ мм від середини глоткових отворів.

Отже, у плодів даного віку починають формуватися нижня та передня стінки барабанної порожнини. Розташування печери соскоподібного відростка відрізняється від розташування її у новонароджених. Барабанні отвори починають зміщуватися доверху внаслідок росту передньої стінки барабанної порожнини нижче місця з'єднання її із слуховою трубою, 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.

Сокольник С.В., Сорокман Т.В.

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНЕ ЛІКУВАННЯ ГЕЛІКОБАКТЕР-АСОЦІЙОВАНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ В ДІТЕЙ З УРАХУВАННЯМ ЕТІОПАТОГЕНЕТИЧНИХ ФАКТОРІВ

*Кафедра педіатрії та медичної генетики
Буковинський державний медичний університет*

Зростання резистентності препаратів, що входять до складу антигелікобактерної терапії, спонукає до розробки та пошуку нових підходів до лікування гелікобактер-асоційованих захворювань гастроудоденальної ділянки в дітей (ГАЗ ГДД), які враховують не лише наявність *Helicobacter pylori*, а й інші етіопатогенетичні фактори (особливості психоемоційного стану, імунної відповіді, рівноваги прооксидантно-антиоксидантної системи (АОЗ-ПОЛ)).



Мета роботи – розробити диференційований алгоритм індивідуалізованого лікування гелікобактер-асоційованих захворювань гастроудоденальної ділянки в дітей на основі вивчення основних етіопатогенетичних факторів.

Ретельне дослідження проведено в 140 дітей, хворих на гелікобактер-асоційований гастрит (22 особи), гастроудоденіт (63 особи) та виразкову хворобу (55 осіб). Всі дослідження проводили за загальноприйнятими методиками відповідно до протоколу лікування дітей із спеціальності «Дитяча гастроентерологія». Вміст інтерлейкінів-1 β (IL-1 β), -4 (IL-4), -8 (IL-8) та рецепторного антагоністу інтерлейкіна-1 (IL-1Ra) у сироватці крові дітей визначали шляхом імуноферментного аналізу до лікування, під час лікування та після проведеного лікування. Дослідження поліморфізму генів інтерлейкінів та гену структуру *H. pylori* визначали молекулярно-генетичним методом. Статистичну обробку даних проводили за допомогою пакета комп'ютерних програм «Statistica 6.0».

Проведені нами дослідження з оцінки клінічно-параклінічних особливостей перебігу ГАЗ ГДД дозволили розробити диференційований лікувальний алгоритм. Носіям алелей генів, що визначають підвищену секрецію про- та протизапальних інтерлейкінів, інфікованих високовірулентними штамми *H. pylori*, в яких виявляли порушення системи АОЗ-ПОЛ при найменш виражених патологічних змінах епітелію слизової оболонки та порушення в психоемоційній сфері рекомендовано в складі комплексної терапії призначення антиоксидантного засобу, що нормалізує також і психоемоційний стан пацієнта, зокрема адаптол, ефективність якого доведено в наших дослідженнях. Враховуючи високу вірулентність штамів гелікобактера хворим рекомендовано проведення антигелікобактерної терапії строком на 7 (1 ступінь засівання) або 10 днів (II, III ступінь засівання). При інфікуванні низьковірулентними штамми гелікобактера в носіїв даних алелей генів інтерлейкінів рекомендовано призначення на базі препарату вісмуту, що володіє антигелікобактерними властивостями, антисекреторні засоби (H₂-блокатор рецепторів гістаміну та антацид), цитопротектор та антиоксидант (адаптол). Носіям низькопродукувальних алелей генів про- та протизапальних інтерлейкінів, що інфіковані низьковірулентними штамми гелікобактера, рекомендовано призначення в складі комплексної терапії антисекреторних засобів (H₂-блокатор рецепторів гістаміну та антацид), цитопротекторів, препарат вісмуту та засобів, що володіють седативною дією.

У дітей із низькопродукувальними алелями генів, що визначають нормальну продукцію про- та протизапальних інтерлейкінів, при інфікуванні високовірулентними штамми гелікобактера, виявляли найбільш виражені патологічні зміни, що пояснюється відсутністю адекватної імунної відповіді щодо високовірулентних штамів *H. pylori*. Згідно отриманих результатів стає очевидним необхідність обов'язкового призначення цим хворим антигелікобактерної терапії, яка б мала високий відсоток ерадикації (за результатами нашого дослідження – антисекреторний засіб (H₂-блокатор рецепторів гістаміну) / препарат вісмуту + ніфуразел + амоксицилін) у комплексі з імунокорегуючим засобом (поліоксидоній), який володіє ще й антиоксидантними та дезінтоксикаційними властивостями. Причому, враховуючи поширеність та високу активність запального процесу, рекомендовано проведення двох курсів імуномодуючої терапії. У носіїв алелей генів, що зумовлюють нормальний рівень прозапальних та підвищений рівень протизапальних інтерлейкінів, незалежно від токсигенності штамів гелікобактера, спостерігаються помірно виражені зміни слизової оболонки ДПК, що зумовлено підвищеним рівнем IL-1Ra, який є інгібітором продукції IL-1 β , що висуває на перший план у поглибленні запального процесу не лише імунологічні порушення, але й кислотно-пептичний фактор. У зв'язку з чим, даній категорії хворих, у першу чергу, рекомендовано в складі комплексної терапії призначення антисекреторного засобу (інгібітор протонної помпи (езомепразол)), цитопротекторів та імуномодуляторів (поліоксидоній). При інфікуванні низьковірулентними штамми *H. pylori* рекомендовано призначення препарату вісмуту; високовірулентними штамми *H. pylori* – антигелікобактерної терапії (7 або 10 днів). Носіям алелей генів, що характерні для підвищеної секреції прозапальних та зниженої протизапальних інтерлейкінів, за умов інфікування високовірулентними штамми *H. pylori*, рекомендовано призначення базисної антигелікобактерної терапії впродовж 10 днів, антисекреторних засобів (H₂-блокатор рецепторів гістаміну та антацид), цитопротекторів та препаратів із седативною дією; за умов інфікування низьковірулентними штамми *H. pylori* комплексного лікування з використанням препарату вісмуту, антисекреторного засобу та антиоксиданту (адаптол).

Таким чином, підсумовуючи отримані дані, можна зазначити, що запропонований алгоритм диференційованого підходу до комплексного лікування гелікобактер-асоційованих захворювань гастроудоденальної ділянки в дітей з використанням імуномодулятора поліоксидонію та антиоксиданта адаптолу забезпечує більш високу ефективність ерадикаційної терапії, досягнення стійкої та тривалої ремісії захворювання, зменшує частоту несприятливого перебігу постерадикаційного періоду та розвитку рецидивів, що підтверджено результатами проведеного катamnестичного спостереження за хворими.

Сокольник С.О.

ЕКЗОГЕННІ ЧИННИКИ РИЗИКУ ШЛУНКОВО-КИШКОВИХ КРОВОТЕЧ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ

*Кафедра дитячої хірургії та отоларингології
Буковинський державний медичний університет*

Однозначно судити про причини виникнення шлунково-кишкових кровотеч (ШКК) при виразковій хворобі (ВХ) в дітей неможливо, оскільки багато численні твердження про розвиток захворювання та його