

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



**МАТЕРІАЛИ
95 – ї
підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
(присвячена 70-річчю БДМУ)**

17, 19, 24 лютого 2014 року

Чернівці – 2014

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

Матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2014. – 328 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 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 Андрієць О.А.
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 Польовий В.П.
доктор медичних наук, професор Слободян О.М.
доктор медичних наук, професор Ташук В.К.
доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.
доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.
доктор медичних наук, професор Шаплавський М.В.

ISBN 978-966-697-533-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2014



у дітей сягає 60%, з них біля 20% виникають на першому році життя. Клінічні прояви порушень функціонального стану кишечника у новонароджених на фоні перинатальної патології неспецифічні, їх вираженість залежить від тривалості й тяжкості порушень, наявності чи відсутності фонових станів і характеризуються здуттям кишечника, затримкою відходження меконію внаслідок порушення моторно-евакуаторної функції, парезом кишечника, зниженням толерантності до їжі при недостатності процесів перетравлення та всмоктування на фоні ознак ендогенної інтоксикації. Діти з порушеннями функцій травлення схильні до розвитку анемії, гіпотрофії, мають відставання у психомоторному розвитку, створюють групу ризику щодо розвитку хронічної патології ШКТ.

Метою дослідження було вивчення маркерів порушень шлунково-кишкового тракту у новонароджених з перинатальною патологією.

Для вирішення поставленої мети дослідження спостерігались 155 новонароджених дітей, що народилися в терміні 37- 41 тижнів гестації. З них 100 новонароджених з ознаками перинатальної патології, на фоні якої відмічалися поєднані порушення функціонального стану ШКТ та ГБС (IA група) та 55 здорових новонароджених дітей (IB група). Діагностичний комплекс включав визначення у випорожненнях секреторного імуноглобуліну А, альфа-1-антитрипсину та альбуміну за допомогою ензим-зв'язаного імуносорбентного методу (ELISA), реактиви фірми «Immundiagnostic AG» (Німеччина) на базі Німецько-Української лабораторії «БУКІНТЕРМЕД». До комплексу додаткового параклінічного обстеження було включено також аналіз мікроекологічного середовища порожнини товстого кишечника.

Клінічними ознаками, які підтверджували порушення функціонального стану ШКТ у новонароджених за умов перинатальної патології були: зниження або відсутність рефлексу смоктання, понижена толерантність до їжі, зригування, явища парезу кишечника із затримкою відходження меконію та перехідного стільця та метеоризм. У 12% дітей функціональні розлади з боку ШКТ були одним з проявів поліорганної недостатності, що супроводжувала перинатальну патологію тяжкого ступеня. Наявність дисфункції ГБС підтверджували клінічні ознаки жовтяниці та збільшення, порівняно з фізіологічною нормою, розмірів печінки.

Лабораторними критеріями, які підтверджували наявність порушень функціонального стану кишечника у дітей за умов перинатальної патології, були зміни у випорожненнях наступних показників: підвищення рівня А1-АТ, що свідчить про зниження активності протеолітичних ферментів, підвищення проникливості слизової оболонки кишечника та є маркером інтерстиціальної втрати білка; підвищення рівня альбуміну, що вказує на порушення пристінкового всмоктування та також підтверджує підвищення проникливості слизової оболонки з надходженням плазми в просвіт кишечника; зростання рівня sIgA, що може бути пов'язано з транзитними порушеннями мікробіоценозу кишечника з переважанням умовно-патогенної мікрофлори, яка здатна спричинити у дітей місцеву алергічну реакцію слизової оболонки з розвитком локальної імунореактивності.

Копрограма новонароджених на 6-7 добу характеризувалася наявністю підвищеної кількості крохмалю та нейтральних жирів, що свідчило про недостатність процесів секреції та перетравлення їжі. У дітей з клінічними ознаками перинатальної патології мають місце суттєві зміни мікробіоценозу, значно більш виражені порівняно з показниками транзитного дисбіозу, характерного для даної вікової категорії, а саме: знижений вміст біфідофлори, наявність пептококу, пептострептококу, кишкової палички, стафілококу, протей та грибів роду *Candida*. Виявлені ознаки ранніх порушень функціонального стану кишечника у новонароджених на першому тижні життя є одним із проявів дизадаптації організму за умов перинатальної патології.

За даними біохімічних досліджень сироватки крові новонароджених виявлено зміни білок-синтезуючої, ліпідної, детоксикаційної, видільної та інших функцій печінки. Так, у групах спостереження спостерігалось суттєве підвищення ферментативної активності, у тому числі показників АлАТ, АсАТ та ЛДГ, що є ознаками цитолітичного синдрому; зниження рівнів альбуміну та холестерину, що вказувало на синдром печінково - клітинної недостатності, а також, підвищення активності ЛФ, ГГТ та рівня білірубину, що підтверджувало наявність холестазу.

При порушеннях функціонування кишечника у новонароджених спостерігається підвищене навантаження на печінку, що спричиняє поєднану дисфункцію ГБС та ШКТ. При цьому відмічається погіршення знешкодження токсичних речовин за рахунок зниження процесів окиснення та фосфорилування у печінці та зменшення активності гідролітичних та відновлювальних ферментів мікрофлори кишечника; порушення синтезу, печінково-кишкової циркуляції та метаболізму холестерину та стероїдних гормонів; а також, порушення метаболізму жовчних кислот та білірубину, що підвищує стаз і літогенні властивості жовчі.

У новонароджених з клінічними ознаками перинатальної патології доцільним є одночасне визначення показників функціонального стану гепатобіліарної системи та кишечника.

Рання діагностика порушень функціонального стану кишечника у новонароджених надасть змогу підвищити ефективність лікування та попередити розвиток захворювань у грудному віці.



СЕКЦІЯ 12 АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ, АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

Акентьєв С.О., Коновчук В.М., Ковтун А.І., Кокалко М.М., Кицяк П.В. ВПЛИВ ПЛАЗМОСОРБЦІЇ НА ДИНАМІКУ БІЛІРУБІНУ ТА ЙОГО ФРАКЦІЙ ПРИ ЛІКУВАННІ СИНДРОМУ ПЕЧІНКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

*Кафедра анестезіології та реаніматології
Буковинський державний медичний університет*

Наростаюча ендогенна інтоксикація, як при ізольованій, так і при поєднаній печінковій недостатності, вимагає на сучасному етапі включення в комплекс лікувальних заходів активних методів екстракорпальної детоксикації.

Плазмосорбція (ПС) (21 сеанс) проведена у 12 хворих: чоловіків – 5, жінок – 7. За віком пацієнти розподілилися наступним чином: до 30 років – 2 хворих, до 40 років – 3 хворих, до 50 років – 5 хворих, до 60 років – 1 хворий і понад 60 років – також 1 хворий. Метод ПС апробований як при гострій, так і при хронічній печінковій недостатності. Нозологічні форми, при яких застосовували ПС: цироз печінки, вірусний гепатит, токсичний гепатит, гнійний холангіт, гепатоз, індуративний панкреатит, гострий калькульозний холецистит, механічна жовтяниця, зумовлена раком головки підшлункової залози. Сеанси ПС проводились у перші 1-2 дні поступлення хворого у відділення інтенсивної терапії (ОКЛ, м.Чернівці).

У хворих, які підлягали оперативному втручання, ПС проводилась в післяопераційному періоді. Сеанси ПС проводились рутинним переривчастим (фракційним) способом. За один сеанс очищалося і поверталось в організм до 1200 мл плазми. В середньому на 1 хворого припадало по 2 сеанси ПС.

Критерії включення: наявність клінічно і лабораторно ізольованої печінкової недостатності тяжкого перебігу. Критерії виключення: поєднання печінкової недостатності з нирковою, фулмінантні форми перебігу, термінальні стани, шокова печінка. Групою порівняння були 10 хворих з подібними нозологіями, яким проводився плазмаферез (ПФ).

Критерії застосування повторних сеансів ПС: неефективність 1 сеансу ПС – збереження попереднього стану хворого та рівня метаболітів у крові. Критерії припинення сеансів ПС: поліпшення загального стану хворого, зменшення жовтяниці, свербіжу шкіри, відсутності вираженого «дренуючого» ефекту за рівнем метаболітів (загального білірубину і його фракцій), поступове зниження їх рівня в крові. Базова терапія: інфузійна терапія (глюкоза, альбумін та ін.), діуретики, антибіотики, вітаміни, гепатопротектори, антиоксиданти. Проводився контроль загальних клінічних показників стану пацієнта: стан хворого, температура тіла, частота дихання, пульс, артеріальний тиск, добовий діурез. Контроль рівня загального білірубину та його фракцій проводився по загальноприйнятій методиці до ПС в крові, після центрифугування – в плазмі до сорбції і після сорбції, а також протягом 3-х діб поспіль в крові в динаміці. В контрольній групі дослідження вказаного показника проводився до маніпуляції та протягом 3-х діб поспіль в крові.

Дослідження деяких ланок обміну білірубину показали збільшення у хворих як загального білірубину, так і його фракцій (прямого і непрямого білірубину). Після застосування еферентних методів спостерігається більш виражений «дренуючий» ефект ПФ в порівнянні з ПС. При ПС на етапі відділення плазми частина загального білірубину залишається з форменими елементами (30%). Концентрація загального білірубину в крові перед операцією детоксикації становила $182,8 \pm 41,8$ мкмоль/л, а у плазмі після відділення – $153,1 \pm 34,9$ мкмоль/л. Після сорбції плазми вона становила – $107,1 \pm 38,9$ ($p < 0,05$). Процент затримки загального білірубину становив 30%. В наступні дні при дослідженні спостерігається чітка тенденція до його зниження, особливо з третьої доби. Подібна картина спостерігається і у фракціях загального білірубину. Поряд з цим покращувався загальний стан переважної більшості хворих (82%), припинялося зростання білірубінемії, виникала тенденція до його зниження, зменшувалася жовтяниця, свербіж шкіри, покращувався апетит, зменшувалася слабкість. Суттєвим, а можливо і переломним, моментом у лікуванні ендотоксикозу при печінковій недостатності є вірогідне збільшення добового діурезу, особливо у хворих після ПС. Так, до ПС він становив в середньому $673,0 \pm 252,0$ мл, в перший день після процедури – $1650 \pm 275,0$ мл, а на третю добу цей показник становив – $2075 \pm 102,0$ мл. Менш виражений при ПС в порівнянні з ПФ «дренуючий» ефект, стимуляція діурезу, виключення плазмозаміщення і пошкодження еритроцитів у процесі проведення процедури ПС роблять її оптимальним методом детоксикації при печінковій недостатності.

Ковтун А.І., Коновчук В.М., Акентьєв С.О., Кокалко М.М. СТАН ФУНКЦІЙ НИРОК ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ГБО У ХВОРИХ З ГНІЙНО-СЕПТИЧНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

*Кафедра анестезіології та реаніматології
Буковинський державний медичний університет*

Питання оптимізації лікування абдомінальних гнійно-септичних ускладнень є однією з найважливіших проблем оперативної хірургії, гінекології та інтенсивної терапії. Розвиток гіпоксії при гнійно-септичних ускладненнях після оперативного втручання і санації черевної порожнини призводить до необхідності застосувати кисневу терапію.