



**Сапунков О.Д., Богданова Л.О.**

### **БУДОВА СЕРЕДЬНОГО ВУХА ПЛОДІВ ЛЮДИНИ У ВІЦІ 7 МІСЯЦІВ**

*Кафедра дитячої хірургії та отоларингології*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Відсоток передчасно народжених дітей у розвинутих країнах за останні 10 років залишається стабільним і складає 5-12% всіх новонароджених. Важкий соматичний стан їх вимагає проведення реанімаційних заходів із тривалим використанням ШВЛ і СРАР - терапії, а також допоміжного годування через назогастральний зонд. Вивчення особливостей морфогенезу і становлення топографії середнього вуха, його індивідуальної анатомічної мінливості у плодів та новонароджених людини залишається актуальним і пріоритетним.

В результаті вивчення препаратів 11-ти плодів людини 231,0-270,0 мм тім'яно-куприкової довжини без зовнішніх анатомічних відхилень або аномалій розвитку кісток черепа встановлено, що у плодів сьомого місяця внутрішньоутробного життя барабанна порожнина не має нижньої та передньої стінок.

Слухова труба пряма, широка, має циліндричну форму. Кістковий відділ і перешийок у неї відсутні. Спостерігалась неправильна, трикутна та прямокутна форма барабанних отворів слухових труб, які розташовані у нижньому відділку барабанної порожнини. Глоткові отвори слухових труб розташовані на рівні твердого піднебіння. Печера соскоподібного відростка лежить поверхнево під кортикальним шаром, товщина якого складає  $1,05 \pm 0,05$  мм. На зовнішній поверхні соскоподібного відростка є лусковососковидна шілина, яка заповнена сполучною тканиною. Верхня стінка печери відокремлює її від середньої черепної ямки і її товщина складає  $0,62 \pm 0,02$  мм. Печера має бобовоподібну форму і такі розміри: довжину -  $5,25 \pm 0,16$  мм, висоту -  $3,25 \pm 0,14$  мм, ширину -  $4,10 \pm 0,12$  мм. Діаметр входу до печери складає  $1,54 \pm 0,03$  мм. Спостерігалась його бобовоподібна форма або форма чотирьохгранної піраміди. Канал внутрішньої сонної артерії проходить під кутом  $35^\circ$  до основи черепа і лежить на нижньовнутрішній поверхні скроневої кістки. Діаметр каналу внутрішньої сонної артерії складає  $0,93 \pm 0,03$  мм. Ширина яремної ямки -  $5,52 \pm 0,21$  мм, довжина -  $6,03 \pm 0,22$  мм.

Барабанна порожнина має наступні розміри: довжина знизу -  $6,55 \pm 0,25$  мм, довжина на рівні мису -  $8,35 \pm 0,38$  мм, довжина зверху -  $5,45 \pm 0,23$  мм. Вертикальні розміри барабанної порожнини: спереду -  $6,65 \pm 0,31$  мм, навпроти мису -  $8,50 \pm 0,33$  мм, позаду -  $6,34 \pm 0,29$  мм. Ширина барабанної порожнини: в передньoverхній ділянці -  $3,34 \pm 0,16$  мм, в верхньозадній ділянці -  $3,42 \pm 0,14$  мм. Вертикальний розмір вікна присінка складає -  $1,35 \pm 0,06$  мм, горизонтальний -  $2,16 \pm 0,09$  мм. Середній діаметр вікна завитки -  $1,41 \pm 0,06$  мм. Відстань між вікном завитки та вікном присінка становить -  $0,87 \pm 0,03$  мм. Довгий діаметр барабанного кільця з барабанною перетинкою складає -  $7,52 \pm 0,27$  мм, короткий діаметр -  $6,54 \pm 0,25$  мм. Вертикальний розмір мису на лабіринтній стінці становить -  $4,02 \pm 0,18$  мм. Канал лицевого нерва проходить над вікном присінка під кутом  $33^\circ$ . Його довжина складає -  $4,16 \pm 0,18$  мм, діаметр -  $0,83 \pm 0,02$  мм.

Довжина слухової труби -  $11,52 \pm 0,37$  мм. Діаметр слухової труби -  $1,08 \pm 0,03$  мм. Вертикальний розмір барабанних отворів слухових труб -  $2,94 \pm 0,12$  мм, горизонтальний -  $2,12 \pm 0,06$  мм. Передньозадній розмір глоткових отворів слухових труб -  $1,64 \pm 0,08$  мм, вертикальний -  $2,12 \pm 0,09$  мм.

Отже, у плодів даного терміну гестації відсутні нижня та передня стінки барабанної порожнини, не сформований надбарабанний простір. Печера соскоподібного відростка не має дефінітивних розмірів і розташування її відрізняється від розташування у новонароджених. Барабанні отвори слухових труб знаходяться в нижній частині барабанної порожнини, а глоткові отвори - на рівні твердого піднебіння. Визначені особливості мають важливе значення при удосконаленні технологій і адекватності хірургічного лікування та маніпуляцій у передчасно народжених дітей.

**Сокольник С.В., Лозюк І.Я.**

### **ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ТА ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОЗАШЛУНКОВИХ ГЕЛІКОБАКТЕР-АСОЦІЙОВАНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ**

*Кафедра педіатрії та медичної генетики*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Пателер за НР закріпилася характеристика повільної терапевтичної інфекції, яка вражає органи-мішені - шлунок та дванадцятипалу кишку. Реалізація факторів патогенності НР запускає цілий ряд механізмів патогенеза НР-інфекції: деструктивні процеси на молекулярному, клітинному та тканинному рівнях; цитотоксичні ефекти; порушення секреції клітинами шлунка; інтенсивна запальна реакція з переважанням нейтрофільної інфільтрації та великою кількістю плазматичних клітин, які продукують Ig A в слизовій оболонці.

На сьогодні є багато науково-обґрунтованих даних щодо не лише місцевих, але й до системних ефектів НР, що сприяє розвитку патології, яка не відноситься до органів травлення. Зокрема, активація запального процесу з продукцією цитокінів, ейкозаноїдів та інших медіаторів; молекулярна мімікрія між антигенами бактерій та компонентами тканин макроорганізму з подальшим їх аутоімунним пошкодженням; взаємодія з опасистими клітинами з подальшою секрецією біологічно активних речовин, що впливають на судини, бронхи та інші внутрішні органи; розвиток алергічних реакцій переважно негайного типу; зниження бар'єрної функції



слизової оболонки, що призводить до поступлення алергенів у кров; вживання макро- і мікроелементів, зокрема заліза (обкрадання макроорганізму).

Вченими встановлено кореляційний зв'язок між ступенем засівання слизової оболонки НР та шкалою SCORAD: за наявності НР рецидивуючий перебіг atopічного дерматиту носить безперервний характер, ремісії майже не спостерігається (Liutu M., 2009); доведено, що запальний процес у шлунково-кишковому тракті, асоційований із НР, може слугувати причиною виникнення хронічної кропив'янки, яка за різними даними у 47 % випадків поєднується з НР-інфекцією, у 50 % - наявністю антитіл до високоафінного рецептору IgE, у 12-20 % - з антиуреїдними антитілами. Так, у 40 з 107 дітей із хронічною кропив'янкою діагностували антитіла класу IgG до НР, тоді як активний гастрит діагностовано було лише у 30 НР-позитивних пацієнтів (Corrado, 2012); встановлено асоціацію між хронічною кропив'янкою, аутоімунним тиреоїдитом та інфікуванням CagA(+) штамами НР (Wustlich, 2012); у 62% дітей із харчовою алергією та 58 % осіб із atopічним дерматитом діагностовано антигелікобактерні антитіла. Виникає питання щодо механізму виникнення позашлункових проявів у дітей за наявності НР: це є результат порушення цілісності епітеліального шару слизової оболонки шлунково-кишкового тракту з подальшим проникненням алергенів та розвитком алергічних захворювань (atopічний дерматит, харчова алергія, хронічна рецидивуюча кропив'янка) чи розвиток імунної відповіді, опозиційної формуванню алергічного фенотипу?

Отже, багаточисельні літературні дані щодо взаємозв'язку гелікобактеріозу з виникненням позашлункової патології носять суперечливий та неоднозначний характер: немає достовірних доказових даних, однак редукція симптомів на тлі антигелікобактерної терапії спонукає до подальшого проведення досліджень з метою пошуку раціональних підходів у вирішенні проблеми.

**Сокольник С.О.**

### **ЗАСТОСУВАННЯ ПРОПРАНОЛОНУ (АНАПРИЛІНУ) В ЛІКУВАННІ МАЛЮКОВИХ ГЕМАНГІОМ**

*Кафедра дитячої хірургії та отоларингології  
Вищого державного навчального закладу України  
«Буквинський державний медичний університет»*

Гемангіоми - доброякісні пухлини судин, що трапляються в десятки зі ста малюків, з'являються переважно в термін від перших 2 тижнів до 2 місяців після народження, хоча в частини дітей – вже при народженні. Впродовж першого року життя гемангіоми активно ростуть. Несвоєчасне лікування призводить до проростання в навколишні органи з безповоротним порушенням їх функцій (зір, дихання, травлення, функції статевих органів). Виділяють поодинокі та множинні гемангіоми, вони здатні до утворення виразок, інфікуватися, кровоточити, уражати внутрішні органи. Після року життя дитини гемангіоми припиняють ріст і вже не становлять небезпеки для життя і здоров'я дитини. Деякі гемангіоми не вимагають лікування і до 5-8 років можуть повністю або частково розсмоктатися. Проте розраховувати на це - означає ризикувати здоров'ям дитини. Якщо гемангіома розташована в критичній ділянці (біля вуха, ока, рота, носа, молочної залози, статевих органів), лікувати її слід якомога раніше.

Метою нашого дослідження була оцінка ефективності та безпеки застосування препарату групи неселективних β-блокаторів пропранололу (анаприліну) в лікуванні малюкових гемангіом.

У період з 2015 по 2017 рр. нами проліковано 68 пацієнтів з малюковими гемангіомами віком від 3 тижнів до 1,5 років. З них хлопчиків – 20 (29,4%), дівчаток – 48 (70,6%). Усім пацієнтам перед початком лікування проводилось комплексне обстеження: ЕКГ, ЕхоКс, консультація кардіолога, визначення рівня глюкози крові, УЗ-дослідження, фотофіксація пухлинного утворення. Застосування пропранололу проводили в два етапи: підготовчий та базисний. Підготовчий полягав у поступовому введенні препарату (1/4 від необхідної добової дози в 3 прийоми) з наростанням дози (9 днів) та виведенням її до базової 2 мг/кг/добу (базисний етап). Препарат пацієнти приймали до досягнення 1-1,5-річного віку.

Упродовж усього курсу терапії анаприліном нормальні показники ЕКГ відмічалися у 56 (82,4%) пацієнтів, легкий ступінь брадикардії у 12 (17,6%) пацієнтів. Змін з боку дихання в процесі лікування не виявлено. Порушення сну, практично в усіх пацієнтів, не спостерігалось. Усім батькам, перед початком прийому препарату, наголошувалося про необхідність суворого контролю годування дитини в зв'язку з можливістю розвитку гіпоглікемії, тому протягом усього курсу лікування зниження рівня глюкози в дітей не відмічалось. За весь час лікування показів для відміни терапії пропранололом (анаприліном) у жодного пацієнта з малюковими гемангіомами не було. В результаті проведеного курсу терапії препаратом пропранолол (анаприлін), хороші результати було досягнуто через 1 місяць у 9 (13,2%) хворих, через 4 місяці у 59 (86,8%) дітей та через 9 місяців у 66 (97%) пацієнтів. Отже, медикаментозне лікування малюкових гемангіом з використанням препарату пропранолол (анаприлін) показало себе як ефективний, безпечний та перспективний консервативний спосіб лікування.