

ББК 5я43
УДК 61(063)
Н 72

Н 72 «Нове у медицині сучасного світу». Збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м. Львів, 28-29 листопада 2014 року): – Львів: ГО «Львівська медична спільнота», 2014. Ч. I – 116 с.

У збірнику представлені матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Нове у медицині сучасного світу».

Усі матеріали подаються в авторській редакції.

ББК 5я43
УДК 61(063)

© Автори статей, 2014
© Львівська медична спільнота, 2014

**Громадська організація
«Львівська медична спільнота»**

**ЗБІРНИК ТЕЗ НАУКОВИХ РОБІТ
УЧАСНИКІВ МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«НОВЕ У МЕДИЦИНІ
СУЧАСНОГО СВІТУ»**

28-29 листопада 2014 р.

Частина I

**Львів
2014**

Шульга Д. І., Сасюк А. І., Лойко Є. Є. РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ВРОДЖЕНОЇ КЛЕПОДІБНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ ГРУДНОЇ КЛІТКИ У ДІТЕЙ	88
Seredyuk V. N., Denina R. V. TREATMENT OF CHRONIC PULMONARY HEART DISEASE AND CORRECTION OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION BASED ON THE INFLUENCE OF COMPLEX OF S (-) AMLODIPINE AND ACE-INHIBITOR ENALAPRIL ...	91
Скиба Т. А. МОЖЛИВІ НАПРЯМИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ, ПОЄДНАНЕ З ОСТЕОАРТРОЗОМ	94
Федоров С. В. ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДОГРАМИ У ХВОРИХ ІЗ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ	95
Філінець О. О. ОСОБЛИВОСТІ НЕВРОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ ТА СТАН ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СУБКЛІНІЧНИМ ГІПОТИРЕОЗОМ	98
Фурман В. Г. ОСОБЛИВОСТІ ГЕРПЕТИЧНИХ ІНФЕКЦІЙ, ЗВ'ЯЗАНИХ З ЛІМФАДЕНОПАТІЯМИ У ДІТЕЙ.....	100
Дудник В. М., Хромих К. В. СУДИННИЙ ЕНДОТЕЛІАЛЬНИЙ ФАКТОР РОСТУ ЯК МАРКЕР ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА АЛЕРГІЧНУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ	102
Худякова М. Б., Рябокони Е. Н., Соколова І. І. КОРРЕКЦІЯ ЦИТОКИНОВОГО ДИСБАЛАНСА У БОЛЬНИХ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ПАРОДОНТИТОМ ХРОНИЧЕСКОГО ТЕЧЕННЯ І-ІІ СТЕПЕНІ ТЯЖЕСТІ ПРИ МЕСТНОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ГЕЛЯ ИЗ ГРАНУЛ КВЕРЦЕТИНА И ЛИПОСОМАЛЬНОГО КВЕРЦЕТИН-ЛЕЦИТИНОВОГО КОМПЛЕКСА.....	105
Черкашина Л. В. ПЕРСПЕКТИВНІ НАПРЯМКИ МІЖДИСЦИПЛІНАРНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ У ГАЛУЗІ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ ТА КЛІНІЧНОЇ ДЕРМАТОЛОГІЇ.....	111
Шиян Д. Н. ОСОБЕННОСТИ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ЗУБЧАТОГО ЯДРА МОЗЖЕЧКА.....	113

Список литературы:

1. Аримова Е.Г. Проблема галитоза и пути его решения / Е.Г.Аримова // Здравоохранение Чувашии. – 2013. – № 3. – С. 77–79.
2. Леонтьев В.К. Профилактика стоматологических заболеваний / В.К. Леонтьев, Г.Н.Пахомов -М., 2006. – 416 с.
3. Мочалова, А. А. Роль лямблиоза в паразитарной инфекции детей / А. А. Мочалова, А. С. Звягнцев // Український медичний альманах. – 2012. – С. 116–118.
4. Копанев Ю.А.Клиническая картина аскаридоза и энтеробиоза у детей на современном этапе [Текст] / Ю.А.Копанев // Лечащий врач. – 2001. – № 5–6. – С. 58–60.
5. Бодня Е.И. Проблема паразитарных болезней в современных условиях // Сучасні інфекції: Наук.-практ. часопис. – 2009. – № 1. – С. 4–11.
6. Ронь Г.И. Особенности течения заболеваний слизистой оболочки полости рта и пародонта у пациентов с хронической описторхозной инвазией / Г.И. Ронь, О.Л. Ломов // Проблемы стоматологии. – 2011. – № 2. – С. 24–27.
7. Исаева Н. С. Вивчення стоматологічної захворюваності в дітей з аскаридозом/Н. С. Исаева // Современная стоматология. – 2011. – № 5. – С. 45–48.
8. Халафли Х. Н. Влияние кишечных паразитозов на состояние здоровья детей / Х.Н.Халафли// Фундаментальные исследования – 2013 – № 9. – С. 156–162.

Шульга Д. І.

*кандидат медичних наук,
завідувач дитячого пульмонологічного відділення
КЗ «Міська клінічна лікарня № 8»
м. Кривий Ріг, Дніпропетровська область, Україна*

Сасюк А. І.

аспірант кафедри дитячої хірургії, магістр медицини

Лойко Є. Є.

*кандидат медичних наук, доцент кафедри дитячої хірургії
Вінницький національний медичний
університет імені М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна*

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ВРОДЖЕНОЇ КІЛЕПОДІБНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ ГРУДНОЇ КЛІТКИ У ДІТЕЙ

Актуальність проблеми вродженої кілеподібною деформації грудної клітки (КДГК) як самостійного фенотипологічного хірургічного захворювання або ж компоненту генералізованого, чи навіть багатополісного захворювання дитячого віку [2; 3], обумовлена в першу чергу типом, видом і ступенем [7; 4; 8] деформації грудної клітки (ДГК) та станом косметично – функціональних змін

[1; 2; 3] і соціально-профілактичних чинників основних систем не лише зростаючого організму, але і в зрілому дорослому віці.

КДГК має тенденцію до прогресування із збільшенням віку дитини і включає в себе декілька компонентів диспластичного враження реберних хрящів та груднини з однієї або обох сторін [1; 3; 6]. «Курячі груди» можуть бути одним з типів змішаної ДГК – западіння хрящів на одній зі сторін і випинання їх на іншій з одночасною ротацією груднини [2; 6; 8]. Найчастіше зустрічається варіант асиметричного випинання хрящів ребер та тіла груднини, рідше – симетричне випинання груднини та ребер. Зовсім рідко зустрічаються змішані ДГК [1; 3].

Сумарний відсоток ранніх та пізніх ускладнень лікування КДГК становить 12,8–31,0% випадків. Рецидиви складають 7,05–15,0% дітей, з них 3–10% потребували повторних операцій в дитячому віці [2; 4].

В даній роботі приводяться результати лікування 76 дітей з кілеподібною деформацією грудної клітки II та III ступеню, яким проведено оперативне лікування із застосуванням нерезекційного малоінвазивного способу передньої пластики. Вік дітей від 5,2 до 17,8 років. Середній вік оперованих дітей 11,5 років, переважали хлопчики та костостернальний тип деформації.

Оперативна корекція КДГК малоінвазивним способом передньої пластики (МІСПП) проводилася в трьох варіантах: пацієнтів з стерно-костальним та костостернальним типами – 69 дітей; комбінація синдрому Поланда та кілеподібною деформації грудної клітки – 2 дітей; рукоятко-реберний тип (комбінований) тип [7] – 5 дітей.

Синдромальні форми захворювання спостерігалися у 4 хворих (по двоє дітей із синдромом Марфана та Елерса-Данло відповідно), недиференційовану дисплазію сполучної тканини діагностовано у 9 хворих.

Малоінвазивний спосіб передньої пластики (МІСПП) проводиться в два етапи: перший етап полягає в усуненні КДГК шляхом компресії металевою корегуючою пластиною в ділянках передньої стінки грудної клітки, що кілеподібно випинаються (при комбінованих формах застосовується елевация лійкоподібно-го заглиблення), пластина проводиться через тунель, який сформований надгрудинно-реберно субфасціалью два розрізи, що виконуються в аксілярних ділянках з обох боків; під час проведення другого етапу виконується видалення металевої корегуючої пластики.

Ранні післяопераційні ускладнення (консервативно лікований плеврит та плечовий плексит зліва) мали місце у двох пацієнтів (2,6%) з синдромом Марфана. Обом хворим імплантовано по дві металеві корегуючі пластини. Загальний термін післяопераційного стаціонарного консервативного лікування 7 та 12 ліжко-днів відповідно.

Пізні післяопераційні ускладнення діагностовано у одного хворого (1,3%) – двобічний ексудативний серозний плеврит, який усунутий пункційно.

Результати лікування вродженої КДГК у дітей ми оцінювали як добрі, задовільні та незадовільні. В якості оцінки результатів лікування нами були взяті наступні критерії: наявність скарг, деформація грудної клітки та косметичний результат [4; 5; 6].

Добрий результат: у хворих відсутні скарги, повністю усунена деформація, добрий косметичний результат.

Задовільний результат: скарги відсутні, зберігається незначна деформація грудної клітки, помірні зміни зі сторони післяопераційного рубця.

Незадовільний результат: рецидив кілеподібної деформації, наявність важких післяопераційних ускладнень.

Добрий результат досягнутий у 73 дітей (96,5%).

Задовільний результат отриманий у трьох пацієнтів (3,95%), що було пов'язано з прорізуванням пластиною шкіри та необхідністю раннього видалення корегуючих пластин і як наслідок – формування більших за протяжністю післяопераційних рубців. Один випадок пов'язаний з технічним аспектом корекції кілеподібної деформації, що потребував постановки двох корегуючих пластин. У двох інших дітей прорізування шкіри корегуючою пластиною обумовлено пошкодженням м'яких тканин в проекції корегуючої пластини в наслідок травми.

Незадовільні результати хірургічного лікування вродженої КДГК із застосуванням малоінвазивної передньої пластики відсутні.

Висновки. Застосування малоінвазивного способу хірургічної корекції вродженої КДГК II-III-го ступенів у дітей передбачає повне усунення основного компоненту та суттєве зменшення непостійних компонентів ДГК (девіація реберних дуг, псевдогарисонові борозни) при збереженні сумарних окружностей грудної клітки. Металева корегуюча пластина видаляється через 1–2 роки після її імплантації.

У порівнянні з традиційними резекційними методиками лікування вродженої КДГК у дітей, малоінвазивний спосіб передньої пластики грудної клітки передбачає зменшення потреби у знеболювальних засобах і інфузійній терапії, а також ранню соціальну реабілітацію, заняття плаванням (4-8 тиждень) та фізичною культурою і спортом (4-6 тиждень) після оперативної корекції КДГК, профілактику прогресування диспластичного сколіозу у більшості пацієнтів.

При попередній оцінці віддалених результатів (катамнез 1 місяць – 5 років) оперативної корекції вродженої КДГК добрі результати отримані у 73 дітей (96,05%) пацієнтів, задовільні (незначні локальні зміни в ділянці післяопераційного рубця) результати діагностовано у трьох дітей (3,95%) дітей. Незадовільні результати, рецидиви захворювання відсутні.

Список літератури:

1. Ашкрафт К.У. Детская хирургия. / К.У. Ашкрафт, Т. М. Холдер. – СПб. Хардфорд, – 1996. Т. 1, – С. 174–176.
2. Вишневикий А.А. Хирургия грудной стенки : руководство / Вишневикий А.А., Рудаков С.С., Миланов Н.О. – М.: Издательский дом Видар, 2005. – 312 с.
3. Дольницкий О.В. Врожденная деформация грудной клетки у детей / О.В. Дольницкий, Л.Н. Дирдовская. – К.: «Здоров'я», 1978. – 117 с.
4. Разумовский А.Ю. Килевидная деформация грудной клетки /А.Ю. Разумовский, М.О. Савчук, А.А. Павлов // Детская хирургия. – 2009. – № 1. – С. 45–49.

5. Судейкина О.А. Новый метод хирургического лечения килевидной деформации грудной клетки у детей: дис. ...кандидата мед.наук : 14.00.35 / Судейкина Ольга Александровна. – Москва, 2005. – 102с.
6. Тимошенко В.А. Металлоостеронохондропластика при врожденных и приобретенных деформациях грудной клетки у детей: дис. ... доктора мед. наук:14.00.35 / Тимошенко Валерий Александрович. – М., 1995. – 298 с.
7. Шамик В.Б. О классификации и исходах торакопластики врожденной килевидной деформации грудной клетки / В.Б. Шамик // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2002. – № 1. – С. 52–56.
8. Reconstructive surgery of the chest, abdomen, and pelvis:[edited by Gregory R. D. Evans]. – New York, Basel: Marcel Dekker, 2004. – 473 p.

Seredyuk V. N.

Ph.D., associate professor of department of internal medicine № 2 and nursing

Denina R. V.

Ph.D., assistant professor of department of internal medicine №2 and nursing

*SHEI «Ivano-Frankivsk National Medical University»
Ivano-Frankivsk, Ukraine*

TREATMENT OF CHRONIC PULMONARY HEART DISEASE AND CORRECTION OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION BASED ON THE INFLUENCE OF COMPLEX OF S (-) AMLODIPINE AND ACE-INHIBITOR ENALAPRIL

There was investigated 65 patients (43 males and 22 females) with chronic pulmonary heart disease (CPHD) and arterial hypertension (AH). The influence of the complex using of left-turned isomer of the dihydropyridine calcium antagonist S (-) Amlodipine and ACE inhibitor Enalapril on the functional status of vessel endothelium were identified under these patients. The long-term using of these medications has strong decreased of endothelial dysfunction signs were established. Prolonged complex using of calcium antagonist S (-) Amlodipine (Asomex) and ACE inhibitor Enalapril are One of the main direction of the endothelial dysfunction in patients with chronic pulmonary heart disease and arterial hypertension.

Endothelial dysfunction is the actual problem of modern cardiology and internal medicine. Mala L.T., Korzh A.N., Balkovskaya L.B. have described of the main role of endothelial dysfunction at arterial hypertension and chronic heart failure progression. At other side, the injuring of endothelium due chronic obstructive lung disease and endothelial dysfunction' can make the development of the arterial hypertension and chronic heart failure [2, 3, 4]. The problem of decreasing of the heart failure progression in patients with chronic pulmonary heart after normalization of endothelium function has not been fully studied.