

Наукове періодичне видання

МЕДИЧНИЙ ФОРУМ

Науковий журнал

7 (07) 2016

Львів
2016

Наукове періодичне видання
Медичний форум

Науковий журнал

7 (07) 2016

Редактор, коректор – Римарчук Л.Г.
Верстка-дизайн – Яковенко С.А.

Відповідальність за підбір, точність наведених на сторінках журналу фактів, цитат, статистичних даних, дат, прізвищ, географічних назв та інших відомостей, а також за розголошення даних, які не підлягають відкритій публікації, несуть автори опублікованих матеріалів. Редакція не завжди поділяє позицію авторів публікацій. Матеріали публікуються в авторській редакції. Передрукування матеріалів, опублікованих в журналі, дозволено тільки зі згоди автора та видавця. Будь-яке використання – з обов'язковим посиланням на журнал.

Свідоцтво про державну реєстрацію: КВ № 20513-10313Р від 20 грудня 2013 р.
Засновник журналу: «Львівська медична спільнота»

Видавець: «Львівська медична спільнота»
79000, м. Львів, а/с 6153
www.medicinelviv.org.ua
E-mail: journal@medicinelviv.org.ua
Телефон: + 38 099 415 06 39

© «Львівська медична спільнота», 2016
© Автори наукових статей, 2016
© Оформлення Яковенко С.А., 2016

ЗМІСТ

Алавацька Т.В. ОСОБИСТІСНІ ОПИТУВАЛЬНИКИ ТА ЇХ РОЛЬ В ДІАГНОСТИЦІ І ПІДБОРІ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 1, 2 ТИПІВ.....	7
Бакун О.В., Молокус І.В. ВАГІТНІСТЬ ТА ІНФЕКЦІЇ СЕЧОВИВИДНИХ ШЛЯХІВ.....	10
Бібік І.Г. ОЦІНКА ВІРОГІДГОЇ НАЯВНОСТІ ПОРУШЕНЬ ПСИХІКИ У ПАЦІЄНТІВ ЛІКАРЕМ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ/СІМЕЙНИМ ЛІКАРЕМ.....	13
Павленко О.В., Біда Р.Ю. ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ЗАСТОСУВАННЯ АУТОТРАНСПЛАНТАЦІЙНОЇ ТЕХНОЛОГІЇ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ОДОНТОГЕННИХ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ.....	16
Бублій Ю.С. ГІПОКСІЯ ЯК ПУСКОВИЙ МЕХАНІЗМ УРАЖЕННЯ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ПРИ ЕРИТРОЦИТОЗАХ РІЗНОГО ПОХОДЖЕННЯ.....	20
Бугаєвський К.А. ОСОБЛИВОСТІ ДЕЯКИХ МОРФОЛОГІЧНИХ ЗНАЧЕНЬ ТА АНТРОПОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ СТУДЕНТОК СПЕЦІАЛЬНОЇ МЕДИЧНОЇ ГРУПИ ЗА КЛАСИФІКАЦІЄЮ ДЖ. ТАННЕРА.....	26
Букач О.П. КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ПОРУШЕНЬ ЦИТОКІНОВОГО БАЛАНСУ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ АСОЦІЙОВАНИМ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ, ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2 ТА АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ.....	31
Вацик М.З. ІННОВАЦІЇ НАВЧАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНОГО ПРОЦЕСУ МЕДИКІВ.....	35
Вьдьборец М.С. МУЛЬТИМЕДІЙНІ І ІНТЕРАКТИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛЕКЦІОННОМУ ОБЕСПЕЧЕННІ ПРЕПОДАВАННЯ ГРАФІЧЕСКОГО ДИЗАЙНА ДЛЯ WEB.....	38
Вінтонів О.Р., Литвинець Є.А. КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ЕРЕКТИЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ЧОЛОВІКІВ, ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ.....	41
Вороняк М.І. РОЛЬ МУТАЦІЇ V617F ГЕНУ JAK2 ПРИ ХРОНІЧНИХ МІСЛОПРОЛІФЕРАТИВНИХ НЕОПЛАЗІЯХ.....	44
Гайворонська С.І., Овчаренко О.Б., Лященко О.А. ВИБІР МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ БАКТЕРІАЛЬНОГО ВАГІНОЗУ В СВІТІ СУЧАСНИХ ТЕОРІЙ ЙОГО ПАТОГЕНЕЗУ.....	47
Деркач В.Г., Деркач А.В., Воробйова О.В. РОЛЬ ІМУННОЇ СИСТЕМИ У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ АДАПТАЦІЙНО-КОМПЕНСАЦІЙНИХ МЕХАНІЗМІВ ПРИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНІЙ ПАТОЛОГІЇ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).....	50
Дмитрієва К.Ю. ЗМІНИ КРОВОТОКУ В МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИНАХ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ В РАНЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ У ДІТЕЙ.....	55
Дмитрук І.Р., Приймак С.Г. СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ФІБРОЗНО-КІСТОЗНОЇ МАСТОПАТІЇ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ.....	58
Доценко Я.І., Білогорцева О.І. ГРУПА РИЗИКУ ЗАХВОРЮВАННЯ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ У ДІТЕЙ З ЛАТЕНТНОЮ ТУБЕРКУЛЬОЗНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ.....	61

Дуб Н.Є., Шуляр І.А., Янків С.В. ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ САМОСТІЙНОЇ ПОЗААУДИТОРНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «АКУШЕРСЬКА СПРАВА» ПРИ ВИВЧЕННІ ДИСЦИПЛІНИ «ВНУТРІШНЯ МЕДИЦИНА».....	64
Івіна О.В., Приймак С.Г. АЛЬТЕРНАТИВНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ЕНДОМЕТРИТУ.....	68
Ильницкий Р.И., Добрянский Д.В. ПРИМЕНЕНИЕ АНТИГОМОТОКСИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ.....	71
Ишков М.О., Гаманюк Р.М. ЗАСТОСУВАННЯ СИСТЕМИ GENTLEFILE® SYSTEM ДЛЯ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ОБРОБКИ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ ЗУБІВ.....	74
Ишков М.О., Житар О.М. ВИКОРИСТАННЯ ЛІКАРЯМИ – СТОМАТОЛОГАМИ АПЛІКАЦІЙНОЇ МІСЦЕВОЇ АНЕСТЕЗІЇ ЗА ДАНИМИ АНОНІМНОГО АНКЕТУВАННЯ ТА ІНТЕРНЕТ-ПИТУВАННЯ.....	76
Калиновская О.И., Сайгарлы Д.П. ЛЕЧЕБНЫЙ ЭФФЕКТ АНЕМИЙ БЕРЕМЕННЫХ ПРЕПАРАТОМ СУФЕР.....	78
Колесник В.Л., Кімейчук А.В. ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПОСТАБОРТНОГО СИНДРОМУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД МЕТОДУ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ.....	80
Коваленко Т.И., Климова Е.М. ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КЛЕТОЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ЗВЕНА ИММУНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ РАЗНОГО ВОЗРАСТА ПРИ ВОСПАЛЕНИИ.....	85
Кравців В.В. ТЯЖКІСТЬ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА ТИРЕОТОКСИЧНУ КАРДІОМІОПАТІЮ І РІВЕНЬ НАТРІЙ УРЕТИЧНОГО ПЕПТИДУ.....	88
Кривда Р.Г. ИДЕНТИФИКАЦИЯ МИКРОСЛЕДОВ БИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ.....	93
Кричка Н.В. МЕТОДИКА ВИМІРЮВАННЯ ДОВЖИНИ ВЕРХНЬОЇ ГУБИ ПРИ ВИЗНАЧЕННІ ОКЛЮЗІЙНОЇ ПЛОЩИНИ ПРОТЕЗІВ У ХВОРИХ З ПОВНОЮ ВІДСУТНІСТЮ ЗУБІВ ЗА ДОПОМОГОЮ ЛАБІОМЕТРІЇ.....	96
Кричун І.І. ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЕНДТЕЛІО ТА ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВООБІГУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ДИФУЗНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ.....	98
Кудокоцева О.В., Ломакин И.И., Бабийчук Г.А. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ХОЛОДОВЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ И КРИОКОНСЕРВИРОВАННОЙ ПУПОВИННОЙ КРОВИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ, РАЗВИВАЮЩИХСЯ ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕМ СТАРЕНИИ.....	101
Кулаєць Н.М. ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ УМІНЬ У МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ – ПЕДАГОГІЧНА ПРОБЛЕМА СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ.....	108
Кульбацький О.С. МАРКЕТИНГ ТА ОСНОВНІ МЕТОДИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ РОБОТИ ПРИВАТНОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ КЛІНІКИ.....	110

Кучук О.П. ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ «СПРЕГАЛЬ» В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ДЕМОДЕКОЗНИЙ БЛЕФАРОКОН'ЮНКТИВІТ.....	112
Покас О.В., Мележик І.О. МНОЖИННА РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ACINETOBACTER BAUMANNII – ПРОГРЕСУЮЧА ПРОБЛЕМА В ЕПІДЕМІОЛОГІЇ ТА АНТИМІКРОБНІЙ ТЕРАПІЇ В УКРАЇНІ.....	115
Мельничук Л.В., Бандура С.М. ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКІВ ЗНИЖЕННЯ ТОЛЕРАНТНОСТІ ДО ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ ПІД ЧАС ПРОФІЛАКТИЧНИХ ОГЛЯДІВ ШКОЛЯРІВ.....	119
Мироненко Л.Г., Перетятко О.Г., Ягниок Ю. А. ВИЗНАЧЕННЯ ОПТИМАЛЬНИХ УМОВ ДЛЯ ФОРМУВАННЯ БІОПЛІВОК ЕНТЕРОКОКАМИ	122
Міськів А.Л. НАЯВНІСТЬ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ.....	126
Міхєєв А.О., Міхєєва Г.В. СТАТЕВІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЦЕСІВ АДАПТАЦІЇ УЧНІВ 7-Х КЛАСІВ СЕРЕДНЬОЇ ЗАГАЛЬНООСВІТНЬОЇ ШКОЛИ.....	129
Мотузенко О.С. ДОСЛІДЖЕННЯ ГІПОГЛІКЕМІЧНОЇ АКТИВНОСТІ СУХОГО ЕКСТРАКТУ NEMEROCALLIDIS FULVAE BULBOTUBERA В ЕКСПЕРИМЕНТІ.....	133
Коноплицький В.С., Погорілий В.В., Лукіянець О.О., Нестеренко І.Г. АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ХРОНІЧНИХ ЗАКРЕПІВ У ДІТЕЙ.....	136
Ніцович І.Р. УСКЛАДНЕННЯ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ПРИ БАКТЕРІАЛЬНОМУ ВАГІНОЗІ.....	141
Перев'язкіна М.В. ЗНАЧУЩІСТЬ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ МІКРОАЛЬБУМІНУРІЇ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ, В ТОМУ ЧИСЛІ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ (ОГЛЯД).....	144
Плужнікова Т.В. МОНІТОРИНГ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ І АНАЛІЗУ ЗВИЧОК НАСЕЛЕННЯ, ТА ПОРІВНЯННЯ ЇХ З ТАКОВИМИ У 2014 РОЦІ.....	148
Рак Л.М., Никифор Л.В. ДО ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ ЕНДОМЕТРІЯ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).....	151
Ринжук Л.В., Ринжук В.Є., Лисюк О.М. ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ БЕЗСИМПТОМНОЇ БАКТЕРІУРІЇ У ВАГІТНИХ.....	154
Рудан Б.С., Приймак С.Г. КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ ПАПІЛОМАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ПРОТЕФЛАЗИДУ.....	158
Селихова Л.Г., Дегтярь Н.И., Борзых О.А., Герасименко Н.И., Лавренко А.В. ДАННЫЕ КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ – ЛИКВИДАТОРОВ АВАРИИ НА ЧАЭС ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ.....	161
Семеняк А.В. ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ПРИ ВИКЛАДАННІ ДИСЦИПЛІНИ «АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ» ДЛЯ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ.....	165

Сливка Н.О., Вірстюк Н.Г., Самсонок В.О. ЗНАЧЕННЯ ЦИСТАТИНУ С ЯК РАНЬОГО МАРКЕРА ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМУ ПРИ АЛКОГОЛЬНОМУ ЦИРОЗІ ПЕЧІНКИ.....	168
Степанчук В.В. ОСОБЛИВОСТІ ЦИРКАДІАНИХ ХРОНОРИТМІВ ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНОГО ГОМЕОСТАЗУ В БІЛИХ ЩУРІВ РІЗНОГО ВІКУ ЗА УМОВ ОТРУЄННЯ СВИНЦЕМ.....	172
Сябрук К.С., Семеняк А.В. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ УРОГЕНІТАЛЬНОГО ТРИХОМОНІАЗУ У ЖІНОК.....	175
Танцура Л.М., Пилипець О.Ю., Третяков Д.В., Трембовецька О.В. МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ, ПІДХОДИ ДО РАНЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА КОРЕКЦІЇ МІНІМАЛЬНОЇ МОЗКОВОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ДІТЕЙ.....	177
Таралло В.Л. КОНСТРУКТИВНЫЕ ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОГО КОНТРОЛЯ СОХРАНЕНИЯ РЕСУРСА ЗДОРОВЬЯ И ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ.....	182
Теміцька І.І., Семеняк А.В. НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ У РІЗНІ ТЕРМІНИ ЯК РЕЗУЛЬТАТ ВПЛИВУ СУПУТНОЇ ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ.....	187
Тихонова С.А., Пісковацька В.П., Демиденко М.В., Демиденко А.А. КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ АСПЕКТИ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗУ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.....	190
Ткачук О.С., Копчак В.М., Копчак К.В., Хомяк І.В., Дувалко О.В., Ханенко В.В., Перерва Л.О., Андронік С.В. ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНИЙ АЛГОРИТМ У ХВОРИХ ІЗ ПУХЛИНАМИ ЛІВОГО АНАТОМІЧНОГО СЕГМЕНТУ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ.....	194
Фельдман Д.А. ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ И СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА РАННИХ СТАДИЯХ.....	201
Філіпчук Н.Я., Приймак С.Г. ГЕНІТАЛЬНЕ ІНФІКУВАННЯ У ГЕНЕЗІ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ.....	203
Хандога Е.В., Кочін І.В., Івченко Є.П. ОБҐРУНТУВАННЯ НЕОБХІДНОСТІ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ БІОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ ЯК СКЛАДОВОЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ БЕЗПЕКИ УКРАЇНИ.....	206
Потабашній В.А., Швець С.В., Маркова О.Я. ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ «НАУКОВОГО ПОШУКУ» ПРИ ВИВЧЕННІ ТЕМИ ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ «СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ: ФАКТОРИ РИЗИКУ, ПРОФІЛАКТИКА ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ» ЛІКАРЯМИ-ІНТЕРНАМИ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ.....	210
Шеремет М.І., Шідловський В.О., Сидорчук Л.П. ОЦІНКА МАРКЕРІВ ПРОЛІФЕРАЦІЇ ТА АПОПТОЗУ У ХВОРИХ НА АВТОІМУННИЙ ТИРЕОЇДИТ.....	213

Коноплицький В.С.,

*доктор медичних наук, доцент, завідувач кафедри дитячої хірургії
Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова*

Погорілий В.В.,

*доктор медичних наук, професор кафедри дитячої хірургії
Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова*

Лукіянець О.О.,

*аспірант кафедри дитячої хірургії
Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова*

Нестеренко І.Г.,

*магістр кафедри дитячої хірургії
Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова*

АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ХРОНІЧНИХ ЗАКРЕПІВ У ДІТЕЙ

У роботі визначений алгоритм діагностики хронічних закрепів у дітей. Побудова кожного кроку запропонованого алгоритму базується на досвіді дослідження 250 дітей віком від 1 дня до 18 років, які знаходились на стаціонарному лікуванні в клініках дитячої хірургії та гастроентерології з 2006 по 2016 рр. На значному клінічному матеріалі розроблено послідовність та необхідну спрямованість діагностичних заходів (фізикальних, лабораторних, інструментальних). Запропонований до застосування в практичній діяльності алгоритм діагностики хронічних закрепів у дітей дозволяє не тільки визначити послідовність, але й необхідний індивідуальний обсяг обстежень.

Ключові слова: діти, алгоритм, закрепи, діагностика, обстеження.

В работе определен алгоритм диагностики хронических запоров у детей. Построение каждого шага предложенного алгоритма основывается на опыте обследования 250 детей в возрасте от 1 дня до 18 лет, которые находились на стационарном лечении в клиниках детской хирургии и гастроэнтерологии с 2006 по 2016 гг. На значительном клиническом материале разработана последовательность и необходимая направленность диагностических мероприятий (физикальных, лабораторных, инструментальных). Предложенный к использованию в практической деятельности алгоритм диагностики хронических запоров у детей позволяет определить последовательность и индивидуальный объем обследований.

Ключевые слова: дети, алгоритм, запоры, диагностика, обследование.

The algorithm of diagnostics of chronic constipations in children is determined in this work. The formation of each step of the suggested algorithm is based on the experience of the investigation of 250 children at the age of 1 day to 18 years old. They have been treating at the clinic of children's surgery and gastroenterology for 10 years (2006-2016). The consistency and necessary direction of diagnostic measures (physical, laboratorial, instrumental) are elaborated according to the considerable clinical material. The algorithm of diagnostics of chronic constipations in children, which was suggested using in practical activity, allows not only determining the consistency but the necessary volume of investigations in each concrete case.

Key words: children, algorithm, constipations, diagnostic, investigations.

Вступ. Захворювання органів травлення впродовж останнього десятиріччя стійко займають третє місце в загальній структурі захворювань [1]. Медичні аспекти патологічних станів, які призводять до розвитку хронічних закрепів у дітей мають і соціально-економічну значущість. Дослідження, проведені в США, з'ясували, що до 1,2% населення, щорічно звертаються до лікарів зі скаргами на закрепи. До 85% таких консультацій закінчуються призначенням проносних. В зв'язку з цим не дивно, що щорічні витрати на проносні препарати в Великій Британії сягають 48 млн. фунтів, перевищуючи затрати на лікування артеріальної гіпертензії [2].

В останні роки лікарі – педіатри спостерігають значне збільшення випадків хронічних закрепів (ХЗ) у дітей, що не може пояснюватися лише переважанням в харчуванні малошлакової дієти та недостатньою фізичною активністю [3]. Численні та розрізненні методи діагностики ХЗ у дітей не завжди дозволяють провести своєчасне та адекватне лікування, що призводить до погіршення якості життя та інвалідизації пацієнтів [4].

Матеріали даної публікації є фрагментом планової науково-дослідної роботи кафедри дитячої хірургії «Удосконалення діагностики, лікування і реабілітації хірургічних захворювань у дітей», номер держреєстрації 0105V002712.

Мета дослідження – розробка діагностичного алгоритму хронічних закрепів у дітей для подальшої оптимізації лікування патології.

Матеріали та методи. Побудова кожного кроку запропонованого алгоритму базується на досвіді дослідження 250 дітей віком від 1 дня до 18 років, які знаходились на стаціонарному лікуванні в клініках дитячої хірургії та гастроентерології Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова в період з 2006 по 2016 рр.

Результати та їх обговорення.

1. Збір анамнезу. Провідними скаргами у хворих із ХЗ є порушення випорожнень як відносно частоти акту дефекації так і в змінах характеру калових мас. Найбільш важливими даними цього розділу є уточнення початку та динаміки захворювання. Важливу увагу слід приділяти сімейній спадковості. Визначення часу затримки само-

стійного випорожнення: 24, 48 або більше 72 годин, можливе орієнтуючись на схему швидкості спорожнення органу після прийому їжі (рис. 1.). Необхідним є з'ясування типу дефекації: одномоментної або двухмоментної, появу випорожнень тільки після клізми або прийому послаблюючих речовин, наявність відчуття неповного спорожнення кишки, негативні відчуття в ділянці анального отвору (біль, свербілля).

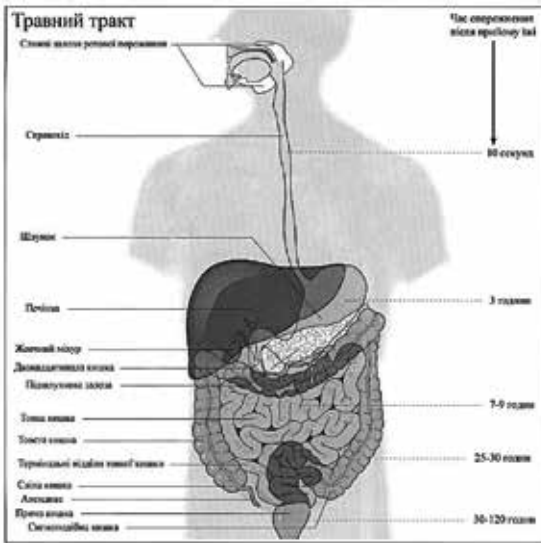


Рис. 1. Орієнтовна схема швидкості спорожнення органу після прийому їжі

При визначенні характеру калових мас потрібно оцінити форму фекаломи, орієнтуючись за Бристольською шкалою форми калу (рис. 2).

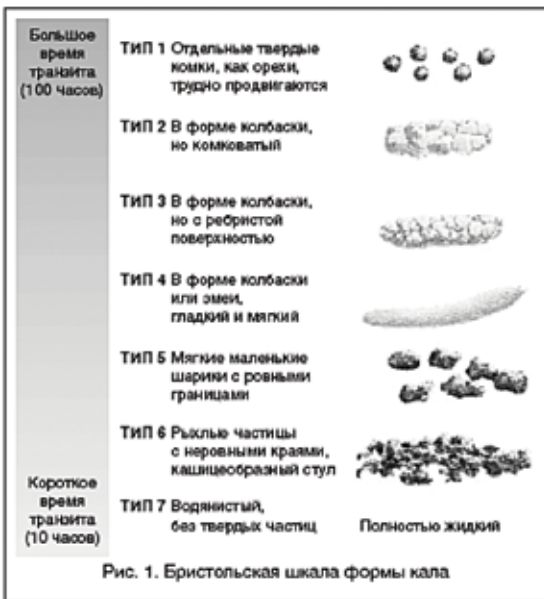


Рис. 2. Бристольська шкала форми калу

Обов'язково слід звернути увагу на наявність патологічних домішок в калових масах (слиз, кров, залишки неперетравленої їжі).

Біль в черевній порожнині при ХЗ має різний характер. Ниючий або розпираючий біль характерний для гіпокінезії товстої кишки з гіпотонією її стінок (атонічний закреп). Переймободібний біль, перед актом дефекації або при тривалому натужуванні, який зникає після відходження калу та газів свідчить на користь гіперкінезії товстої кишки у вигляді спастичного закрепу.

Взуття черевної порожнини, метеоризм пов'язані не тільки з порушеннями травлення і можуть бути зумовлені вадами розвитку дистальних відділів товстої кишки.

Аналізуючи скарги хворого слід звернути увагу на наявність симптомів хронічної неспецифічної інтоксикації, а саме слабкість, кволість, немотивований субфібрилітет, головний біль, а також позакишкові скарги до яких відносяться порушення дихання, труднощі при ковтанні, порушення сечовиділення, які в плані обстеження вимагають виконання спірометрії для визначення порушень функції зовнішнього дихання та електроенцефалографії для уточнення реакції ЦНС.

2. Огляд (живота, крижової ділянки та промежини) починається з загального огляду дитини, з метою оцінки її конституційного фізичного розвитку із визначенням можливих позакишкових проявів ХЗ (пігментні плями, роздряпинки, ангуліти, ангулярні стоматити). При огляді живота важлива його форма (особливо при підозрі на органічну природу захворювання), участь м'язів передньої черевної стінки в акті дихання, наявність випинань.

3. Пальпація живота. Глибокій ковзаючій пальпації органів черевної порожнини за В.П. Образцовим та Н.Д. Стражеско обов'язково передують поверхнева орієнтирна пальпація, що проводиться починаючи з найбільш доступних ділянок передньої черевної стінки. Ретельна увага приділяється спазмованим ділянкам кишки, бурчанню за ходом товстої кишки, наявності пухлиноподібних утворень (калових камінів), дистопії ділянок товстої кишки.

4. Лабораторні методи дослідження.

А. Загальний аналіз крові. Інтерес являють всі показники розгорнутого аналізу, які підтверджують наявність ендогенної інтоксикації організму та її негативний вплив на організм (дефіцитні анемії). Окремий інтерес викликає рівень Ht, за величиною якого можлива діагностика дефіциту надходження рідини в організм (що може бути фактором розвитку закрепів).

Б. Загальний аналіз сечі – особливий інтерес викликають величини рН та питомої ваги, які надають інформацію про водно-електролітний дисбаланс гомеостазу пацієнта.

В. Електроліти крові – увага приділяється рівням K⁺ та Ca⁺⁺. Зниження кількості K⁺ та підвищення рівня Ca⁺⁺ в периферійній крові сприяє уповільненню рухової активності ШКТ, пригніченню перистальтики з розвитком товстокишкового стазу.

Г. Лабораторне дослідження калу (макро-, мікроскопічне, хімічне та бактеріологічне). Перші

три види досліджень дають уявлення о функціях травних залоз, стану слизової оболонки травного тракту, балансі процесу травлення та всмоктування. При дослідженні кала на дисбіоз визначають питому вагу окремих представників кишкової мікрофлори шляхом висіву фекальної суспензії на ряд диференціально-діагностичних поживних середовищ.

Для детального вивчення кишкового дисбіозу розраховують індекс стабільності мікрофлори (ІСМ), який являє собою співвідношення сумарної кількості біфідо- та лактобактерій до загальної кількості кишкової палички і в нормі перевищує 2,0 од. [5].

ІСМ = біфідобактерії + лактобактерії / загальна кількість кишкової палички.

5. Ректальне дослідження. А. Огляд прямої кишки визначає ректальний пролапс, наявність гемороїдальних вузлів (для більш інформативного огляду при цьому необхідно застосовувати ректальні дзеркала, а у дітей молодшої групи вушні дзеркала при нагужуванні пацієнта), поліпів, конділом, тріщин, ерозій, стенозів та дистопії анусу, запальних вогнищ, гіпертрофії анальних сосочків. Ректальний огляд бажано проводити після дефекації або очисної клізми. Положення дітей при огляді: на спині з широко розведеними та зігнутими в колінних суглобах ногами, які максимально приведені до передньої черевної стінки. Б. Ректальне пальцеве дослідження дозволяє визначити тонус анального сфінктера, підвищення якого зумовлено гіперкінезією, а зниження гіпокінезією прямої кишки, наявність ректальних стенозів та пухлиноподібних утворень, характер та консистенцію калових мас, запальні зміни слизової оболонки, тріщини. Після закінчення ректального пальцевого дослідження обов'язково звертають увагу на залишковий вміст на гумовій рукавичці (кров, слиз, характеристика калових мазків). В. Ректальне бімануальне дослідження доповнює дані ректального дослідження оцінки рухливості кишки, характером ділянок тканин які оточують пряму кишку, визначенням товщини передньої черевної стінки та ступенем її напруження.

6. Ультразвукове дослідження.

А. Органів черевної порожнини. Виконується за стандартною методикою трансабдомінального дослідження органів черевної порожнини та позачеревинного простору в двох положеннях: лежачи та стоячи (для виключення спланхноптозу).

Б. Товстої кишки (ультразвукова ірігоскопія) – надає можливість не тільки діагностувати органічні та функціональні зміни в товстій кишці, але й з досліджувати її дистальні відділи (товщину та поширену будову стінки прямої та частини сигмоподібної кишки, складчастість слизової оболонки, гаустрацію, перистальтичну активність, оцінити стан сфінктерного апарату та наявність додаткових кишкових петель). УЗД виконують в режимі реального часу конвексними датчиками з частотою 3,5 – 5,0 МГц при трансанальному заповненні товстої кишки 1% розчином NaCl. При ультразвуковій ірігоскопії дистальних відділів товстої кишки виділяють 4 ступені її порушень:

1 ступінь – стадія «подрозреної кишки» – гіпертрофія м'язового шару до 1/2 загальної товщини

стінки кишки на тлі підвищеного тонуусу ректосигмоїдного відділу та дискоординованих перистальтичних скорочень;

2 ступінь – стадія «гіперкінетичної кишки» – гіпертрофія м'язового шару від 1/2 до 2/3 загальної товщини стінки кишки на тлі дилатції та пропульсивних скорочень дистальних відділів товстої кишки (ДВТК);

3 ступінь – стадія «гіпокінетичної кишки» – гіпертрофія м'язового шару більше 2/3 загальної товщини стінки кишки на фоні відсутності функції ректосигмоїдного сфінктеру та маятникоподібних рухів кишкового вмісту;

4 ступінь – стадія «атонічної кишки» – склероз підслизового та атрофія м'язового шару стінки на тлі різкої дилатації кишки.

В. Доплерографія стінки прямої кишки. Спочатку, на тлі спазму ДВТК, зміни не простежуються. При подальшому розширенні та дилатації ДВТК з гіпертрофією м'язового шару відбувається розвиток додаткового венозного кровотоку. При розвитку склеротичних змін в м'язовому шарі, стан гіпертонуусу змінюється гіпотонуусом з компенсаторним підвищенням артеріального кровотоку, яке змінюється розвитком шунтувального венозного кровотоку. Кінцевою стадією порушень моторики ДВТК є її атонія з витонченням стінки та порушенням кровотоку в ній. Таким чином, реєстрація додаткових судин в стінках ДВТК є поганою прогностичною ознакою при ХЗ.

7. Рентген – радіологічне дослідження – дозволяє оцінити структурний та функціональний стан кишки та визначити положення її петель.

А. Ентероколоносцинтиграфія – дозволяє розраховувати показники просування калових мас по окремим сегментам товстої кишки та загальну тривалість кишкового транзиту, визначити локалізацію функціональних порушень та ступінь їх виразності.

В. Ірігоскопія – дозволяє визначити діаметр товстої кишки, наявність ілео-цекального рефлюксу, стан контурів кишкової стінки та гаустр. Виконується після інтраанального введення барієвої суміші з розрахунку: новонароджені – 30–50 мл, діти до 1 року – 50–100 мл, 1–3 роки – 100–300 мл, 4–7 років – 400–700 мл, старші 7 років – 700–1000 мл. При заповненні барієвою сумішшю товстої кишки виконуються оглядові, а при необхідності прицільні знімки. Оглядові знімки виконують в прямій і боковій проєкціях в положенні лежачи та в боковій проєкції в вертикальному положенні. Виконання ірігоскопій в горизонтальному положенні дозволяє визначити наявність ректоцеле, зміни ано – ректального та ректо – сигмоїдного кутів, виразність птозу ДВТК. Ступінь достовірності методу 75% [6].

Г. Комп'ютерна томографія – дозволяє в стані релаксації та напруження оцінити величину ано – ректального кута та пузирно – уретрального сегменту, наявність пролапсу тазового дна, співвідношення ДВТК з кістковими структурами таза.

8. Візуально – оптичні дослідження (ано-, ректороромано- та колоноскопія) – дозволяють отримати інформацію про стан слизових оболонок, тонуус та вміст товстої кишки, стан гемороїдальної сітки, наявність пухлино подібних утворень. Крім

того, наявність додаткового «робочого» каналу в оптичній апаратурі дає можливість виконання біопсії необхідної ділянки товстої кишки. Виконання досліджень даної рубрики може відбуватись як в плановій так і в ургентній черзі, що значно розширює діапазон їх застосування. Обмеженням до проведення колоноскопії при ХЗ вважається лише хвороба Гіршпрунга в стадії субкомпенсації та декомпенсації, коли розтягнуті та різко подовжені петлі уражених сегментів товстої кишки створюють умови, при яких відсутня можливість візуальної орієнтації в просвіті порожнистого органу.

9. Манометрія – дозволяє визначити поріг ректальної чутливості (мінімальний обсяг необхідний для появи відчуття заповнення кишки, розслаблення анального сфінктеру, максимально «переносимий» об'єм). Аналізуючи манометричні показники, слід враховувати той факт, що на сьогоднішній день не існує стандартних методик та обладнання для манометрії відхідника. Результати дослідження в значній мірі відрізняються в залежності від виду катетерної системи, яка застосовується. Показники потрібно аналізувати на існуючому манометрі (балонному, векторному об'ємному, комп'ютеризованому багатоканальному) індивідуально, з урахуванням того, що у здорових дітей коливання результатів значні (для виключення порівняльної похибки).

10. Морфологічне дослідження – аспіраційна, ендоскопічна, однострокарна трнсублікальна або повношарова біопсія за Свенсоном виконується у випадку невідповідності клінічних даних та ре-

зультатів інструментальних досліджень і тільки в умовах стаціонару.

А. Гістохімічне визначення активності тканьової ацетілхолінестерази (АХЕ) в біоптатах слизової та підслизового шару може застосовуватись у дітей старших 3-х тижневого віку, в зв'язку з тим, що у новонароджених АХЕ-позитивні волокна розташовуються переважно в м'язовій пластинці слизової оболонки. Ступінь достовірності методу 82% [6].

Б. Гістологічне дослідження нервових гангліїв в підслизовому та міжм'язовому шарах стінки товстої кишки (шляхом їх гістологічної імпрегнації сріблом) дозволяє визначити кількісну та якісну їх характеристику (а-, гіпо-, дисгангліоз), що дозволяє також попередньо визначитись з прогнозом перебігу захворювання. Ступінь достовірності методу 100% [6].

Враховуючи всі вище перераховані методи діагностики при визначенні провідних чинників формування ХЗ нами розроблено блок-схему алгоритму визначення характеристики індивідуальних патологічних проявів у пацієнта. При розробці блок-схему ми відштовхувались від домінуючого синдрому у пацієнта з обов'язковим урахуванням тривалості ХЗ (рис. 3).

Висновки. На основі комплексного покрокового вивчення алгоритму діагностики особливостей анамнезу, клініки, даних лабораторних та інструментальних методів обстеження з урахуванням можливих результатів морфологічних досліджень можливо визначити причину хронічних закрепів у дітей з максимальною достовірністю та визначити напрямки подальшого їх лікування.

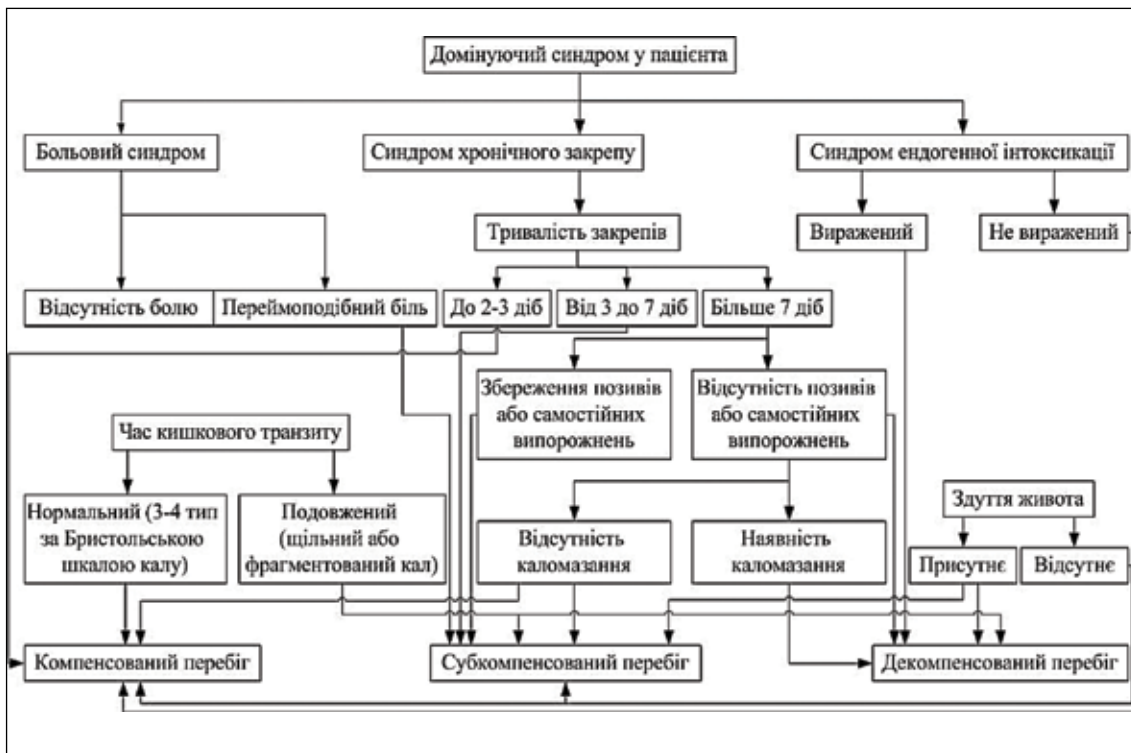


Рис. 3. Блок-схема алгоритму визначення характеристики ХЗ у пацієнта

Література:

1. Лисенко Г.І. Актуальні проблеми сучасної гастроентерології в практиці сімейного лікаря / Г.І. Лисенко, І.М. Скрипник // Сімейна медицина. – 2009. – Т. 28, – № 2. – С. 3–5.
2. Филлипс Р. К. С. Колоректальная хирургия / Р. К. С. Филлипс. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – 352 с.
3. Белоусов Ю.В. Хронический запор у детей / Ю.В. Белоусов, О.Ю. Білоусова. – Харьков: Факт, 2009. – 158 с.
4. Момотов А.А. Классификация хронического колостаза у детей / А.А. Момотов. – Клінічна хірургія . – 2007. – № 8 . – С. 18 – 21.
5. Сміян О.І. Дисбіотичні порушення кишечника у дітей раннього віку на фоні не госпітальної пневмонії / О.І. Сміян, О.Г. Васильєва // Biomedical and Biosocial Anthropology. – 2009. – № 12. – С. 192–194.
6. Схакумидова А.Г. К вопросу о диагностике болезни Гиршпрунга / А.Г. Схакумидова, А.Е. Машков, В.Е. Щербина [и др.] // Педиатрия. – 2006. – № 5. – С. 48–50.