



**ПІВДЕННОУКРАЇНСЬКИЙ
МЕДИЧНИЙ
НАУКОВИЙ ЖУРНАЛ**

Науковий журнал
11 (11) травень 2015

Одеса
2015

ISSN 2306-7772

Науковий журнал

Південноукраїнський медичний науковий журнал

11 (11) травень 2015

Виходить шість разів на рік.

Редактор, коректор – Мельбрун А. Я.

Верстка-дизайн – Ткаченко М. С.

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 № 19536-9336Р від 26.11.2012 р.

Засновник журналу: ГО «Європейський центр наукового розвитку».

© ГО «Південна фундація медицини», 2015

© Автори наукових статей, 2015

© Оформлення Ткаченко М. С., 2015

ЗМІСТ

Антонюк О. П. МОРФОГЕНЕЗ І СТАНОВЛЕННЯ ТОПОГРАФІЇ ПАНКРЕТОДУОДЕНАЛЬНИХ СТРУКТУР.....	5
Бакун О. В., Гримайло Н. А. СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ЕНДОМЕТРІОЗУ.....	10
Бакун О. В., Молокус І. В. ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ РЕСПІРАТОРНОГО ДИСТРЕС-СИНДРОМУ НОВОНАРОДЖЕНИХ.....	13
Бакун О. В., Шкрібляк У. В. СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЕНДОМЕТРІОЗУ.....	16
Батрак О. А., Завада Н. П., Рябова І. С. ВИКОРИСТАННЯ СТИМУЛЯТОРІВ РОСТУ МІКРООРГАНІЗМІВ ДЛЯ НАКОПИЧЕННЯ БІОМАСИ.....	19
Бельзєцька М. І., Боднарчук В. В., Гресько М. Д. ПОРУШЕННЯ У СИСТЕМІ РЕПРОДУКТИВНОГО ГОМЕОСТАЗУ В ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ.....	22
Бербець А. М. ВИЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ГОМЕОСТАЗУ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ, ЩО ФОРМУЄТЬСЯ, ТА УЛЬТРАЗВУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЛАЦЕНТ У ЖІНОК ІЗ ЗАГРОЗОЮ НЕВИНОШУВАННЯ У РАННІ ТЕРМІНИ ГЕСТАЦІЇ.....	25
Шматенко О. П., Белозьорова О. В. ПОГЛЯД НА МІСЦЕ ЗНЕБОЛЮВАЛЬНИХ ЗАСОБІВ У ФАРМАКОТЕРАПІЇ ГОСТРОГО БОЛЮ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ.....	31
Будаєв Ю. В. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ.....	37
Ваколюк О. Б. ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ І-ГО РОКУ НАВЧАННЯ НА КАФЕДРІ ХІРУРГІЧНОЇ ТА ДИТЯЧОЇ СТОМАТОЛОГІЇ БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ.....	40
Варсан Е. Б. НЕКОТОРЫЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ С БОЛЬШИМ ЧИСЛОМ ПОГИБШИХ ЛЮДЕЙ.....	43
Венгер О. П. ОСОБИСТІСНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕМІГРАНТІВ ТА РЕЕМІГРАНТІВ, ХВОРИХ НА ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ.....	47
Воронєцька Ю. В., Гресько М. Д. ПОКАЗНИКИ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ ТА ЇХ ЗВ'ЯЗОК З РІВНЕМ ЧУТЛИВОСТІ ДО ІНСУЛІНУ І АБДОМІНАЛЬНИМ ТИПОМ ОЖИРІННЯ У ЖІНОК В ПРЕМЕНОПАУЗІ.....	53
Гладух С. В., Омельченко П. С. РОЗРОБКА ТЕХНОЛОГІЇ ТА МЕТОДІВ АНАЛІЗУ ТАБЛЕТОК З ГУСТИМ ЕКСТРАКТОМ СОБАЧОЇ КРОПИВИ.....	56
Городецька І. Я., Попель О. О. ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ НАДАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ НА РІВНІ МІСТА ОБЛАСНОГО ПІДПОРЯДКУВАННЯ.....	59
Гошовська А. В., Гошовський В. М. ГЕСТАЦІЙНЕ ФОРМУВАННЯ ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ, ДІАГНОСТИКА ЗРІЛОСТІ МАТКОВО-ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДІЛЯНКИ.....	62
Гресько М. Д., Дудко Ю. О., Бондарук В. В. КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ НАДМІРНИХ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ У ЖІНОК ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВІКУ.....	65
Гресько М. М. СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО ПЕРИТОНИТУ.....	68
Деркач В. Г., Васкан Ж. В. БІОЛОГІЧНІ РИТМИ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).....	70
Дудка І. В., Дудка Т. В., Андрусяк О. В. ОПТИМІЗАЦІЯ КОРЕКЦІЇ ПРОЯВІВ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ.....	74

Ключникова А. І. ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ІМУННОЇ ВІДПОВІДІ У ГОЛОВНОМУ МОЗКУ	80
Кузьміна А. П., Лазаренко О. М. ФАКТОРИ РИЗИКУ ТА ЛАБОРАТОРНІ МАРКЕРИ КАРДІОВАСКУЛЯРНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ В ПОСДНАННІ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ.....	85
Кузьміна А. П., Гапон О. В. ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЕРЦЕВО-СУДИНОЇ СИСТЕМИ У ПАЦІЄНТІВ НА СИСТЕМНИЙ ЧЕРВОНИЙ ВОВЧАК.....	88
Логаніхіна К. Ю., Козаренко Т. М. МДКТ У ДІАГНОСТИЦІ АНОМАЛІЙ РОЗВИТКУ НИРОК У ДОРОСЛИХ.....	91
Коноплицький В. С., Лукіянець О. О., Нестеренко І. Г. ЗМІНИ АНОРЕКТАЛЬНОГО ІНДЕКСУ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМИ КОЛОСТАЗАМИ ОРГАНІЧНОГО ПОХОДЖЕННЯ.....	95
Пенішкевич Я. І., Кучук О. П., Мельник А. С. ПЕРВИННА ВІДКРИТОКУТОВА ГЛАУКОМА: ФАКТОРИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ТА ОЦІНКА ПРОГРЕСУВАННЯ.....	98
Мельничук Л. В., Бандура С. М. ПРОГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ЗНИЖЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНО-РЕЗЕРВНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ШКОЛЯРІВ	104
Онищук Ю. І. ВПЛИВ НАДМІРНИХ ДОЗ АЛКОГОЛЮ НА ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ РОБОТИ СЕРЦЯ.....	107
Павлюкович Н. Д., Рева Т. В., Павлюкович О. В. ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ІЗ СУПУТНИМИ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ ТА АНЕМІСІЮ.....	111
Перев'язкіна М. В. ПЕРВИННІ ОЗНАКИ НЕФРОПАТІЇ ТА ЕНДОТЕЛІАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ІІ СТАДІЇ, ДІАГНОСТИКА НА ЕТАПІ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ПІДХОДИ ДО НЕФРОПРОТЕКЦІЇ.....	116
Плевинскис П. В. ДИФФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА РІЗНИХ ВАРИАНТІВ ТРАВМИРУВАННЯ ВЕЛОСИПЕДИСТА ЛЕГКОВИМ АВТОМОБІЛЕМ.....	122
Рева Т. В., Павлюкович Н. Д., Яким'юк А. Д. РАЦІОНАЛЬНЕ ЗАСТОСУВАННЯ АЛЬГІНАТІВ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ НА ТЛІ ГІПОТИРЕОЗУ.....	125
Ринжук Л. В., Ринжук В. Є. ВИДОВИЙ СКЛАД І ПОПУЛЯЦІЙНИЙ РІВЕНЬ МІКРОФЛОРИ ПОРОЖНИНИ ТОВСТОЇ КИШКИ У ВАГІТНИХ З БЕЗСИМПТОМНОЮ БАКТЕРІУРІСІЮ.....	129
Куць А. В., Ринжук Л. В., Ринжук В. Є. БЕЗСИМПТОМНА БАКТЕРІУРІЯ У ВАГІТНИХ: ОЦІНКА ПОКАЗНИКІВ ІМУННОГО СТАТУСУ ЗА ХАРАКТЕРИСТИКОЮ ІМУНОКОМПЕТЕНТНИХ КЛІТИН ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ.....	132
Юрценюк О. С., Ротар С. С. РІВЕНЬ ДЕПРЕСІЇ ТА ТРИВОГИ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ НАВЧАННЯ.....	136
Стрій В. В. ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТОВЩИН ШКІРНО-ЖИРОВИХ СКЛАДОК ЧОЛОВІКІВ ПЕРШОГО ЗРІЛОГО ПЕРІОДУ, МЕШКАНЦІВ РІЗНИХ АДМІНІСТРАТИВНИХ РЕГІОНІВ УКРАЇНИ.....	139
Гаврилюк А. О., Сорокоумов В. П., Король Т. М., Березовський А. М., Хлипняч Т. М. МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ПАТОМОРФОЛОГІЧНИХ ТА КЛІНІЧНИХ ЗМІН У ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБОЮ МЕНЕТРИС.....	142
Юрценюк О. С., Ротар С. С. КОМОРИДНІСТЬ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ДЕПРЕСИВНИХ, ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ (ОГЛЯД).....	145

Коноплицький В. С.

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

Лукіянець О. О.

*магістр 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*

ЗМІНИ АНОРЕКТАЛЬНОГО ІНДЕКСУ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМИ КОЛОСТАЗАМИ ОРГАНІЧНОГО ПОХОДЖЕННЯ

Анотація: Стаття присвячена дослідженню величини аноректального індексу у дітей з хронічними колостозами органічного походження. В роботі наведені нові дані щодо змін співвідношення анатомічних чинників промежини та органів малого тазу у хлопчиків та дівчаток. Доведено достовірне зменшення величини аноректального індексу у дітей з хронічними порушеннями кишкової евакуації.

Аннотация: Статья посвящена исследованию величины аноректального индекса у детей при хронических колостозах органического генеза. В работе приведены новые данные относительно изменений соотношений анатомических объектов промежности и органов малого таза у мальчиков и девочек. Доказано достоверное уменьшение величины аноректального индекса у детей с хроническими нарушениями кишечной эвакуации.

Summary: The article is devoted research of size of anorectalny index for children at chronic kolostazis of organic genesis. New information is in-process resulted in relation to the changes of correlations of anatomic objects of crotch and organs of small pelvis for boys and girls. The reliable diminishing of size of anorectalny index is well-proven for children at chronic violations of intestinal evacuation.

Вступ. Порушення акту дефекації у дітей, особливо ранньої вікової групи, з незавершеною фіксацією відділів товстої кишки (ТК), сприяє формуванню її патологічної рухливості та згинів, що призводить до уповільнення пасажу кишкового вмісту. Причиною порушення транзиту калових мас по ТК може бути і така аномалія розвитку як гіперплазія кишки у вигляді її розширення та подовження (доліхосігма, доліхоколон, мегадоліхоколон та ін.). Кожна 4-та дитина в сучасному урбаністично розвинутому суспільстві страждає на хронічні колостози (ХК) [1]. У 35% дівчаток та 55% хлопчиків перебіг ХК супроводжується енкопрезом, а в 4% спостерігається каломазання [2]. Однак визначити справжню розповсюдженість ХК серед дитячого населення досить важко через недооцінку батьками важливості проблеми, та в зв'язку з цим низькою звертальністю до лікарів, а також через відсутність єдиних критеріїв для постановки діагнозу. Крім того, в сучасній спеціальній літературі, недостатньо висвітлена роль окремих анатомо-фізіологічних чинників розвитку ХК та їх співвідношення між собою, таких як дистальні відділи ТК, відхідник, ректальні сфінктери, елементи діафрагми тазу, промежина тощо. Саме вивченню такого співвідношення анатомічних об'єктів було присвячене дане дослідження.

Мета. Визначити величину змін аноректального індексу у хлопчиків та дівчаток при хронічних колостозах органічного походження.

Матеріали та методи дослідження. Робота виконана на базі клініки дитячої хірургії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова. Всього до дослідження, яке виконувалось на протязі 2009 – 2014 років було залучено 45 хворих з явищами хронічного колостазу.

Критерії включення пацієнтів в дослідження:

1. діти, які висували скарги на порушення дефекації у вигляді сильних напружень, відчуття неповного випорожнення, за наявності щільного або у вигляді грудок калу;
2. тривалість закрепи не менше 3-х діб;
3. необхідність ручної допомоги або клізми для евакуації вмісту;
4. тривалість захворювання впродовж не менше 3 місяців.

Критерії виключення пацієнтів з дослідження.

1. хворі з поліпами та випадінням прямої кишки;
2. пацієнти з запальними захворюваннями товстої кишки.

Контрольну групу склали 40 дітей, у яких були відсутні будь-які ознаки ХК та патології з боку органів травлення. Вік дітей в обох групах порівняння складав від 1 до 14 років.

Такий підхід до відбору пацієнтів з закрепами, які в подальшому підлягали поглибленому обстеженню, аналізу та узагальненню отриманих даних, був зумовлений тим фактом, що представлену групу хворих склали лише пацієнти з визначеним ХК.

При проведенні дослідження з метою його стандартизації спирались на класифікацію ХК, яку запропонував Захараш М.П (1989), що розділяє патологію на три форми: 1. Хронічний проксимальний колостаз; 2. Хронічний коло генний колостаз; 3. Хронічний проктогенний (термінальний) колостаз в двох варіантах: а. анізм; б. інертна пряма кишка; 4. Сполучні форми хронічного колостазу. За ступенем компенсації: компенсований, субкомпенсований та некомпенсований.

Обговорення результатів дослідження.

Ріст ТК в періоді внутрішньоутробного розвитку відстає від тонкої кишки, та складає співвідно-

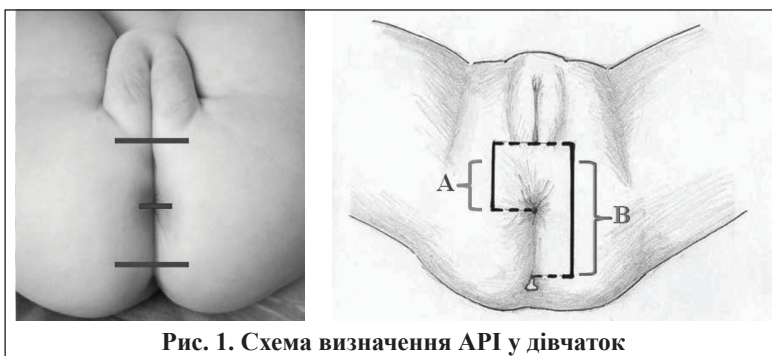


Рис. 1. Схема визначення АРІ у дівчаток



Рис. 2. Схема визначення АРІ у хлопчиків

шення у новонароджених між їхніми довжинами 5,6:1. До трьох років ріст тонкої та товстої кишки має однакову інтенсивність, але в послідуючі вікові періоди ТК набуває більш швидкий темп і співвідношення між цими двома відділами дорівнює 4,6:1. У новонароджених сліпа кишка розташовується високо, висхідна ободова кишка коротша за низхідну, а сигмоподібна відрізняється більшою довжиною та утворює згини та петлі. Будова стінки ТК характеризується слабким розвитком м'язових стрічок, здуттів та чепцевих придатків.

Ободова кишка у новонароджених та дітей першого року життя має підковоподібну форму з нечіткими згинами, ОК має коротку брижу, малорухлива. В перші 1,5 – 2 роки брижа подовжується в 3–4 рази. ОК може мати поперечне положення, косо висхідне або провисати у вигляді букви V. Доведена залежність положення ОК від форми живота та нижньої апертури грудної клітки. При широкій апертурі кишка має частіше горизонтальне положення, а при вузькій апертурі вона провисає.

Сигмоподібна кишка у новонароджених має довгу брижу, за рахунок чого її петлі можуть мати довільне розташування в різних відділах черевної порожнини. Після 5 років вона часто має тенденцію до занурювання в порожнину малого тазу.

Пряма кишка у новонароджених відносно довга, згини її простежуються слабо, стінки тонкі. ПК займає майже всю порожнину малого таза та оточена сполучною тканиною, яка відіграє роль фіксуєного агента.

Розлади дефекації у дітей раннього віку, з незавершеною фіксацією відділів ТК сприяє формуванню не тільки патологічної рухливості та згинів але й до порушення формування співвідношень анатомічних об'єктів на тлі спотвореного кишкового пасажу та постійного підвищення внутрішньо кишкового тиску. Таке тривало існуюче хибне коло, на тлі постійно існуючого абдомінального компартмент синдрому, призводить до порушення розвитку органів малого тазу та промежини.

Одним із таких співвідношень анатомічних об'єктів є аноректальний індекс (АРІ), який є співвідношенням відстані між vagina або scrotum та анусом (см) та відстанню між vagina та scrotum і куприком (см). В нормі, за об'єднаними даними деяких дослідників, у новонароджених дівчаток АРІ дорівнює $0,45 \pm 0,08$, а у хлопчиків – $0,54 \pm 0,07$ (рис. 1, 2).

При передньому зміщенні (ектопії) анального отвору, на тлі розвитку заднього ректоцеле АРІ зменшується – у дівчаток $< 0,34$, а у хлопчиків $< 0,46$ [3, 4].

Отримані в своєму дослідженні величини АРІ і дітей з ХК наведені в таблиці 1.

Таблиця 1
Величини АРІ в обох групах порівняння.

Групи порівняння	Дівчатка	Хлопчики
Контрольна група (n=40)	$0,49 \pm 0,06$	$0,57 \pm 0,07$
Основна група (n=45)	$0,31 \pm 0,05$	$0,41 \pm 0,02$
p	$< 0,05$	$< 0,05$

Висновки.

1. У хлопчиків і дівчаток з хронічним колостазом величини АРІ достовірно менші ніж в контрольній групі дітей

2. У дітей з ХК, на тлі стійкого порушення евакуаторної функції товстої кишки формуються стійкі анатомічні чинники на тлі розвитку патології.

Перспективи подальших досліджень. Визначення зміни аноректального індексу у дітей з хронічними колостазми органічного генезу суттєво розширює уявлення про патогенетичні механізми розвитку патології, що дозволить досліджувати дані зміни при різних вроджених та набутих вадах розвитку товстої кишки.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Evaluation and treatment of constipation in infants and children: Recommendation of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition // *JPGN*. – 2006. – Vol. 43. – P. 1 – 13.
2. Constipation in children and young people. Diagnosis and management of idiopathic childhood constipation in primary and secondary care. NICE clinical guideline 99. Developed by National Collaborating Centre for Woman's and Children's Health, London, 2010.
3. Davari H. A. The anal position index: a simple method to define the normal position of the anus in neonate / H.A. Davari, Mю Hosseinpour // *Acta Paediatr.* – 2006. – №7. – P. 877 – 880.
4. Herek O. Incidence of anterior displacement of the anus and its relationship to constipation in children / O. Herek, A. Polat // *Surg Today*. – 2004. – №2. – P. 190 –192.