

**Організація наукових медичних досліджень
«Salutem»**

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ

**МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«ПРОБЛЕМИ ТА СТАН РОЗВИТКУ
МЕДИЧНОЇ НАУКИ ТА ПРАКТИКИ
В УКРАЇНІ»**

7–8 червня 2019 р.

Дніпро
2019

УДК 61(477)(063)
П78

П78 Проблеми та стан розвитку медичної науки та практики в Україні :
Збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції (м. Дніпро, 7–8 червня 2019 р.). – Дніпро: Організація наукових медичних досліджень «Salutem», 2019. – 108 с.

У збірнику представлені матеріали міжнародної науково-практичної конференції **«Проблеми та стан розвитку медичної науки та практики в Україні»**. Розглядаються загальні проблеми клінічної та профілактичної медицини, питання фармацевтичної науки та інше.

Призначений для науковців, практиків, викладачів, аспірантів і студентів медичної, фармацевтичної та ветеринарної спеціальностей, а також для широкого кола читачів.

Усі матеріали подаються в авторській редакції.

УДК 61(477)(063)

© Організація наукових медичних досліджень «Salutem», 2019

ЗМІСТ

НАПРЯМ 1. ТЕОРЕТИЧНА МЕДИЦИНА: СУЧАСНІ ПРІОРИТЕТИ РОЗВИТКУ

ПЕРВИННА ТЕХНІЧНА ЕКСПЕРТИЗА НАУКОВИХ ПРАЦЬ НА НАЯВНІСТЬ АКАДЕМІЧНОГО ПЛАГІАТУ У МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ: АНАЛІЗ ДОСВІДУ ТА ДЕЯКИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОГРАМНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ Хобзей М. К., Вергун А. Р., Ягело С. П.	6
ОСОБЛИВОСТІ ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ НА ТЛІ ФІЗІОЛОГІЧНИХ ЗМІН ОРГАНІЗМУ ЖІНКИ Галичанська О. М., Гаврилюк М. Д., Іліка О. В., Руснак Н. В.	11
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВИЗНАНИХ ХІМІЧНИХ ГЕМОСТАТИЧНИХ ЗАСОБІВ ТА ЇХ ПОТЕНЦІЙНО МОЖЛИВОГО АНАЛОГУ НА ОСНОВІ МОДИФІКОВАНИХ КАРБОКСИМЕТИЛЦЕЛЮЛОЗИ ТА АЛЮМОСИЛКАТІВ Загороднюк К. Ю., Дема О. В., Бевз Р. Т., Туманова Т. О., Федикович І. М., Приймак Н. М., Чербан П. Й.	17

НАПРЯМ 2. КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА: СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ

РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ДО АЦЕТИЛСАЛІЦИЛОВОЇ КИСЛОТИ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ Черниловський А. В., Ахе Є. А., Аніщенко М. І.	22
ПЛАЗМАФЕРЕЗ: ОБ'ЄМИ ВИЛУЧЕННЯ ПЛАЗМИ І СПОСОБИ ПЛАЗМОЗАМІЩЕННЯ Корж А. В., Видиборець С. В.	26
ГЕМОРЕОЛОГІЧНІ ПОРУШЕННЯ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ КВЕРЦЕТИНУ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ Дудка П. Ф., Добрянський Д. В., Іорданова Н. Х., Тарченко І. П., Бондаренко Ю. М., Вознюк В. В.	29
ПРОВОКАЦІЙНИЙ АНГІОСПАСТИЧНИЙ ТЕСТ ПРИ ГОСТРОМУ ІНФАРКТІ МІОКАРДА ЗА НЕОБСТРУКТИВНИХ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ (MINOCA): АКЦЕНТ НА БЕЗПЕЧНІСТЬ МЕТОДУ ДІАГНОСТИКИ КОРОНАРНОГО ВАЗОСПАЗМУ Іорданова Н. Х., Ібнухсейн Е.-І.	31

ПРАВОВОЙ АСПЕКТ ЯТРОГЕННОГО СОЧЕТАННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ТРАХЕИ И ПИЩЕВОДА ПРИ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВОГО ЗОБА	
Капшитарь А. В.	36
МЕДИКО-ГЕНЕТИЧН АСПЕКТИ ПРОГРЕСУЮЧИХ М'ЯЗОВИХ ДИСТРОФІЙ	
Ластівка І. В., Анцупова В. В., Шевчук К. З.	41
НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ КИШЕЧНЫХ ШВОВ И АНАСТОМОЗОВ	
Леонов А. В.	45
РАННИЙ ВОЗРАСТ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ	
Медражевская Я. А., Фик Л. А.	50
КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ МАРКЕРИ ДЛЯ ОЦІНКИ СТАНУ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ДЕГЕНЕРАТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ХРЕБТА	
Морозенко Д. В., Матушевська А. А.	54
СИНДРОМ ДЕФИЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ У ДІТЕЙ: ШЛЯХИ КОРЕКЦІЇ	
Морозова І. В., Шаламай М. О.	57
ОМАЛЬГІЯ – ЯК УСКЛАДНЕННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ	
Парахоняк Р. Л., Ткачук О. Л.	59
ІМУНОЛОГІЧНА СКЛАДОВА У ПАТОГЕНЕЗІ ІДІОПАТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ РИТМУ СЕРЦЯ	
Перемот С. Д., Волянський А. Ю., Смілянська М. В., Перемот В. Я.	64
КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ІННОВАЦІЙНОГО ГЕННО-ІНЖЕНЕРНОГО БІОЛОГІЧНОГО ПРЕПАРАТУ ТОЦИЛІЗУМАБУ З ПОГЛЯДУ НЕФРОПРОТЕКЦІЇ ПРИ РЕВМАТОЇДНОМУ АРТРИТІ	
Рекалов Д. Г., Приткова Г. В.	69
ПОКАЗНИКИ ПРО- ТА АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМ В КРОВІ ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ У ПОЄДНАННІ З ЦД ТИПУ 2 ТА АГ	
Соколова І. І.	72
ОСОБЕННОСТИ ПРОДУКТИВНОСТИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ	
Черненко Е. А., Тесленко О. А.	74
ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ КАШЛЮ ПРИ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ІНФЕКЦІЯХ У ДІТЕЙ	
Шаламай М. О., Морозова І. В.	79

НАПРЯМ 3. ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

ПРОФІЛАКТИКА І ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ ПОРУШЕНЬ
МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

Григорова І. А., Григоров М. М. 81

ДЕПОПУЛЯЦИОННЫЙ ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС В УКРАИНЕ

Усенко С. Г., Усик А. В., Дрокин А. В., Кравченко М. Ю. 83

СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ МОЖЛИВОСТІ ПРОЯВУ ПОБІЧНИХ
РЕАКЦІЙ НА ВАКЦИНАЦІЮ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Смілянська М. В., Преремот С. Д.,

Волянський А. Ю., Кліса А. О., Кашпур Н. В. 85

ВПЛИВ РЕЗИДУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ НИРОК НА ІНТЕНСИВНІСТЬ
ОКСИДАТИВНИХ ПРОЦЕСІВ У ХВОРИХ, ЯКІ ЛІКУЮТЬСЯ
МЕТОДОМ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДІАЛІЗУ

Степанова Н. М., Король Л. В., Лебідь Л. О., Сташевська Н. В. 90

НАПРЯМ 4. ФАРМАЦЕВТИЧНА НАУКА: СУЧАСНІСТЬ ТА МАЙБУТНЄ

МЕТА-АНАЛІЗ ЗАСТОСУВАННЯ ІНГІБІТОРІВ АПФ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ
ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКУ ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Баліцька О. П., Злагода В. С. 93

COMPARATIVE EVALUATION OF CHEWING PRESSURE
BY COMPLETE REMOVABLE DENTURES ACCORDING
AN ADHESIVE MATERIAL APPLICATION

Yanishen I. V., Grishanin G. G., Movchan O. V., Andriyenko K. Yu. 98

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ВИКЛАДАННЯ ЛЕКЦІЙНОГО МАТЕРІАЛУ
ПРИ ПРОХОДЖЕННІ ПЕРВИННОЇ СПЕЦІАЛІЗАЦІЇ
У МЕДИЧНИХ ВУЗАХ

Слесарчук В. Ю., Кайдаш С. П., Селіна І. О. 100

ДОСЛІДЖЕННЯ ВМІСТУ ФЛАВОНОЇДІВ В ЕКСТРАКТАХ
ARTEMÍŚIA ABSÍNTHIUM ЗАЛЕЖНО ВІД СТАНУ СИРОВИНИ

Толмаченко Г. Ю., Александрова О. І. 102

ПРАВОВОЙ АСПЕКТ ЯТРОГЕННОГО СОЧЕТАННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ТРАХЕИ И ПИЩЕВОДА ПРИ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВОГО ЗОБА

КАПШИТАРЬ А. В.

*доктор медицинских наук, профессор,
профессор кафедры хирургии и анестезиологии
факультета последипломного образования
Запорожский государственный медицинский университет
г. Запорожье, Украина*

Актуальность. Одним из специфических осложнений хирургического лечения зоба является повреждение гортани, трахеи и пищевода [2, с. 74; 7, с. 500; 9, с. 51]. Повреждение гортани и трахеи составляет 0,05% [9, с. 51]. Повреждение трахеи возникает преимущественно в области передней её поверхности и чаще при отделении трахеи от перешейка [9, с. 51]. Топографо-анатомические изменения (смещение, сдавление) способствуют повреждению [1, с. 80; 2, с. 91; 8, с. 86]. Во время операции проникающие повреждения трахеи диагностировать легко, т.к. хорошо слышен, выходящий из неё свистящий воздух [9, с. 51]. Дефекты в трахее ушивают кетгутом или капроном, без захвата слизистой оболочки, а при наличии больших дефектов, которые невозможно ушить – подводят мышцу [9, с. 51]. Повреждение трахеи в боковых и задних отделах возникает при резких смещениях и сдавлении её, вызванных зобом значительных размеров [9, с. 52]. В случаях закрытых повреждений адвентиции, обнажения хрящей приводит к рубцеванию и в дальнейшем образованию стриктур [9, с. 52].

Пищевод интимно прилегает к щитовидной железе [2, с. 7; 9, с. 52]. Иногда встречаются дивертикулы пищевода, трудно отличимые от зоба [9, с. 53]. Образовавшийся дефект в пищеводе ушивают и первые дни кормят по назо-гастральному зонду [9, с. 53].

Следовательно, описанные осложнения связывают с особенностями топографо-анатомических взаимоотношений, аномалий развития, патологическими изменениями в трахее и пищеводе после длительного сдавления значительными размерами зоба, отступлением от классической методики операции.

Наряду с выше изложенным, во многих аналитических публикациях у оперированных больных по поводу зоба, не упоминается о повреждениях трахеи и пищевода в процессе интубации трахеи [2, 4, 10], а при общем анализе повреждений трахеи и пищевода у пациентов с разнообразной

хирургической патологией – отсутствует упоминание о наличии зоба [1, 3, 5, 6]. Это свидетельствует о том, что травма трахеи и пищевода при интубации трахеи для проведения внутривенной тотальной анестезии с ИВЛ при хирургическом вмешательстве у больных с зобом является редким ятрогенным повреждением.

Цель исследования: опубликовать довольно редкое клиническое наблюдение одновременного ятрогенного повреждения трахеи и пищевода у больной с узловым зобом во время операции.

Материал и методы.

Работая ординатором хирургическом отделении «Городской больницы № 3» Кривого Рога, которая оказывала хирургическую помощь больным с зобом у жителей города и близлежащих районов Днепропетровской области, автор данной публикации принимал участие в лечении больной с одновременным ятрогенным повреждением трахеи и пищевода. В доступной литературе сообщений о ятрогенном сочетанном повреждении трахеи и пищевода при интубации трахеи для хирургического лечения узлового зоба мы не встретили, что дало основание опубликовать собственное наблюдение. Ниже приводим наше крайне редкое и опасное клиническое наблюдение.

Больная Х., 59 лет, по профессии учитель, госпитализирована в хирургическое отделение «Городской больницы № 2» в плановом порядке для оперативного лечения с жалобами на наличие образования в правой половине шеи. Впервые, 4 года назад, обнаружила уплотнение на шее, которое с течением времени стало увеличиваться. За медицинской помощью не обращалась. Лишь, когда данное образование стало причинять косметические неудобства, обратилась к хирургу поликлиники. Обследована (клинически, определён общий анализ крови и мочи, глюкоза крови, гормоны щитовидной железы, биохимические исследования, коагулограмма, УЗИ, ЭКГ, флюорография грудной клетки). Пациентка консультирована терапевтом «ИБС. Диффузный кардиосклероз. СН_{2А}. Гипертоническая болезнь 3 стадии», осмотрена гинекологом – здорова. Установлен диагноз «Спорадический узловой зоб 3 стадии, эутиреоидная форма» и больная направлена в хирургическое отделение.

Общее состояние удовлетворительное. Рост 160 см. Вес 76 кг. ИМТ 29,2 кг/м². Пульс 68 уд/мин. АД 140/80 мм.рт.ст. Температура тела 36,6° С.

Локальный статус. При осмотре шеи в правой половине определяется шаровидной формы образование 4х4 см, кожные покровы над ним обычной окраски. При пальпации оно гладкое, безболезненное, не смещается. При поступлении подтверждён диагноз «Спорадического

узлового зоба 3 стадии, эутиреоидной формы». Предоперационная подготовка.

Результаты.

На следующий день после госпитализации осуществлена плановая операция. Метод обезболивания – внутривенная тотальная анестезия с ИВЛ после интубации трахеи выполнена анестезиологом со стажем более 20 лет без диагностированных осложнений. Операционное поле трижды обработано спиртом. Воротникообразным оперативным доступом по Кохеру на 2 см выше вырезки грудины рассечена кожа, подкожная клетчатка, платизма. Верхний лоскут тупо отслоен кверху на 3 см. По белой линии шеи продольно вместе с фасцией рассечены претиреоидные мышцы. Справа поперечно тупо, отделив претиреоидные мышцы от правой доли щитовидной железы, используя зонд Кохера, наложили 2 зажима Кохера, между которыми на зонде Кохера претиреоидные мышцы пересекли, пришили и лигировали. Ревизия обеих долей щитовидной железы и перешейка. В правой доле щитовидной железы, выступая над её паренхимой, узел 4х4 см шаровидной формы, белесоватого цвета, с гладкой поверхностью. Левая доля щитовидной железы и перешеек без патологических изменений. Щипцами Мюзо зафиксирован узел в правой доле щитовидной железы. Мобилизован нижний край перешейка и визуализирована трахея. Правая нижняя щитовидная артерия, а затем и правая верхняя щитовидная артерия, взяты на зажимы, пересечены и дважды лигированы. Далее выполнена субтотальная, субфасциальная резекция правой доли щитовидной железы с оставлением 6 граммов её паренхимы у верхнего полюса по задней поверхности. Кровотечение из мелких сосудов остановлено прошиванием 8-образными швами и лигированием. Раны дренированы 2 резиновыми полосками. Восстановлена анатомическая целостность пересеченных ранее слоёв шеи. Скобки Мишеля на кожу.

Послеоперационное течение не типичное. На следующий день после операции больная отмечала боли в ране, слабость, повышение температуры тела. Общее состояние тяжёлое. Температура тела 38,8° С. Пульс 110 уд/мин. К стандартному лечению добавлены антибиотики, инфузионная терапия. На 2-е сутки состояние ухудшилось, повысилась температура тела до 39,6° С, пульс – до 126 уд/мин. Заподозрен медиастинит. После консультации торакального хирурга пациентка для лечения медиастинита переведена в торакальное отделение «Городской больницы № 2». Во время бронхоскопии и эзофагоскопии диагностирован источник медиастинита – ятрогенное одновременное повреждение трахеи и пищевода с левой стороны. Дальнейшее

клиническое течение тяжёлое. Развился сепсис. Хирургическая коррекция. Длительная интенсивная консервативная терапия привела к выздоровлению. Однако, у больной осталась осиплость голоса, несмотря на консультации и лечение, назначенное ЛОР-врачом.

Оперированная пациентка по профессии учитель и преподавать полноценно вследствие череды и тяжести послеоперационных осложнений не могла. Прошла ВТЭК и, по совокупности имеющихся данных, признана инвалидом 2 группы. После этого она написала заявление в прокуратуру с обвинениями в адрес оперировавшего хирурга о причинённом вреде её здоровью – повреждении трахеи и пищевода, осложнившихся сепсисом, требуя компенсации. После досудебного расследования и изучения дела пострадавшей, прошло 3-и заседания суда. На последнем 3-м заседании суда установлено, что ятрогенное повреждение трахеи и пищевода в процессе субтотальной резекции щитовидной железы по поводу спорадического узлового зоба 3 стадии, эутиреоидной формы правосторонней локализации произошло концом металлического проводника, введенного в интубационную трубку, во время интубации трахеи врачом-анестезиологом. Оперировавший хирург признан не виновным в этих осложнениях, на основании следующих данных: оперативное вмешательство с использованием щипцов Мюзо, игл, скальпеля, ножниц он выполнял на правой доле щитовидной железы с наличием зоба небольших размеров, 4х4 см. На левой доле щитовидной железы он выполнял лишь её осмотр и пальпацию, что не явилось причиной ятрогенных повреждений. Заключение суда: нанесен врачом-анестезиологом непреднамеренно вред здоровью с ятрогенным повреждением трахеи и пищевода, длительным лечением. С учётом заключения ВТЭК работать по специальности пациентка не может. Согласно законодательства Украины суд постановил: до срока выхода на пенсию (через 4 месяца) больница обязана ежемесячно выплачивать пострадавшей 35% её месячного оклада, а врач-анестезиолог, выполнявший интубацию трахеи с целью общей анестезии (внутривенной тотальной анестезии с ИВЛ), также дополнительно обязан ежемесячно выплачивать пострадавшей 15% её месячного оклада.

Выводы:

1. Профессиональные действия врача-анестезиолога, как и врача-хирурга, сопряжены с возможным развитием ятрогенных повреждений, способных привести к инвалидности пациента или летальному исходу.
2. Запоздавшая диагностика одновременного ятрогенного повреждения трахеи и пищевода, медиастинита привела к сепсису.

3. Правовая оценка профессиональной деятельности врача-анестезиолога и хирурга проведена, согласно законодательства Украины.

Использованная литература:

1. Алиев М.А. Диагностика и лечение повреждений пищевода / М.А. Алиев, Ш. Журавлёв, В.А. Потапов. – Алма-Ата: Гылым, 1991. – 160 с.
2. Диагностика та хірургічне лікування доброякісних захворювань щитоподібної залози: навч. посіб. / С.М. Завгородній, Н.О. Ярешко, О.С. Доля, М.Б. Данилюк. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2018. – 91 с.
3. Досвід хірургічного лікування розриву стравоходу різної локалізації / П.П. Шипулін, В.І. Байдан, О.Ю. Троніна [та ін.] // Клінічна хірургія. – 2017. – № 9. – С. 18 – 20.
4. Мамчич В.І. Сучасні аспекти хірургічного лікування вузлових форм зоба / В.І. Мамчич, О.В. Погорелов, О.Ю. Воскобойнік // Клінічна хірургія. – 2012. – № 10. – С. 49 – 52.
5. Результаты лечения перфораций пищевода / А.В. Белов, Н.В. Дука, О.А. Юрко [и др.] // Харківська хірургічна школа. – 2014. – № 2. – С. 128 – 131.
6. Хірургічне лікування зобу / О.П. Ковальов, О.М. Люлька, В.І. Ляховський [та ін.] // Клінічна хірургія. – 2017. – № 11. – С. 48 – 50.
7. Хірургія. у 2-х т. / За ред. Я.С. Березницького, М.П. Захараша, В.Г. Мішалова. – Дніпропетровськ: «Дніпро-Val», 2007. – 628 с.
8. Черенько М.П. Заболевания и повреждения шеи / М.П. Черенько. – К: Здоров'я, 1984. – 168 с.
9. Черенько М.П. Осложнения при операциях на щитовидной железе / М.П. Черенько. – Киев: Здоров'я, 1977. – 110 с.
10. Шідловський В.О. Хірургія зоба в ендемічному регіоні / В.О. Шідловський, І.М. Дейкало, О.В. Шідловський // Шпитальна хірургія. – 2012. – № 2. – С. 24 – 29.