

**Організація наукових медичних досліджень
«Salutem»**

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ

**МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«СУЧАСНИЙ ВИМІР
МЕДИЧНОЇ НАУКИ ТА ПРАКТИКИ»**

10–11 травня 2019 р.

Дніпро
2019

УДК 61«312»(063)
С91

С91 Сучасний вимір медичної науки та практики : Збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції (м. Дніпро, 10–11 травня 2019 р.). – Дніпро: Організація наукових медичних досліджень «Salutem», 2019. – 112 с.

У збірнику представлені матеріали міжнародної науково-практичної конференції **«Сучасний вимір медичної науки та практики»**. 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«312»(063)

© Організація наукових медичних досліджень «Salutem», 2019

ЗМІСТ

НАПРЯМ 1. ТЕОРЕТИЧНА МЕДИЦИНА: СУЧАСНІ ПРІОРИТЕТИ РОЗВИТКУ

КОМПЛЕКСНОЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ Бугаевский К. А., Черепок А. А.....	6
КИСНЕВОТРАНСПОРТНА ФУНКЦІЯ КРОВІ ПРИ ХВОРОБІ ВІЛЛЕБРАНДА В СТАБІЛЬНИЙ ПЕРІОД Лановенко І. І., Авер'янов Є. В., Семеняка В. І.....	12
АКТИВНІСТЬ СУПЕРОКСИДДИСМУТАЗИ В ТКАНИНАХ ПАРОДОНТА В ДИНАМІЦІ РОЗВИТКУ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПАРОДОНТИТУ Олекшій П. В.....	18
ФОРМУВАННЯ ОРГАНІЗАТОРСЬКИХ ВМІНЬ ТА НАВИЧОК В ПРОЦЕСІ ФАХОВОЇ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР Опошнян С. І.....	20
СУЧАСНИЙ СТАН МЕДИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ВОДІЇВ АВТОТРАНСПОРТНИХ ЗАСОБІВ Радченко С. Г.	24
ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ТИМУСУ В ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ Шишко Д. О.....	27
КЛІНІЧНЕ ПОРІВНЯННЯ АНТИСЕПТИЧНИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ВИКОРИСТАННЯ В ОРТОПЕДИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ) Ясінський М. М.	32

НАПРЯМ 2. КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА: СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ

ПЛАЗМОСОРБЦІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ СИНДРОМУ НИРКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ Акентьев С. О., Березова М. С.....	36
ІНФОРМАТИВНІСТЬ ЛАБОРАТОРНИХ КРИТЕРІЇВ ДЛЯ ДІАГНОСТУВАННЯ УСКЛАДНЕНЬ ГОСТРОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ Гринчук Ф. В.....	41

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ЗАХВОРЮВАНOSTI ЛЕГЕНЕВОЮ ФОРМОЮ ТУБЕРКУЛЬОЗУ СЕРЕД ПРАЦІВНИКІВ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ Ергард Н. М.	46
МИНИ-ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ АТИПИЧНОЇ ФОРМИ ПРОБОДНОЇ ЯЗВИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНОЇ 94 ЛЕТ С ВИСОКИМ ОПЕРАЦІОННИМ РИСКОМ Капшитарь А. В.	49
ПОРІВНЯЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ АТОРВАСТАТИНУ ТА РОЗУВАСТАТИНУ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ З ВИСОКИМ ТА ДУЖЕ ВИСОКИМ СЕРЦЕВО-СУДИННИМ РИЗКОМ Кравчун П. Г., Борзова-Коссе С. І., Книгін М. В., Арциленко К. Ю.	54
ПРИМЕНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЦЕРВИКОГЕННОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Короленко Н. В., Михайленко В. Е., Горша О. В.	57
АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ ПАРАМЕТРОВ ПРИ МИНИМАЛЬНОМ ФИБРОЗЕ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С Козько В. Н., Винокурова О. Н., Ивантеева Ю. И., Курчанова Ю. В.	61
РОЛЬ ВАКЦИНАЦИИ НА ДАЛЬНЕЙШЕЕ РАЗВИТИЕ ИММУНИТЕТА Кутарева М. Ю., Меркулова Н. Ф.	64
ВИПАДОК СИНДРОМУ ВАН-ДЕР-ВУДА У ДИТИНИ Ластівка І. В., Крижик І. В.	66
ТРИХО-РИНО-ФАЛАНГЕАЛЬНИЙ СИНДРОМ ТИП І: ВИПАДОК З ПРАКТИКИ Ластівка І. В., Бігун М. Б., Бойко Л. В.	71
ПІДГОТОВКА СТУДЕНТІВ ТА ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ-СТОМАТОЛОГІВ НА РОБОЧОМУ МІСЦІ ПРИ РОБОТІ З ДІТЬМИ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ПЕРЕД СТОМАТОЛОГІЧНИМ ЛІКУВАННЯМ Левандовський Р. А., Годованець О. І., Левандовська Дз. Р., Левандовський М. Р.	75
ALLOPLASTIC BONE RECONSTRUCTION OF COMMINUTED FRACTURES AND AFTER BONE TUMOR RESECTION Lukashenko E. S., Yakymenko D. S.	77
АКТИВНІСТЬ ФАКТОРІВ ЗГОРТАННЯ КРОВІ У СВІЖОЗАМОРОЖЕНІЙ ПЛАЗМІ ПРИ ЇЇ ОХОЛОДЖЕННІ ЗА СТАТИЧНИМИ РЕЖИМАМИ Малигон О. І.	79

АНАЛІЗ ВПЛИВУ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНУ <i>GSTP1</i> У 5 ЕКЗОНІ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С Остапчук К. В., Годован В. В.	85
АНАЛІЗ ВИНИКНЕННЯ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ЧЕРЕЗКІСТКОВІЙ ФІКСАЦІЇ АПАРАТОМ ІЛІЗАРОВА Істомін Д. А., Павлічук Є. О., Паніч Р. В.	87
ТИТРИ АНТИМІОКАРДІАЛЬНИХ АНТИТІЛ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ШЛУНОЧКОВИМИ ПОРУШЕННЯМИ РИТМУ БЕЗ ОЗНАК ОРГАНІЧНОГО УШКОДЖЕННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ Перемот С. Д., Смілянська М. В., Кашпур Н. В., Клиса О. О.	89
ЗНАЧЕННЯ МЕТОДУ ДОБОВОГО МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ДЛЯ ПРОГНОЗУВАННЯ І ВИЯВЛЕННЯ УРАЖЕНЬ ОРГАНІВ-МІШЕНЕЙ ТА ОЦІНКИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ СЕРЦЕВО- СУДИННИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ З РЕЗИСТЕНТНОЮ І ВАЖКОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ Силюга Л. Я.	95

НАПРЯМ 3. ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

РОЛЬ ЗНАННЯ СИМПТОМІВ СИНДРОМУ «МАЛИХ ОЗНАК РАКУ» ТА ПАРАНЕОПЛАСТИЧНОГО СИНДРОМУ МЕДИЧНИМИ СПЕЦІАЛІСТАМИ РІЗНИХ ГАЛУЗЕЙ МЕДИЦИНИ Добинда І. Р.	101
ВПЛИВ ПІДБОРІВ НА СТОПУ ЖІНКИ. ОСОБЛИВОСТІ САМООЦІНКИ Дорошенко К. В., Чигринська Л. П.	106

МИНИ-ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ АТИПИЧНОЙ ФОРМЫ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНОЙ 94 ЛЕТ С ВЫСОКИМ ОПЕРАЦИОННЫМ РИСКОМ

КАПШИТАРЬ А. В.

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

Актуальность. У пациентов с прободной язвой желудка (ПЯЖ) различают классическую форму прободения в свободную брюшную полость и атипичные формы (прободение прикрытое, в сальниковую сумку, малый или большой сальник, плевральную полость, перикард, спайки) [5, с. 1675-1676; 6, с. 305]. Атипичные формы ПЯЖ встречаются редко, достигая 3-6% [2, с. 468; 6, с. 310-311]. Их ранняя диагностика довольно трудна [4, с. 20; 10, с. 78].

По данным ЮНЕСКО население старше 60 лет является самой быстро увеличивающейся возрастной группой. Из всех возрастных групп удельный вес долгожителей колеблется от 0,03 до 1,3% [1, с. 35]. Они болеют чаще и дольше [8, с. 150]. У них морфофункциональные изменения в организме достигают своего максимума [7, с. 431].

Клиническое течение атипичных форм ПЯЖ у долгожителей (90 лет и старше) имеет свои особенности [7, с. 431; 8, с. 337]. Их ранняя диагностика крайне затруднительна и показания к неотложной операции устанавливаются слишком поздно – при развитии перитонита, как правило, по истечении 2 суток лечения в хирургической клинике [2, с. 36; 5, с. 1675; 7, с. 432]. Дополнительные методы исследования не всегда помогают в своевременной диагностике [3, с. 102; 6, с. 312-313]. Причины запоздалой диагностики ПЯЖ многообразны [6, с. 305-311]. Топографо-анатомические особенности атипичного прободения. Сочетание нескольких тяжёлых сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы, бронхо-лёгочной, эндокринной, моче-половой и опорно-двигательного аппарата затрудняют диагностику и ухудшают прогноз. Снижены адаптивные возможности и, как следствие, больные

становятся уязвимыми к действию повреждающих факторов. Всегда присутствует высокий операционно-анестезиологический риск. Установлена высокая частота послеоперационных осложнений, большая смертность, низкая однолетняя выживаемость [9]. В доступной литературе сведений о прободении хронической язвы задней стенки антрального отдела в забрюшинное пространство мы не обнаружили.

Цель исследования: показать возможности мини-лапароскопии в своевременной госпитальной диагностике атипичной формы прободной язвы желудка у больной 94 лет с крайне высоким операционным риском с редким вариантом прободения в забрюшинное пространство .

Материал и методы. Больная К., 93 лет, № истории болезни 3267 госпитализирована 09.10.2013 в 10-45 в хирургическое отделение КНП «Городской больницы № 2» Запорожья, базы кафедры хирургии и анестезиологии ФПО. Жаловалась на выраженные боли по всему животу, одышку, сухость во рту, слабость. Из анамнеза заболевания выяснено, со слов невестки, что больную часто и длительно беспокоили боли в подложечной области и изжоги, в связи с чем, самостоятельно бесконтрольно и длительно принимала противовоспалительный нестероидный препарат долорен. Была обследована 8 лет назад у участкового врача поликлиники и диагностирован хронический гастрит. После посещения врача больше за медицинской помощью не обращалась. Последнее обострение началось 09.10.2013 г. в 3-00 с появления острых болей в подложечной области, в последующем распространившихся на весь живот. Самостоятельный приём неизвестных обезболивающих препаратов привнёс кратковременное улучшения. Однако, в дальнейшем боли в животе усилились. СМП с диагнозом «Острая кишечная непроходимость?» транспортирована в хирургическую клинику. В 1960 году выполнена операция: лапаротомия доступом Волковича-Мак_Бурнея, аппендэктомия по поводу острого аппендицита.

При поступлении общее состояние тяжёлое. Рост 170 см. Вес 64 кг. Температура тела 36,0° С. Пульс 110 уд/мин. АД 100/60 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, аритмичные. В лёгких дыхание жёсткое, в нижних отделах справа – не проводится, в средних отделах – влажные хрипы. Язык сухой, обложенный серым налётом. Живот резко болезненный, напряжённый во всех отделах. Симптом Щёткина положительный, поколачивания в поясничной области – отрицательный. Голени и стопы отёчные. Мочеиспускание не нарушено. Газы отходят. Стул отсутствовал

5 суток. Общий анализ крови: Нб 119 г/л, Ег $4,0 \times 10^{12}$ /л, L $2,5 \times 10^9$ /л. Лейкоцитарная формула: эозинофилы 3%, палочкоядерные нейтрофилы 30%, сегментоядерные 43%, лимфоциты 18%, моноциты 6%. СОЭ 30 мм/час. Общий анализ мочи: белок 0,066%, лейкоциты 8-10 в поле зрения. Диастаза мочи 16 ед. Рентгенография грудной клетки: лёгочный рисунок деформирован. Корни фиброзно изменены. Справа до 9 ребра уровень жидкости. Сердце аортальной конфигурации. Рентгенография брюшной полости: патологии нет. Диагноз при поступлении «Прободная язва двенадцатиперстной кишки? Правосторонний экссудативный плеврит». Осмотрена терапевтом «ИБС. Диффузный кардиосклероз. Фибрилляция предсердий, тахиформа. Желудочковая экстрасистолия. СН₂₆ ст. IV ф.к. Правосторонний экссудативный плеврит».

Результаты исследования. С участием анестезиолога и подозрением на прикрытую прободную язву двенадцатиперстной кишки под местной анестезией выполнена МЛС по методике О.С. Кочнева с соавт. (1988). Во время МЛС по косвенным признакам диагностирована прободную язву двенадцатиперстной кишки, разлитой желчно-гноино-фибринозный перитонит. Предоперационная подготовка. Степень операционного риска по Гологорскому ASA III E.

09.10.2013 г. в 12-35 экстренная операция. Верхняя срединная лапаротомия. Во всех отделах брюшной полости гнойный желчный выпот с фибрином в объёме 2,0 л. Гиперемия, отёк, кровоизлияния париетальной и висцеральной брюшины. Парез тонкого кишечника, в просвете газ и жидкость. Желчный пузырь плоскостными спайками фиксирован к двенадцатиперстной кишке и выходному отделу желудка. Вскрыта сальниковая сумка через желудочно-ободочную связку – патологии нет. По назогастральному зонду введен краситель (бриллиантовая зелень), который появился в области дуоденоюнального перехода. Желудочно-ободочная связка рассечена дистальнее правой желудочно-сальниковой артерии и, после выделения задней стенки желудка антрального отдела желудка, обнаружена каллёзная язва 4х4 см с прободным отверстием диаметром 1,2 см, через которое выделяется желудочное содержимое в забрюшинное пространство. Провести назогастральный зонд для интубации тонкого кишечника из-за спаечного процесса не удалось. Прободная язва ушита в поперечном направлении двухрядными узловыми капроновыми швами с перитонизацией желудочно-поперечно-ободочной связкой. Санация и дренирование

забрюшинного пространства, сальниковой сумки, брюшной полости и малого таза. Длительность операции 1 час 40 минут. Послеоперационный диагноз «Прободная язва задней стенки антрального отдела желудка в забрюшинное пространство. Разлитой гнойно-желчно-фибринозный перитонит, терминальная стадия». Комплексное лечение продолжено в палате интенсивной терапии: блицеф, офлоксацин, рантак, лазолван, метаклопрамид, прозерин, цибор, омнопон с димедролом, дексалгин, раствор Рингера, сорбилакта, 5% глюкозы, рефортана, хетасорба, физиологического раствора, ГИК, свежезамороженной плазмы.

Послеоперационное течение крайне тяжёлое: нестабильная гемодинамика (АД 75/50-80/60 мм.рт.ст. на фоне вазопрессоров) за счёт право- и левосторонней миокардиальной недостаточности, нарушения сердечного ритма в виде фибрилляции предсердий, тахиформы, желудочковой экстрасистолы, декомпенсация сердечной деятельности (отёки голеней и стоп, гидроторакс), олигоанурия, почечная недостаточность, анемия, гипо- диспотеинемия. На этом фоне развивается острый флеботромбоз глубоких вен левой нижней конечности, осложнившийся массивной одномоментной тромбоэмболией лёгочной артерии, что диагностировано во время патолого-анатомического вскрытия, которая и стала непосредственной причиной смерти 10.10.2013 г. в 12-10.

Выводы:

1. Не обращаемость больной в поликлинику по поводу частых обострений болей в подложечной области, изжога, отсутствие обследования и лечения, позднее поступление после атипичного прободения язвы задней стенки желудка в забрюшинное пространство с развитием перитонита свидетельствует о неудовлетворительной организации амбулаторно-поликлинической помощи на догоспитальном этапе.

2. Тяжёлая сопутствующая патология многих органов у пациентки находилась в стадии декомпенсации.

3. У долгожителей крайне высокий риск диагностической лапаротомии.

4. Мини-лапароскопия является методом выбора в диагностике прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки до операции.

Использованная литература:

1. Лапароскопическая холецистэктомия как параллель традиционной холецистэктомии в лечении острого деструктивного холецистита у лиц пожилого и старческого возраста с сердечной недостаточностью ишемического генеза / В.Г. Мишалов, Р.В. Бондарев, В.М. Иванцок, А.В. Динец // *Хірургія України*. – 2014. – № 4. – С. 35 – 39.
2. Особенности диагностики и лечения атипичных перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки / И.С. Малков, Р.Ш. Шаймарданов, В.Н. Коробков, В.А. Филиппов // *Альманах института им. А.В. Вишневского*. – 2015. – № 2. – С. 468 – 469.
3. Перфоративные гастродуоденальные язвы / А.А. Курыгин, Ю.М. Стойко, С.И. Перегудов [и др.]. – М., СПб., 2001. – 202 с.
4. Прободные гастродуоденальные язвы / В.В. Рыбачков, И.Г. Дряженков, М.И. Сим, Н.А. Шичкин // *Хирургия*. – 2012. – № 12. – С.19 – 22.
5. Редкие атипичные перфорации язвы желудка / С.И. Столяров, А.В. Добров, Р.В. Рыжков [и др.] // *Альманах института им. А.В. Вишневского*. – 2015. – № 2. – С. 1675 – 1676.
6. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / Под ред. В.С. Савельева. – М.: МИА, 2014. – 544 с.
7. Течение хирургических заболеваний у пациентов пожилого и старческого возраста с учётом сопутствующей патологии / С.Н. Стяжкина, Л.А. Ермакова, Т.В. Ившина, Л.И. Целищева // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. – 2016. – № 7 – 3. – 431 – 434.
8. Хирургические болезни в гериатрии / (Избранные лекции) / Под ред. Б.С. Брискина, С.Н. Пузина, Л.Н. Костюченко. – М.: БИНОМ, 2006. – 336.
9. Elective and emergency abdominal surgery in patients 90 years of age or older / J. Racz, L. Dubois, A. Katckky, W. Wall // *Can. J. Surg.* – 2012 Oct.; 55(5): 322 – 328.
10. Laparoscopy is an avail-able alternative to open surgery in the treatment of perforated peptic ulcers: a retrospective multicenter study / A. Mirabella, T. Fiorentini, R. Tutino [et al.] // *BMC Surg.* – 2018/ – 18(1): 78(doi: 10.1186/s12893-018-0413-4).