

**Організація наукових медичних досліджень
«Salutem»**

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ

**МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«ПЕРСПЕКТИВНІ НАПРЯМИ РОЗВИТКУ
СУЧАСНИХ МЕДИЧНИХ
ТА ФАРМАЦЕВТИЧНИХ НАУК»**

8-9 лютого 2019 р.

Дніпро
2019

УДК 61(063)

П27

П27 Перспективні напрями розвитку сучасних медичних та фармацевтичних наук: Збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції (м. Дніпро, 8-9 лютого 2019 р.). – Дніпро: Організація наукових медичних досліджень «Salutem», 2019. – 100 с.

У збірнику представлені матеріали міжнародної науково-практичної конференції **«Перспективні напрями розвитку сучасних медичних та фармацевтичних наук»**. 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(063)

© Організація наукових медичних досліджень «Salutem», 2019

ЗМІСТ

НАПРЯМ 1. ТЕОРЕТИЧНА МЕДИЦИНА: СУЧАСНІ ПРІОРИТЕТИ РОЗВИТКУ

КОАГУЛОГРАММА ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ОНТОГЕНЕЗА
СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА

Кизюрина Ю. В......6

РІВЕНЬ ПОКАЗНИКІВ ФІЗИЧНОГО ЗДОРОВ'Я
СТУДЕНТІВ–ПЕРШОКУРСНИКІВ НА ПОЧАТКУ
НАВЧАЛЬНОГО РОКУ

Ковалів М. О......10

ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ
В ДИНАМИКЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО СИНДРОМА
ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ

Пилипчук Т. П., Осинчук Р. Р., Шумеляк А. М.12

НАПРЯМ 2. КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА: СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ

ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ РОЗЛАДІВ
У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ

Бойченко А. Д., Івахненко Д. А., Затолока Д. В......15

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРОЯВЛЕНИЯ
ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА У СПОРТСМЕНОВ
РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Бугаевский К. А., Черепок А. А.18

ДІАГНОСТИЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ВІДПОВІДІ
НА РАДІОХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ
З РІДКІСНИМИ МЕТАСТАЗАМИ В ГОЛОВНИЙ МОЗОК
ЗА ДАНИМИ СТАНДАРТНИХ МЕТОДИК МРТ

Грязов А. Б., Медведовська Ю. В......25

ТРУДНАЯ ДИАГНОСТИКА ВНУТРИБРЮШНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ
ПОСЛЕ АППЕНДЕКТОМИИ

Капшитарь А. В......28

АНТИГІПЕРТЕНЗИВНА АКТИВНІСТЬ МОКСОНІДІНУ (ФІЗІОТЕНЗУ)
У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Кошля В. І., Склярова Н. П., Кошля О. В......35

РЕЗУЛЬТАТИ КЛІНІЧНОГО АНАЛІЗУ КРОВІ ТА ІНТЕГРАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ ЛЕЙКОГРАМИ ХВОРИХ НА БАКТЕРІАЛЬНИЙ АРТРИТ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ І ПЕРІПРОТЕЗНУ ІНФЕКЦІЮ КУЛЬШОВИХ СУГЛОБІВ Морозенко Д. В., Глєбова К. В., Гейдеріх О. Г., Шаповалова О. В., Скочеляс О. М.	37
ОЦЕНКА СИТУАЦИИ И АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Никонова Е. М., Шатохина Я. П., Пушкарский О. А.	40
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ СРЕДИ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ Никоряк Р. А.	44
ФАКТОР РОСТУ ФІБРОБЛАСТІВ В ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ ТЕРАПІЇ ГІПОКСИЧНИХ СТАНІВ НИРОК ПРИ ПАТОЛОГІЇ Нікуліна Г. Г., Мигаль Л. Я., Сербіна І. Є., Нікітаєв С. В.	48
ЕФЕКТИВНІСТЬ ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ КАНАЛЬЦЕВОГО НЕФРОТЕЛІУ ПІСЛЯ ЗАСТОСУВАННЯ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОЇ УДАРНОХВИЛЬОВОЇ ЛІТОТРИПСІЇ (ЗА ЕНЗИМОЛОГІЧНИМИ КРИТЕРІЯМИ) Нікуліна Г. Г., Мигаль Л. Я., Черненко В. В., Желтовська Н. І., Ключ А. Л., Сербіна І. Є.	51
ЗНАЧЕННЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ВТОРИННИМИ ДОРСОПАТІЯМИ НА ФОНІ МІОФАСЦІАЛЬНОГО СИНДРОМУ Олексюк-Нехамес А. Г., Жубрид М. Т.	56
ВПЛИВ СТРУКТУРНИХ ЗМІН ФІЛАГГРИНУ НА КОРНЕОМЕТРИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ШКІРИ ПРИ АТОПІЧНОМУ ДЕРМАТИТІ У ДІТЕЙ Решетіло О. В., Весілик Н. Л., Прохорова С. В.	62
ІНДЕКС СУДИННОГО ОПОРУ – ДІАГНОСТИЧНИЙ КРИТЕРІЙ УРАЖЕННЯ ЯСЧОК У ХЛОПЧИКІВ З ПАХВИННОЮ ГРИЖОЮ Федусь В. П.	64
ГІСТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПУНКЦІЙНИХ БІОПТАТІВ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ НА ТЛІ ДИСФУНКЦІЇ НИРКОВОГО ТРАНСПЛАНТАТА В ВІДДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ Якименко В. В.	69

НАПРЯМ 3. ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

ГІГІЄНИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА УМОВ ПРАЦІ
В ТЕКСТИЛЬНІЙ ПРОМИСЛОВOSTІ

Зелена М. І.74

ЄВГЕНІКА ЯК ЕТИКА ХХ СТОЛІТТЯ

Михалко Н. А.77

СТАТЕВІ ЗАХВОРЮВАННЯ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

Собченко Н. В.84

НАПРЯМ 4. ФАРМАЦЕВТИЧНА НАУКА: СУЧАСНІСТЬ ТА МАЙБУТНЄ

МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Мухамадиева Е. О., Басти Аммар, Журавель И. А., Завада О. А.89

Н.В.Севян // Ученые записки Орловского государственного университета. – 2011. – № 5. – С. 34–43.

ТРУДНАЯ ДИАГНОСТИКА ВНУТРИБРЮШНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ

КАПШИТАРЬ А. В.

доктор медицинских наук, профессор,

профессор кафедры хирургии и анестезиологии

факультета последипломного образования

Запорожский государственный медицинский университет

г. Запорожье, Украина

Актуальность. Среди внутрибрюшных осложнений у больных после аппендэктомии, выполненной по поводу острого аппендицита, кровотечения являются весьма опасными [1, с. 51; 3, с. 35–36; 5, с. 250; 6, с. 64–73]. В структуре осложнений они занимают 3–4 место [10, с. 58]. По данным опубликованных статистик удельный вес их невелик и составляет 0,03–0,6% [6, с. 64; 10 с. 58]. Источником внутрибрюшного кровотечения являются сосуды брыжейки червеобразного отростка (ЧО), расплавление тромбов сосудов брыжейки ЧО, кровотечение из окружающих тканей при выделении ЧО тупым путём и разрывы субсерозных гематом и даже прободение ЧО [5, с. 249–250; 6, с. 64–65; 9, с. 97]. Опасность кровотечения возрастает при геморрагических диатезах (гемофилия, тромбоцитопения) [5, с. 249; 7, с. 206; 9, с. 97].

Наиболее частой причиной возникновения внутрибрюшного кровотечения является соскальзывание лигатуры, наложенной на брыжейку ЧО [6, с. 64; 9, с. 97]. К этому приводит наложенная одна лигатура на жирную брыжейку, рубцово–изменённую брыжейку, короткая культя брыжейка либо не затянутая хорошо лигатура

[5, с. 249; 9, с. 97]. Но и хорошо затянутая лигатура в последующем, вследствие рассасывания отёчных тканей, способна к соскальзыванию и таит опасность вторичного кровотечения [5, с. 249–250].

Авторы все внутрибрюшные кровотечения делят на профузные и капиллярные [6, с. 69; 7, с. 213–214]. Профузное кровотечение в брюшную полость диагностируют рано ввиду ярко выраженной клинической картины и падении показателей Hb, Eг, Ht [6, с. 69; 7, с. 213]. При наличии дренажа в брюшной полости поступление по нему крови рано сигнализирует о начавшемся внутрибрюшном кровотечении, как и пропитывание кровью повязки [6, с. 67; 10, с. 58; 8, с. 31]. Как правило, это сроки 8–12 часов, а иногда – до 24 часов [6, с. 67]. При наглухо зашитой брюшной полости и капиллярном кровотечении небольших объёмов крови, его диагностика осуществляется в более поздние сроки, когда наступает инфицирование излившейся крови и развитие перитонита [6, с. 67; 8, с. 31]. Экстренная релапаротомия является единственным вариантом спасения больного [5, с. 250; 6, с. 65]. Летальность составляет 5,9–9,1% [6, с. 67]. В последнее время с развитием лапароскопии появилась возможность ранней диагностики внутрибрюшного кровотечения, его остановки и дренирования брюшной полости [1, с. 51; 2, с. 32–33; 3, с. 36].

Цель исследования: описать трудный клинический случай диагностики внутрибрюшного кровотечения после аппендэктомии.

Материал и методы. За 45-и летнюю врачебную деятельность автор оперировал 2 больных с острым флегмонозным аппендицитом, в послеоперационном периоде у которых развилось внутрибрюшное кровотечение. Из них у 1 (50%) пациента диагностика внутрибрюшного кровотечения была крайне затруднительной, несмотря на неоднократные осмотры лечащего врача, дежурных врачей, заведующего хирургическим отделением. Приводим наше клиническое наблюдение.

Больная 18 лет, госпитализирована в хирургическое отделение с жалобами на тупые боли в правой подвздошной области, тошноту, сухость во рту. Заболела внезапно, когда без видимой причины 12 часов назад возникли умеренные боли в подложечной области. Спустя 4 часа назад боли переместились в правую подвздошную область. Вызвала СМП и с диагнозом „Острый аппендицит” транспортирована в хирургическое отделение. Во время осмотра хирургом общее состояние удовлетворительное. Рост 172 см. Вес 65 кг. ИМТ 22,4 кг/м². Температура тела 37,1° С. Пульс 82 уд/мин. АД 110/75 мм.рт.ст. Кожные покровы обычной окраски. Язык влажный, обложенный белым налётом. Передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания. При пальпации живот болезненный в правой подвздошной области, напряжённый с положительными симптомами кашлевого толчка, Раздольского, Ровзинга, Ситковского, Воскресенского, Щёткина. Перистальтика кишечника обычная. Симптом поколачивания в поясничных областях отрицательный. Общий анализ крови: Hb 124 г/л, Eг 4,2x10¹²/л, L 12,5x10⁹/л. Лейкоцитарная формула: палочко-ядерные нейтрофилы 11%, сегментоядерные 69%, лимфоциты 13%, моноциты 7%. СОЭ 4 мм/час. Общий анализ мочи: норма. Диагноз при поступлении „Острый аппендицит”. Показана экстренная аппендэктомия. Пациентка осмотрена анестезиологом.

Результаты исследования. Спустя 30 минут после госпитализации в хирургическое отделение од масочным фторотановым наркозом поперечным переменным разрезом в правой подвздошной области вскрыта брюшная полость. Небольшое количество серозного экссудата располагалось в правой подвздошной ямке и полости малого таза. Червеобразный отросток (ЧО) гиперемированный, утолщённый, ригидный с налётами фибрина, длиной 8 см, располагался ретроцекально. Диагноз „Острый флегмонозный аппендицит с ретроцекальным расположением червеобразного отростка”. Брыжейка ЧО поэтапно взята на зажимы, отсечена, прошита и перевязана. ЧО у основания

пережат, перевязан кетгутом, отсечён. Его культя обработана йодом и погружена в кисетный и Z-образный швы. Контроль на гемостаз – сухо. Медицинские инструменты и операционный материал – всё в наличии. Рана послойно ушита наглухо. После операции больная получала стол № О, 1, 15, дыхательную гимнастику, наркотические обезболивающие, антибиотики, перевязки. Активизирована спустя 4 часа после операции. Перистальтика кишечника восстановлена на 2 сутки.

С 4 суток послеоперационного периода ежедневно стала определяться субфебрильная температура тела, колеблясь от 37,2° до 37,4° С, Пульс 80–88 уд/мин. АД 110/70 мм.рт.ст. При пальпации живот оставался мягкий, болезненный в области послеоперационной раны без симптомов раздражения брюшины. Рана без признаков осложнения. На 5 сутки после операции присоединились боли внизу живота, носящие тупой характер без иррадиации. В общем анализе крови сохранялся невысокий лейкоцитоз ($L\ 9 \times 10^9/\text{л} - 11,5 \times 10^9/\text{л}$), сдвиг лейкоцитарной формулы влево (палочкоядерные нейтрофилы 9–12%), повысилось СОЭ (16 мм/час), $Hb\ 132\ \text{г/л}$, $E_r\ 4,5 \times 10^{12}/\text{л}$. На обзорной рентгенограмме брюшной полости и УЗИ патологических изменений не выявлено.

На 10 сутки после операции в нижних отделах живота появились симптомы раздражения брюшины. Пульс 94 уд/мин. Температура тела 37,5° С. АД 120/80 мм.рт.ст. При пальцевом исследовании прямой кишки выявлена болезненность её передней стенки. Диагноз „Пельвеоперитонит”. Больную решено оперировать.

Под внутривенной тотальной анестезией с ИВЛ выполнена нижняя срединная лапаротомия. В полости малого таза небольшое количество серозного выпота. Область инвагинации ЧО в слепую кишку и его брыжейки без патологических изменений. Органы малого таза не видны, т.к. закрыты большим сальником, фиксированным рыхлыми и плотными сращениями. Последний отделён и стали доступным осмотру не изменённые органы малого таза. В переднем и заднем дугласовом пространствах небольшой

объём лизированных сгустков крови, они удалены. Полость малого таза промыта антисептиками. Причины кровотечения не обнаружено. Через контраппертуры в подвздошных областях в переднее и заднее дугласовые пространства установлены по 2 полихлорвиниловых дренажа. Рана передней брюшной стенки послойно ушита наглухо. Продолжена консервативная терапия. В последующем течение послеоперационного периода гладкое. Температура тела нормализовалась через 2 суток. Дренажи из полости малого таза удалены на 5 сутки. Швы сняты на 10 сутки. Рана зажила первичным натяжением. В удовлетворительном состоянии пациентка выписана для окончания лечения у хирурга поликлиники. Больная обследована через 1, 3, 6, 12 месяцев – здорова.

Обсуждение. Клиническое наблюдение иллюстрирует классическую клиническую картину острого аппендицита, что описано во всех монографиях [4; 5; 6; 9]. Диагноз острого аппендицита обоснован определён хирургом при поступлении в хирургическое отделение. Анестезия масочным фторотановым наркозом была достаточной для удаления ЧО с локальной клинической картиной острого аппендицита и до недавнего времени широко пропагандировалась [5; 6]. Избранный поперечный переменный оперативный доступ к ЧО являлся вполне достаточным и высоко косметичным, однако он не нашел еще широкого применения в клинической практике [5]. Диагностирован острый флегмонозный аппендицит с ретроцекальным расположением ЧО. Антеградная аппендэктомия с поэтапным пережатием брыжейки ЧО, прошиванием и лигированием была обоснованным вариантом операции [4]. Она прошла без интраоперационных осложнений. Рана ушита наглухо [4; 5].

С 4 суток послеоперационного периода присоединилась субфебрильная температура, небольшой лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, что потребовало продолжения наблюдения. Обзорная рентгенография брюшной полости и УЗИ не

выявили патологии. Лишь на 10 сутки при появлении признаков пельвеоперитонита обосновано установлены показания к релапаротомии. На операции источник кровотечения не обнаружен. Удалены из переднего и заднего дугласового пространства небольшое количество лизированных сгустков крови, ограниченных сальником, санация и дренирование. Объём запоздалой релапаротомии адекватный [7, с. 218; 9, с. 98].

Выводы:

1. Внутрибрюшное кровотечение после аппендэктомии является редким послеоперационным осложнением.

2. Диагностика капиллярного внутрибрюшного кровотечения малого объёма без дренажа в полости малого таза была поздней лишь с развитием перитонита. Предварительный анализ результатов общего анализа крови, рентгенографии брюшной полости и УЗИ оказались неинформативными.

3. Релапаротомия является методом выбора в ликвидации внутрибрюшного кровотечения.

Использованная литература:

1. Диагностическая и лечебная лапароскопия в послеоперационном периоде / А.Г. Кригер, А.П. Фаллер, И.Л. Андрейцев и др. // Эндоскопическая хирургия. – 2002. – № 2. – С. 51.
2. Дуданов И.П. Лапароскопия в проблеме ранних послеоперационных внутрибрюшных кровотечений / И.П. Дуданов, В.Е. Соболев, Ю.В. Андреев // Хирургия. – 2007. – № 6. – С. 30 – 33.
3. Дуданов И.П. Перспективы применения лапароскопии в раннем послеоперационном периоде / И.П. Дуданов, В.Е. Соболев // Эндоскопическая хирургия. – 2002. – № 2. – С. 35 – 36.
4. Клінічні протоколи надання медичної допомоги (Хірургія): Нормативне виробничо–практичне видання. – К.: МНІАЦ медичної статистики; МВЦ „Медінформ”, 2013. – 240 с.

5. Колесов В.И. Острый аппендицит / В.И. Колесов. – Ленинград: Медицина, 1972. – 344 с.
6. Матяшин И.М. Осложнения аппендэктомии / М.И. Матяшин, Ю.В. Балтайтис., А.Я. Яремчук. – К.: Здоров'я, 1974. – 224 с.
7. Милонов О.Б. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии / О.Б. Милонов, К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский. – М.: Медицина, 1990. – 560 с.
8. Островский В.П. Внутрибрюшинные и забрюшинные кровотечения после аппендэктомии / В.П. Островский, В.А. Шапринский, Ю.Н. Бессараба // Хирургия. – 1992. – № 2. – С. 136 – 138.
9. Острый аппендицит / Н.С. Утешев, Т.А. Малюгина, Т.Н. Богницкая, Г.В. Пахомова. – М.: Медицина, 1975. – 160 с.
10. Шаваров И.Г. Кровотечение после аппендэктомии / И.В. Шаваров, О.П. Андрусенко, А.Г. Лось // Клиническая хирургия. – 1978. – № 4. – С. 58 – 59.