

**Організація наукових медичних досліджень
«Salutem»**

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ

**МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМИ ВИРІШЕННЯ
АКТУАЛЬНИХ ПРОБЛЕМ МЕДИЦИНИ»**

13–14 вересня 2019 р.

Дніпро
2019

УДК 61(063)
П76

П76 Пріоритетні напрями вирішення актуальних проблем медицини :
Збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції (м. Дніпро, 13–14 вересня 2019 р.). Дніпро : Організація наукових медичних досліджень «Salutem», 2019. 104 с.

У збірнику представлені матеріали міжнародної науково-практичної конференції **«Пріоритетні напрями вирішення актуальних проблем медицини»**. 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

ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ НАТУРОПАТІЇ ЯК ОДНОГО ІЗ НАПРЯМКІВ
ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Костишин Л. В. 6

ДЕКСТРОКАРДИЯ В АНАТОМИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ

Дзевульская И. В., Маликов А. В. 8

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРИ
І ФУНКЦІЙ НАДНИРНИКІВ

Седнева Л. Р., Сніга Я. В. 10

ОЦІНКА ЛІКАРЯМИ-СТОМАТОЛОГАМИ ПРОБЛЕМ ТА ШЛЯХІВ
УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ УНІВЕРСИТЕТСЬКОГО
СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЦЕНТРУ

Чопчик В. Д. 12

НАПРЯМ 2. КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА: СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ

EFFECTS OF STATINS AND OMEGA-3 POLYUNSATURATED
FATTY ACIDS ON LIPID PROFILE AND INSULIN
RESISTANCE IN PATIENTS WITH DIABETIC CARDIOVASCULAR
AUTONOMIC NEUROPATHY

Ajmi S. 16

СУЧАСНІ ПІДХОДИ В ДІАГНОСТИЦІ
ЗАХВОРЮВАНЬ ШИЙКИ МАТКИ

Варченко О. Ю., Граділь О. Г. 21

ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї ЯК ЗАПОРУКА ЩАСЛИВОГО
ТА ЗДОРОВОГО НАСЕЛЕННЯ

Велущак О. А., Бакун О. В. 23

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ
У ДЕТЕЙ ЗА ПЕРИОД ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ

Гороховская Ю. В. 25

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

Грязов А. Б., Медведовська Ю. В. 30

РЕДКИЙ ВАРИАНТ ЗАВОРОТА ТОНКОЙ КИШКИ В РАННЕМ ПОСЛЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ Капшитарь А. В.	33
КАРДИАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ: ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ, ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОПРАВДАННОСТЬ ВОПРОСА, ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ НОВЫХ ОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ В СРАВНЕНИИ С АНТАГОНИСТАМИ ВИТАМИНА К, ПРИМЕНЯЕМЫХ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ Кизюрина Ю. В.	38
ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ЖІНОК ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРІОДУ З ВНУТРІШНЬОМАТКОВОЮ РІДИНОЮ Кузьміна А. В.	42
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРОМБОЗОМ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА КИШЕЧНОЙ ТРУБКЕ Леонов А. В.	47
РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКЦИИ КОЛОСТОМИРОВАННОГО КИШЕЧНИКА ОДНОРЯДНЫМ НИХРОМОВЫМ ШВОМ Леонов А. В.	49
ОДНОРЯДНЫЙ СУБМУКОЗНЫЙ КИШЕЧНЫЙ ШОВ Леонов А. В.	52
ДЕМУКОЗАЦИЯ КИШЕЧНОГО АУТОТРАНСПЛАНТАНТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ Леонов А. В.	56
ОЦЕНКА СИТУАЦИИ И АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Никонова Е. М., Шатохина Я. П., Пушкарский О. А.	60
ВПЛИВ АРГОНОПЕРИТОНЕУМУ НА ІНТЕНСИВНІСТЬ ОПЕРАЦІЙНОГО СТРЕСУ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ Парахоняк Р. Л.	63
МІСТ-ТЕРАПІЯ В ПРАКТИЦІ СУДИННОГО ХІРУРГА СТАЦІОНАРУ Субботін В. Ю.	68

НАПРЯМ 3. ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

ВЛИЯНИЕ МОДЕЛИРОВАНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА
И ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ПЕРЕМЕЩЕНИЯ ЗУБОВ
НА БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ КРЫС

Деньга А. Э. 71

ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ МІЖГАЛУЗЕВОГО
ПІДХОДУ ДО РАННЬОЇ ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ
ПАРЕНТЕРАЛЬНИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ
СЕРЕД ДІТЕЙ КІРОВОГРАДСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Медведовська Н. В., Бугро В. І., Касьяненко І. І. 76

ЄВГЕНІКА ЯК ЕТИКА ХХ СТОЛІТТЯ

Михалко Н. А. 79

НАПРЯМ 4. ФАРМАЦЕВТИЧНА НАУКА: СУЧАСНІСТЬ ТА МАЙБУТНЄ

ВІКОВИЙ АСПЕКТ АНТИТОКСИЧНОЇ ДІЇ ФІТОКОМПОЗИЦІЇ
«ПОЛІФІТОЛ-1» ЗА СУБХРОНІЧНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ СВИНЦЕМ

Гордієнко В. В., Косуба Р. Б., Перепелиця О. О. 86

ЕТИМОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЛАТИНСЬКИХ ТА УКРАЇНСЬКИХ
НАЗВ ЛІКАРСЬКИХ РОСЛИН

Данилишин Н. І. 89

СТВОРЕННЯ ТЕХНОЛОГІЇ ВИДІЛЕННЯ
ТА ОЧИЩЕННЯ ФАКТОРА VII ЗГОРТАННЯ КРОВІ

Мадич С. Є., Даниш Т. В. 94

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

Слесарчук В. Ю., Кайдаш С. П., Селіна І. О. 99

РЕДКИЙ ВАРИАНТ ЗАВОРОТА ТОНКОЙ КИШКИ В РАННЕМ ПОСЛЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

КАПШИТАРЬ А. В.

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

Проблема диагностики и лечения перфоративной гастродуоденальной язвы (ПГДЯ) и её осложнений продолжает оставаться актуальной [1, с. 20; 9, с. 88]. В последние годы продолжается тенденция к увеличению количества этого контингента больных [1, с. 20; 5, с. 44]. В силу разных причин у ряда пациентов после выполненной операции одним из наиболее опасных являются те, которые требуют выполнения релапаротомии (РП) [4, с. 16; 5, с. 46]. Частота РП у больных с ПГДЯ колеблется от 0,2 до 8,3% [4, с. 16; 5, с. 46]. Из всех выполненных РП операции в связи с ранней спаечной тонкокишечной непроходимостью (РСТН) достигает 50%, что обуславливает особую тревогу [4, с. 16]. Своевременная диагностика РСТН крайне сложная, что отмечают все аналитики в своих публикациях [3, с. 49; 7, с. 137; 8, с. 224]. Выделены три причины РСТН: 1) спайки брюшной полости, вследствие воспаления или механического повреждения серозного покрова внутрибрюшных органов; 2) технические ошибки хирургов, оставление в брюшной полости инородного тела, прошивание задней стенки анастомоза, стенозирование соустьев между полыми органами, заворот петли вокруг дренажной трубки и т.п.; 3) непроходимость анастомоза вследствие анастомозита, сдавление кишки воспалительным инфильтратом, ущемление кишки в дефекте апоневроза при подкожной эвентрации и т.п. [6, с. 185; 8, с. 218]. Значительно реже причинами механической кишечной непроходимости бывают заворот, узлообразование и инвагинация [2, с. 38; 10, с. 193, с. 198, с. 201]. Анализу результатов РП в связи с РСТН у оперированных больных с ПГДЯ уделено недостаточное внимание [4, с. 16; 5, с. 44].

Цель исследования: опубликовать редкостное клиническое наблюдение заворота тонкого кишечника вокруг дренажной трубки после ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы.

Больной С., 18 лет доставлен врачом СМП с диагнозом перфоративная язва двенадцатиперстной кишки? острый панкреатит? в хирургическое отделение кафедры хирургии и анестезиологии ФПО. При поступлении жаловался на боли в подложечной области постоянного тупого характера, тошноту, сухость во рту. На фоне полного благополучия 2 часа назад возникли острые боли в подложечной области. В прошлом считал себя здоровым.

Объективно. Общее состояние средней тяжести. Пониженного питания. Кожные покровы бледноваты. Температура тела 36,8° С. Пульс 78 уд/мин. АД 100/70 мм.рт.ст. ЧДД 18 в 1 мин. Язык влажный. Живот болезненный и напряжённый в подложечной области с положительным симптомом Щёткина. В остальных отделах живот мягкий и безболезненный. Симптом Жобера отрицательный. Притупления в отлогих местах брюшной полости нет. Перистальтика кишечника обычная. Поколачивание в поясничных областях безболезненное. Диурез не нарушен. Стул оформленный был 1 сутки назад. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии не выявлено. Общий анализ крови: $E_r 4,5 \times 10^{12}/л$, $H_b 148 г/л$, $L 10,7 \times 10^9/л$. Лейкоцитарная формула: палочкоядерные нейтрофилы 11%, сегментоядерные – 62%, лимфоциты 20%, моноциты 7%. СОЭ 4 мм/час. Общий анализ мочи – норма. Диастаза мочи 256 ед. На обзорной рентгенограмме брюшной полости выявлен свободный газ под правым куполом диафрагмы. Установлен диагноз «Перфоративная язва двенадцатиперстной кишки».

Результаты и их обсуждение.

Больной экстренно переведен в операционную. Выполнена верхняя срединная лапаротомия. Во время ревизии брюшной полости на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки обнаружен язвенный инфильтрат диаметром 1,0 см с перфоративным отверстием в центре 0,2х0,2 см, который рыхло прикрыт левой долей печени. В подпечёночном пространстве до 50,0 мл серозного выпота с желчным оттенком. Брюшина вокруг умеренно гиперемирована. Учитывая возраст пациента, впервые выявленную язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки, а следовательно и не леченную, решено ограничиться ушиванием

перфоративной язвы луковицы двенадцатиперстной кишки. Выполнено ушивание перфоративной язвы луковицы двенадцатиперстной кишки в поперечном направлении узловыми капроновыми серозно-мышечными швами в два этажа с перитонизацией прядью большого сальника на ножке по М.И. Островскому. Брюшная полость санирована. Через контраппертуру в правом подреберье по передне-подмышечной линии к месту ушивания перфоративной язвы установлен полихлорвиниловый дренаж, а через контраппертуру в правой подвздошной области – в прямокишечно-пузырное пространство установлен второй полихлорвиниловый дренаж. Брюшная полость послойно ушита наглухо. В палате интенсивной терапии проведена многокомпонентная интенсивная консервативная терапия и профилактика всевозможных послеоперационных осложнений.

На фоне обычного послеоперационного периода на 4 сутки у больного возникли сильные схваткообразные боли в животе, неоднократная рвота в последующем кишечным содержимым. Акроцианоз. Пульс учащён 110 уд/мин. АД 100/70 мм.рт.ст. Температура тела 36,2 °С. Язык сухой обложен белым налётом. Живот умеренно вздут, мягкий, болезненный в мезогастральной области. Симптом Щёткина слабо положительный. При перкуссии тимпанит. Симптомы Валя, Склярова положительные. Перистальтика кишечника усилена на высоте схваткообразных болей. В общем анализе крови $E_r 4,0 \times 10^{12}$ /л, $H_b 120$ г/л, $L 17,0 \times 10^9$ /л. На обзорной рентгенограмме брюшной полости чаши Клойбера. Заподозрена ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость. Кратковременная интенсивная консервативная терапия. Состояние больного ухудшилось.

Неотложная срединная релапаротомия. В брюшной полости серозно-геморрагический выпот. Вокруг дренажной трубки, введенной в конце первой операции через контраппертуру в правой подвздошной области в прямокишечно-пузырное углубление, обнаружен заворот подвздошной кишки на 360° по ходу часовой стрелки. Выше лежащие отделы тонкой кишки увеличены в диаметре, стенка гиперемированная и отёчная, в просвете газ и химус, ниже лежащие отделы – спавшиеся. В брыжейку кишечника введен раствор новокаина 0,5% – 150 мл. Выполнен разворот заворота подвздошной кишки в прежнее положение. Ущемлённая кишка признана жизнеспособной. Дренажная трубка удалена из брюшной полости. Содержимое тонкой кишки в объёме 1,0 л удалено после

предварительной назо-интестинальной интубации тонкой кишки. Санация и дренирование брюшной полости. Брюшная полость послойно ушита наглухо.

Дальнейшее течение послеоперационного периода гладкое. На 3-4 сутки из брюшной полости удалены дренажи, назо-интестинальный зонд – на 5 сутки, швы сняты – на 10 сутки. Больной выписан в удовлетворительном состоянии.

Проведенный анкетный опрос 30 хирургов хирургических клиник показал, что в их практической деятельности описанный заворот петли тонкого кишечника вокруг дренажной трубки является единственным. Редкость данного осложнения согласуется с публикациями авторов в открытой печати [6, с. 185; 8, с. 218]. Согласно классификации Милонова О.Б. с соавт. причиной возникновения заворота петли тонкого кишечника вокруг дренажной трубки является техническая ошибка хирурга [8, с. 218]. Оснований для постановки дренажа в пузырно-прямокишечное пространство не было, т.к. серозный выпот с желчным оттенком в объёме 50,0 мл располагался лишь подпечёночном пространстве. Таким образом, постановка дренажа для оттока перитонеального содержимого явилась тактической ошибкой, что и привело к осложнению. Заворот тонкого кишечника относится к наиболее тяжёлым острой странгуляционной кишечной непроходимости [2, с. 40; 10, с. 201]. Встречаются частичные завороты, и тотальные завороты всего тонкого кишечника. Завороты происходят чаще по ходу часовой стрелки на 180-360-540 и даже 720°. Крайне опасны тотальные и высокие завороты тонкого кишечника. Клиническая картина заворота протекает очень бурно и проявляется острой странгуляционной непроходимостью. Характерно быстро прогрессирующее тяжёлое состояние пациентов вследствие шока, резкого обезвоживания и интоксикации организма, что имело место и у нашего больного. Боли носят сильный схваткообразный характер с повторными рвотами. У больных могут отходить газы и быть стул, что характерно для высоких заворотов. Пульс значительно учащается при нормальной температуре тела. Дыхание учащено. Язык сухой. Живот вздут, мягкий, болезненный в области пупка и особенно ниже на 2 поперечных пальца ниже пупка (положительный симптом Тэвэнара). Симптомы Валя, Склярова, Обуховской больницы положительные. Перкуторно определяется тимпанит в зоне вздутых петель кишечника либо притупление – при

скоплении экссудата. При аускультации усиленная перистальтика кишечника на высоте схваткообразных болей. Высокий лейкоцитоз, токсическая анемия, гипохлоремия. Олигурия, а в крайне тяжёлых случаях – анурия. Обязательным дополнительным методом исследования является обзорная рентгенография брюшной полости, где обнаруживают множественные чаши Клойбера [2, с. 40-41; 6, с. 185-187]. Бурная и быстро прогрессирующая клиническая картина тяжёлой странгуляционной тонкокишечной непроходимости подтверждает выше описанную клиническую картину.

Выводы:

1. Заворот петли тонкой кишки вокруг дренажной трубки является редкостным осложнением послеоперационного периода.
2. Ошибкой хирурга во время первой операции стало введение трубчатого дренажа в пузырно-прямокишечное пространство.
3. Техническая ошибка привела к неполному завороту подвздошной кишки вокруг трубчатого дренажа.

Использованная литература:

1. Выбор метода лечения язв двенадцатиперстной кишки с учётом степени тяжести перитонита / М.М. Милица, И.Н. Ангеловский, Н.Д. Постоленко [и др.] // Харківська хірургічна школа. – 2017. – № 2. – С. 20–23.
2. Гостра рання післяопераційна непрохідність кишківника / І.С. Білий, Л.В. Усенко, І.В. Перець, І.М. Бондаренко. – К.: Здоров'я, 1993. – 264 с.
3. Капшитарь А.В. Релапаротомия в структуре абдоминальных оперативных вмешательств / А.В. Капшитарь // Клінічна хірургія. – 2012. – № 4. – С. 49.
4. Лечебная тактика при перфорации гастродуоденальной язвы / К.С. Долимов, А.Ш. Абдумажидов, З.З. Тухтамурод [и др.] // Клінічна хірургія. – 2016. – № 10. – С. 10–11.
5. Лупальцов В.И. Оптимизация хирургического лечения перфоративной гастродуоденальной язвы / В.И. Лупальцов, А.Ч. Хаджиев // Український журнал хірургії. – 2013. – № 1. – С. 44–48.
6. Милонов О.Б. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии / О.Б. Милонов, К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский. – М.: Медицина, 1990. – 560 с.

7. Особенности диагностики и лечения ранней послеоперационной кишечной непроходимости / Р.В. Бондарев, А.А. Орехов, С.С. Селиванов, А.Л. Чибисов // Харківська хірургічна школа. – 2012. – № 2. – С. 137–139.
8. Радзиховский А.П. Релапаротомия / А.П. Радзиховский, О.Е. Бобров, А.А. Ткаченко. – К.: Феникс, 2001. – 360 с.
9. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / Под ред. В.С. Савельева. – М.: Триада-Х, 2005. – 640 с.
10. Шалимов А.А. Хирургия кишечника / А.А. Шалимов, В.Ф. Саенко. – К.: Здоров'я, 1977. – 248 с.

КАРДИАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ: ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ, ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОПРАВДАННОСТЬ ВОПРОСА, ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ НОВЫХ ОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ В СРАВНЕНИИ С АНТАГОНИСТАМИ ВИТАМИНА К, ПРИМЕНЯЕМЫХ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

КИЗЮРИНА Ю. В.

студентка 5 курса медицинского факультета

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

г. Харьков, Украина

Актуальность. Фибрилляция предсердий (ФП) – одна из самых распространенных аритмий, которая по праву считается эпидемией XXI века. По данным, представленным в рекомендациях Европейского общества кардиологов 2016 года, около 34 млн. человек в мире страдают ФП. Прогнозируется, что в ближайшее десятилетие в странах Европы число больных ФП достигнет отметки в 14-17 млн [6, 7].

Установлено, что ФП является независимым предиктором смерти. Несмотря на значимый прогресс в лечении пациентов с ФП, данная аритмия остается одной из основных причин инсульта, сердечной недостаточности (СН), внезапной смерти и сердечно-сосудистой заболеваемости в мире. В связи с этим пациентам с данной патологией