

# Proceedings of the International Scientific Conference

## "Topical problems of modern science"

(June 16, 2017, Warsaw, Poland)

**Vol.1**

Copies may be made only from legally acquired originals.  
A single copy of one article per issue may be downloaded for personal use (non-commercial research or private study). Downloading or printing multiple copies is not permitted. Electronic Storage or Usage Permission of the Publisher is required to store or use electronically any material contained in this work, including any chapter or part of a chapter. Permission of the Publisher is required for all other derivative works, including compilations and translations. Except as outlined above, no part of this work may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means without prior written permission of the Publisher.

**Founder:**  
RS Global S.z O.O.,

Research and Scientific  
Group  
Warsaw, Poland

**Publisher Office's  
address:**

Poland, Warsaw,  
Humanska 8,

E-mail:  
rsglobal.poland@gmail.com

The authors are fully responsible for the facts mentioned in the articles. The opinions of the authors may not always coincide with the editorial boards point of view and impose no obligations on it.

## CONTENTS

### MEDICINE

<i>Gushcha D. K.</i> STEADY POTENTIAL STUDIES CONDUCTED WITH CO-CR STOMATOLOGICAL ALLOY PAIRED SAMPLES IN VITRO.....	4
<i>Lyubov Smaglyuk, Anastasiia Liakhovska</i> ELECTROMYOGRAPHIC ACTIVITY OF MASTICATORY MUSCLES IN GIRLS AT PUBERTAL AGE (WITH AND WITHOUT DISORDERS OF REPRODUCTIVE SYSTEM)....	5
<i>Syniachenko O. V., Iegudina Ie. D., Bevzenko T. B., Yermolaeva M. V.</i> KIDNEY LESION IN MICROSCOPIC POLYANGIITIS.....	8
<i>Kostiuk T.</i> EXPEDIENCY OF INTRAARTICULAR INTRODUCTION OF HYALURONIC ACID IN TEMPOROMANDIBULAR JOINT TREATMENT.....	11
<i>Kryvoruchko I. A., Goncharova N. M., Teslenko S. M., Tonkoglas O. A., Antonova M. S., Drozdova A.G.</i> SURGICAL TREATMENT OF INFECTED PANCREATIC PSEUDOCYSTS.....	13
<i>Yanishen I. V., Maslovskii O. S., Kulish S. A., Bilobrov R. V., Horiushko V. S.</i> CLINICAL EXPERIENCE OF USING IMPROVED METHODS OF MAKING REMOVABLE PROSTHESES USING SELF-CURING ELASTIC MATERIAL.....	18
<i>Yaskiv G. I., Kuz'minov B. P.</i> BADANIE KRWI CYTOLOGII U ZWIERZĄT LABORATORYJNYCH UCZULONE NITROKSOLIN.....	21
<i>Абидов Хасанходжа Алишерович, Сон Татьяна Руслановна, Садриддинова Муборак Асомиддин кизи</i> МОРФОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА ПАТОЛОГИИ КОЖИ.....	22
<i>Виктория Кихай, Алиса Тэбырицэ</i> СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ РУКИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ.....	25
<i>Гайдаров Гайдар Мамедович, Алексеева Наталья Юрьевна, Ломакина Елена Алексеевна</i> К ВОПРОСУ О ФИНАНСИРОВАНИИ ОТДЕЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРОГРАММЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ С 1997 ГОДА ПО 2016 ГОДА (НА ПРИМЕРЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ).....	29
<i>Джумагазиева А. Б., Датхаев У. М.</i> ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЙОДСОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ.....	31
<i>Криворучко И. А., Гончарова Н. Н., Колесник В. П., Свирепю П. В., Сивожелезов А. В., Сыкал Н. А., Дроздова А. Г., Фирсик Т. Н., Супличенко М. В.</i> РОЛЬ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ С ПРИЦЕЛЬНОЙ КРИВОЛИНЕЙНОЙ РЕКОНСТРУКЦИЕЙ В ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ОСТРЫХ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	34
<i>Иськив М. Ю., Лукьяненко Н. С.</i> РОЛЬ НАРУШЕНИЙ ФИБРИЛОГЕНЕЗУ В ВОЗНИКНОВЕНИИ НЕФРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ ИЗ ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ РЕГИОНОВ.....	36
<i>Казичка Н. Н., Дупленко Н. В.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТУБЕРОЗНОГО СКЛЕРОЗА У НОВОРОЖДЕННОГО.....	41

<i>Каратаева Лола Абдуллаевна, Курбонова Муборакхон Бобир кизи, Шадиева Нилюфар Нозим кизи</i> СИНДРОМ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ В НЕОНАТАЛЬНОМ АСПЕКТЕ.....	44
<i>Колоденко Е. В.</i> РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА.....	45
<i>Кузнецова Оксана Викторовна</i> ДИЗАРТРИЯ КАК ОДНА ИЗ САМЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫХ РЕЧЕВЫХ ПАТОЛОГИЙ СОВРЕМЕННОСТИ.....	48
<i>Носиров Шавкат Баходирович, Абидов Хасанходжа Алишиерович, Сон Татьяна Руслановна</i> ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОЖНЫХ ПАТОЛОГИЙ.....	53
<i>Томилина Т. В., Воропаева Л. В., Соколова И. И., Герман С. И.</i> ИНТЕГРАЛЬНЫЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ СТОМАТИТОМ.....	55
<i>Хорева Ольга Владимировна, Хорева Елизавета Александровна, Артемova Наталья Анатольевна</i> О ПАТОГЕНЕЗЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ.....	59
<i>Янішен І. В., Кричка Н. В., Дюдiна І. Л.</i> ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПРОБИ І ЇХ КРИТЕРІЇ ПРИ ОРТОПЕДИЧНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ПОВНОЮ АДЕНТІСІЮ.....	61
<i>Янішен І. В., Бреславець Н. М.</i> РОЗРОБКА НОВОГО ПОЛІМЕРНОГО ПОКРИВНОГО ЛАКУ, ЯК ШЛЯХ ДО УДОСКОНАЛЕННЯ АДГЕЗИВНОЇ СИСТЕМИ МЕТАЛ-ПОЛІМЕР.....	64
<i>Каратаева Лола Абдуллаевна, Курбонова Муборакхон Бобир кизи, Зупарханова Доно</i> НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЙ В АСПЕКТЕ СКОРОПОСТИЖНОЙ СМЕРТИ МЛАДЕНЦЕВ.....	66
<i>Носиров Шавкат Баходирович, Хаитов Кахрамон Нажмитдинович, Абидов Хасанходжа Алишиерович</i> ПАТОЛОГИЯ КОЖИ В АСПЕКТЕ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	68

9. Arunkumar LS. Guidelines on I-131 therapeutic uses. Recommendations from Medical Physics and Radiation Protection Service, DGEA. Sultanate of Oman: Ministry of Health; 2006;
10. Kresimira Milas, Daesman N. Suri, Radioactive Iodine for Hyperthyroidism;
11. Brownstein D. "Clinical experience with inorganic, non-radioactive iodine/iodide." The Original Internist, 2005; 12(3):105-108;
12. ICCIDD: The Iodine Global Network. — 2015. — Доступ: <http://www.ign.org>.

## РОЛЬ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ С ПРИЦЕЛЬНОЙ КРИВОЛИНЕЙНОЙ РЕКОНСТРУКЦИЕЙ В ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ОСТРЫХ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

<sup>1</sup>д. мед. н., профессор, заведующий кафедрой Криворучко И. А.,

<sup>1</sup>к. мед. н., доцент Гончарова Н. Н.,

<sup>1</sup>к. мед. н., ассистент Колесник В. П.,

<sup>1</sup>к. мед. н., ассистент Свириденко П. В.,

<sup>1</sup>Сивожаелезов А. В.,

<sup>1</sup>Сыкал Н. А.,

<sup>1</sup> клинический ординатор Дроздова А. Г.,

<sup>1</sup> клинический ординатор Фирсик Т. Н.,

<sup>2</sup>врач-хирург первой категории хирургического отделения Супличенко М. В.

<sup>1</sup> Харьковский национальный медицинский университет, кафедра хирургии №2

<sup>2</sup> Коммунальное учреждение охраны здоровья «Областная клиническая больница – Центр экстренной хирургии и медицины катастроф»

**Abstract.** *The results of surgical treatment of 70 patients with complicated acute pancreatic pseudocysts were analyzed. The study proved that sensitivity and specificity of multislice computed tomography with the sighting curvilinear reconstruction depend on the type of the pseudocyst and the kind of complication but consist 80-90%. That's why we can call this method one of the most accurate methods in diagnosis of complications of acute pancreatic pseudocysts.*

**Keywords:** *complications of acute pancreatic pseudocysts, diagnosis, multislice computed tomography, sighting curvilinear reconstruction.*

**Введение.** По данным ВОЗ заболеваемость псевдокистами (ПК) поджелудочной железы (ПЖ) составляет 0,5-1 случай на 100 000 взрослого населения в год. В общей структуре заболеваемости ПК ПЖ составляют 1,6-4,5% [5]. Не смотря на существование широкого спектра диагностических и лечебных мероприятий для раннего выявления и лечения ПК ПЖ, у этой категории больных все-таки возникает значительное количество осложнений, таких как перфорации, кровотечение из аррозивных сосудов ПЖ, сдавление внепеченочных желчных протоков, механическая желтуха, компрессия смежных органов, которые могут угрожать жизни больного [3, 4]. При острых ПК ПЖ, которые возникают вследствие острого тяжелого панкреонекроза, с наличием элементов деструкции ткани, жидких секвестров и системной токсичности, течение заболевания может осложниться таким состоянием как сепсис и синдром полиорганной дисфункции [1]. Все вышеизложенное указывает на неудовлетворительность существующего алгоритма диагностических мероприятий этой категории больных. Ни один из неинвазивных методов диагностики самостоятельно не позволяет поставить диагноз ПК ПЖ. Поэтому диагностическую программу больных с подозрением на наличие ПК ПЖ рекомендуется дополнять использованием мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) с прицельной криволинейной реконструкцией (ПКР) [1, 2].

**Целью** нашего исследования явилось изучение роли МСКТ с ПКР в диагностике осложненных острых ПК ПЖ.

**Материалы и методы исследования.** Проанализированы данные результатов хирургического лечения 70 больных с острыми осложненными ПК ПЖ, которые проходили

лечение в КУОЗ «ОКБ - ЦЭМП и МК» в 2000–2017 гг. Мужчин было 55 (78%), женщин 15 (22%) соответственно в возрасте от 21 до 79 лет.

Всем пациентам, кроме МСКТ с ПКР, также производились общеклинические методы исследования крови и мочи, биохимические исследования крови, инструментальные методы: сонография (УЗИ), фиброгастроуденоскопия (ФГДС), эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), магнито-резонансная томография (МРТ), ангиография, морфологические методы исследования (бактериологические, цитологические, гистологические, гистохимические и иммуногистохимические).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Диагностически важно отличать острые ПК ПЖ от панкреонекроза с парапанкреатическими жидкостными скоплениями. Так, острая ПК ПЖ – это воспалительная киста, которая сформировалась на фоне острого панкреатита (ОП), тогда как хроническая ПК ПЖ может возникнуть лишь при хроническом. Острым парапанкреатическим жидкостным скоплением следует считать жидкостное скопление неправильной формы, которое располагается в окружающих ПЖ анатомических пространствах и не имеет сформированной капсулы. Острая ПК ПЖ – это парапанкреатическое жидкостное скопление, вокруг которого уже сформировались тонкие фиброзная и грануляционная капсулы.

Диагноз ОП устанавливали на основании особенностей клинического течения (боль в верхних отделах живота, левом подреберье, которая периодически усиливалась после употребления пищи, тошнота, рвота и гиперамилаземия), по шкале Ranson  $\geq 3$  или по шкале АРАСНЕ II  $\geq 8$ . Диагноз острой ПК ПЖ устанавливали на основании дополнительных методов исследования (в том числе и МСКТ с ПКР), при наличии жидкостного скопления в ПЖ, с хорошо отграниченной стенкой, связанного с панкреатическим паренхиматозным некрозом, существующим не менее 4 недель от провоцирующего эпизода ОП. Острая ПК ПЖ отмечалась как осложненная при наличии инфицирования, перфорации, кровотечения, желтухи, компрессии органов пищеварительного тракта (ПТ). Наличие инфицирования ПК ПЖ подтверждалось бактериологическим исследованием культуры, которую брали во время хирургического вмешательства или чрезкожного дренирования ПК. Разрыв ПК ПЖ с вытеканием кистозного содержимого в брюшную полость был диагностирован началом острой боли, при помощи УЗИ и МСКТ с ПКР (наличием свободной жидкости в брюшной полости у пациента с ранее обнаруженной ПК ПЖ), возникновением перитонеальных симптомов. Перфорация ПК ПЖ с вытеканием ее содержимого в ПТ отмечалась как дренирование в полый орган и подтверждалась ФГДС, ЭРХПГ, рентгенологическим исследованием ПТ или во время хирургического вмешательства. Кровотечение в полость ПК ПЖ определялось при УЗИ, МСКТ с ПКР или интраоперационно при наличии гемолизированной и/или подтекания свежей крови. Механическая желтуха определялась при повышении уровня общего билирубина и его фракций, а также УЗИ, МСКТ с ПКР или интраоперационно. Наличие компрессии органов ПТ ПК ПЖ определялось на основании проявлений диспептического синдрома у больного, а также по данным ФГДС, ЭРХПГ, рентгенологического исследования ПТ или во время операции.

Средние размеры ПК ПЖ были в пределах 10,28 см (от 6 до 18 см), средние значения степени тяжести по шкале АРАСНЕ II у межах 5,5. Осложненные острые ПК ПЖ на фоне острого панкреонекроза выявлены у 12 (17,2%) пациентов. Острые ПК ПЖ с нагноением наблюдались у 31 (44,3%) пациента, кровотечения в полость ПК ПЖ у 13 (18,6%), перфорации ПК ПЖ с развитием перитонита у 8 (11,4%), нагноение + кровотечение в полость ПК ПЖ у 3 (4,3%), механическая желтуха у 8 (11,4%), сдавление желудка или двенадцатиперстной кишки (ДПК) у 7 (10%). МСКТ с ПКР, по сравнению с УЗИ, является более точным методом определения размера и количества ПК ПЖ. В наших исследованиях в 11 наблюдениях из 70 при МСКТ с ПКР диагностированы множественные ПК ПЖ, из которых мультифокальный характер поражения не был диагностирован при УЗИ в 6 случаях. МСКТ с ПКР позволяет точнее отличить участки деструкции от сохранённой паренхимы, оценить взаимоотношения ПЖ с сосудами, лимфатическими узлами, парапанкреатической клетчаткой, стенками желудка и ДПК. Главное преимущество МСКТ с ПКР – меньшая частота неудач, затрудняющих обследование (гучность больных, наличие газа в толстой кишке и т.д.), как это наблюдается при УЗИ. МСКТ с ПКР также превосходит УЗИ и в определении осложнений деструктивного панкреатита, количества жидкостных коллекторов и их размера, позволяет более четко визуализировать капсулу ПК ПЖ (в 85,7% по отношению к 31,0% при УЗИ) и выявить угрозу ее разрыва.

Ни у одного больного при УЗИ связь ПК с главным панкреатическим протоком (ГПП) не была выявлена, а при МСКТ с ПКР диагностирована в 4,1% наблюдений. При наличии ПК больших размеров паренхима ПЖ при УЗИ может не визуализироваться, что затрудняет

интерпретацию полученных данных. В таком случае поставить правильный диагноз позволяет только МСКТ с ПКР и тонкоигольная пункция с исследованием содержимого.

Характеристики контрастного усиления: кровоснабжение поджелудочной железы осуществляется полностью через артерии. Контрастное усиление ПЖ начинается вскоре после начала усиления аорты, достигает пика примерно через 5 с после плато контрастирования аорты и быстро уменьшается до уровня, который зависит от остаточной интраваскулярной концентрации контрастного вещества. Артериальная фаза начинается через 15-25 с после начала инъекции, во время данной фазы постоянно нарастает усиление панкреатической паренхимы с постепенным переходом к паренхиматозной фазе. Паренхиматозная фаза перекрывается с артериальной фазой и продолжается 30-70 с после начала инъекции (пик около 40 с) в зависимости от объема контрастного вещества и скорости введения, во время данной фазы отмечается максимальное усиление паренхимы поджелудочной железы. Портальная фаза (пик около 60-90 с) перекрывается с паренхиматозной фазой, оптимально контрастируются воротная и мезентериальная вены, что обоснованно применяется для выявления опухолевой инфильтрации и тромбоза.

При обработке данных нами использовались стандартные коронарные и сагиттальные реконструкции, для одномоментной визуализации ПЖ рекомендовано построение криволинейных реконструкций, ориентированных по ходу хвоста, тела и головки поджелудочной железы, расположенных обычно на разных плоскостных уровнях, а также следующие параметры сканирования: толщина среза 1 мм, шаг 15,0-23,0, ротация 0,75.

Чувствительность и специфичность МСКТ с использованием ПКР в значительной степени колеблются в зависимости типа ПК ПЖ, а также вида осложнения, но, тем не менее, составляют 80-90%.

**Выводы.** Таким образом, МСКТ – один из наиболее точных методов в неинвазивной диагностике острых осложненных ПК ПЖ, а возможность использования ПКР является перспективным направлением в повышении специфичности и чувствительности метода.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Нуднов Н. В. Возможности мультиспиральной компьютерной томографии в диагностике и прогнозе острого панкреатита и его осложнений / Н. В. Нуднов, А. Ц. Буткевич, С. В. Ядренцева // Вестн. РНЦРР. – 2013. – № 13. – С. 23 – 29.
2. Степанова Ю. А. Дифференциальная лучевая диагностика постнекротических кист поджелудочной железы и сопутствующих им осложнений хронического панкреатита / Ю. А. Степанова, Г. Г. Кармазановский // Мат. пленума правления ассоциации хирургов-гепатологов России и стран СНГ. – Ижевск, 2012. – С. 101 – 103.
3. Щастный А. Т. Псевдокисты поджелудочной железы: диагностика, лечение / А. Т. Щастный // Новости хирургии. – 2009. – Т. 17, № 1. – С. 143 – 156.
4. Шевчук І. М. Діагностика та лікування ускладнених форм хронічного панкреатиту / І. М. Шевчук, С. А. Крimeць // Клінічна хірургія. – 2007. – № 2–3. – С. 106–107.
5. Nabashi S. Pancreatic pseudocyst / S. Nabashi, P. V. Draganov // World J. Gastroenterol. – 2009. – Vol. 15, № 1. – P. 38 – 47.

## РОЛЬ НАРУШЕНИЙ ФИБРИЛОГЕНЕЗУ В ВОЗНИКНОВЕНИИ НЕФРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ ИЗ ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ РЕГИОНОВ

<sup>1</sup>Иськив М. Ю.,  
<sup>1,2</sup>Лукьяненко Н. С.

<sup>1</sup>ГУ «Институт наследственной патологии НАМН Украины»;  
<sup>2</sup>Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого,  
кафедра пропедевтики педиатрии и медицинской генетики

**Abstract.** The article is devoted to the peculiarities of diagnostic of nephrological children's pathology with undifferentiated connective tissue dysplasia living in polluted areas.