

**Міжнародний центр наукових досліджень
(м. Київ)**

**МАТЕРІАЛИ ІІІ МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-
ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

«КОНЦЕПТУАЛЬНІ ШЛЯХИ РОЗВИТКУ НАУКИ»

5-6 КВІТНЯ 2018 РОКУ

(ЧАСТИНА I)

**Київ
МЦНД
2018**

УДК 005
ББК 66.3(0)

Концептуальні шляхи розвитку науки (частина I): матеріали III Міжнародної науково-практичної конференції м. Київ, 5-6 квітня 2018 року. – Київ.: МЦНД, 2018. – 68 с.

У даному збірнику представлені тези доповідей учасників III Міжнародної науково-практичної конференції «Концептуальні шляхи розвитку науки». Висвітлюються актуальні проблеми розвитку науки на сучасному етапі розвитку. Розглядаються актуальні механізми та інструменти забезпечення перспектив наукових досліджень.

Збірник призначений для студентів, здобувачів наукових ступенів, науковців та практиків.

Всі матеріали представлені в авторській редакції. За повноту та цілісність яких автори безпосередньо несуть відповідальність.

ЗМІСТ

ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ	5
Козачишина Т.О. БЮДЖЕТНО-ПОДАТКОВА ПОЛІТИКА: ПОЗИТИВНІ ТА НЕГАТИВНІ ЕФЕКТИ	5
ЕКОНОМІЧНІ НАУКИ	7
Коваль Л.В., Бацюрівська В.В. ОСОБЛИВОСТІ ОБЛІКУ ВЛАСНОГО КАПІТАЛУ В УПРАВЛІННІ ПІДПРИЄМСТВОМ.....	7
Лиходід Ю.К. НЕОБХІДНІСТЬ РОЗВИТКУ ІНТЕРНЕТ-МАРКЕТИНГУ ЯК ЕФЕКТИВНОГО ІНСТРУМЕНТА СУЧАСНОГО ПІДПРИЄМСТВА.....	9
Проскурова Н.Б. ДОСЯГНЕННЯ ІТ У ТУРИСТИЧНОМУ БІЗНЕСІ: СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ ТА АКТУАЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ.....	10
Настасієнко О.Е. СУТНІСТЬ ТА ЗНАЧЕННЯ ОБЛІКОВОЇ ПОЛІТИКИ	12
Чурута І.М. ПОЗИЦІЇ УКРАЇНИ У СВІТОВИХ ЕКОНОМІЧНИХ РЕЙТИНГАХ.....	13
ІСТОРИЧНІ НАУКИ	16
Бесараб О.Ю. ПОЛІТИКА РАДЯНСЬКОЇ ВЛАДИ ЩОДО ПОЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ УСРР (1920-І РР.).....	16
Гураль О.І. ЦІННІСТЬ ДОКУМЕНТАЦІЇ КИЇВСЬКОЇ «ПРОСВІТИ».....	18
Давтян Д.А. ПРОБЛЕМА ВИЗНАННЯ ГЕНОЦИДУ ВІРМЕН СВІТОВИМ СПІВТОВАРИСТВОМ.....	19
Куриляк О.В. «ТОТАЛЬНА» МОБІЛІЗАЦІЯ В ЗАХІДНІЙ УКРАЇНІ У ПЕРШІЙ ПОЛОВИНІ 1944 Р.	21
Мелешко Я.Г. БОРОТЬБА ПРОТИ ВЕЛИКОДНЬОЇ ОБРЯДОВОСТІ В СРСР.....	24
МЕДИЧНІ НАУКИ	26
Битлянин М.В. АНАЛІЗ ТА ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ЗАЛЕЖНОСТЕЙ У СТУДЕНТІВ З ПОВНИХ ТА НЕПОВНИХ СІМЕЙ.....	26
Кобзіна О.С. ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА МІОПІО, ЩО КОРИСТУЮТЬСЯ НІЧНИМИ ОРТОКЕРАТОПЛАСТИЧНИМИ ЛІНЗАМИ PARAGON 27	
Левченко Д.В., Халимонов В.В. ЭНДОПАРАЗИТЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ.....	29
Перижняк А.І., Гуменюк А.Л. ВДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ДОГЛЯДІ ЗА ПАЦІЄНТАМИ СТАРЕЧОГО ВІКУ З ХВОРОБОЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА.....	31
Рижова Д.В., Саранча Т.О., Горяїнова Г.В., Дуденко В.Г. АНАЛІЗ ВАРІАНТІВ АНАТОМІЧНОЇ МІНЛИВОСТІ ЛІВОЇ ВІНЦЕВОЇ АРТЕРІЇ.....	32
Халимонов В.В., Левченко Д.В. НЕЙРОЭНДОКРИННАЯ ОПУХОЛЬ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ: РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ.....	35

Поza всякими сумнівами є те, що цілеспрямована антирелігійна кампанія, застосування цілої низки адміністративних заходів та заборон стосовно відзначення Великодніх свят спричинило значні деформації, а часто невідворотні зміни у їх обрядовій структурі, які відбулися впродовж радянського періоду [5, с. 48].

Значна кількість весняних свят відтворює давні уявлення про світ та життя, а також первісний уклад древніх часів. Творячись у різні історичні періоди, вони донесли до нас різноманітні погляди та традиції.

Література:

1. Рыбаков Б. А. Язычество Древней Руси / Б. А. Рыбаков – М. : Наука, 1987 г. – 790 с.
2. Бондарук О. Слов'янська міфологія. Загадки прадавніх вірувань слов'янських народів / О. Бондарук; Міфи народів світу / [под. ред. О. Бондарук]. – Львів : Просвіта, 1997– С 265–326.
3. Барташук О. Наслідки запровадження радянської обрядовості (60–80-і рр. XX ст.): аналіз історико-етнографічних матеріалів календарного циклу Хмельницького Поділля / О. Барташук // Мандрівець. 2008. - № 16 – С. 53–61;
4. Келембетова В. Ю. Побут і релігійні пережитки (Етнографічно-соціологічне дослідження. / В. Ю. Келембетова – Київ: Наукова думка, 1974. – 192 с.
5. Закович Н. М. Советская обрядность и духовная культура / Н. М. Закович. — Київ: Наук. думка, 1980. – 221 с.
6. Стасюк О. О. Деформація традиційної української культури в кінці 20-х – на початку 30-х років XX ст. : дис. ... канд. іст. наук: 07.00.05 / Стасюк Олеся Олександрівна. – К., 2007. – 228 с.

МЕДИЧНІ НАУКИ

Битлянин М.В.

Науковий керівник: доц. Бучок Ю.С.

*Медичний факультет ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
Кафедра неврології, нейрохірургії та психіатрії з курсом медичної психології*

АНАЛІЗ ТА ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ЗАЛЕЖНОСТЕЙ У СТУДЕНТІВ З ПОВНИХ ТА НЕПОВНИХ СІМЕЙ

Вступ. За даними ВООЗ, здоров'я людини та тривалість її життя тільки на 10% визначаються станом охорони здоров'я і якістю медичної допомоги, що надається, на 10% зв'язані з генетичними факторами, на 20 % зі станом навколишнього середовища і природно-кліматичними факторами. Максимальний вплив на здоров'я людини – до 60% виявляє стиль життя, прихильність до здорового способу життя, чи, навпаки, наявність деструктивних саморуйнуючих форм поведінки. Причини та умови, що знижують вірогідність у індивіда чи групи осіб стати споживачем алкоголю, ПАР, називаються факторами захисту і створюють шляхи формування здорового способу життя. Однією з цілей формування здорового способу життя є привертання уваги до необхідності профілактики формування адикцій.

Мета роботи. Проаналізувати вікові рамки досвіду вживання алкоголю, тютюну, ПАР серед різних груп студентської молоді. Зробити кореляційний аналіз первинної ознайомленості з вживанням тютюну, алкоголю, ПАР серед студентів, що виховувались в неповних сім'ях(КГ) по відношенню до всіх респондентів. На основі отриманих даних розробити інформаційно-рекомендаційну літературу для ранньої профілактики формування адикцій.

Матеріали та методи дослідження. За допомогою оригінально розроблена анкети та новітнього методикою комунікації з використанням соціальних мереж, що показала високу ефективність та результат в максимально короткий час із залученням максимальної кількості респондентів, було досліджено 500 студентів: чоловіки – 109 (21,8%), жінки – 391 (78,2%), середній вік опитаних – 20 років. Знайома залежність від: тютюну – 107 (21,4%), алкоголю – 45 (9%), ПАР – 38 (7,6%). У контрольну групу (КГ)

деменції є підтримка самостійності пацієнтів в стаціонарі, а потім - в домашніх умовах для попередження прогресування зниження здатності до самообслуговування, зменшення їхньої залежності від оточуючих.

Пацієнти похилого і старечого віку з хворобою Альцгеймера найбільше відчують нестачу в прослуховуванні музики їхньої молодості, перегляді телепередач, розгляду фотографій своїх близьких. Основні перешкоди в задоволенні перерахованих потреб медичні працівники середньої ланки, бачать в нестачі фінансування, загрозі безпеці пацієнтів, невисокому відсотку збереження речей.

Для забезпечення догляду за хворим в домашніх умовах в першу чергу необхідно встановити певний режим дня для пацієнта, що дозволить організувати і впорядкувати його заплутане життя і допоможе позбутися від необхідності прийняття важких рішень. Режим дня хворого має включати звичні для нього заняття, це допоможе йому зберегти відчуття впевненості і захищеності. Необхідно допомогти пацієнтові зберегти почуття власної гідності.

Медико-соціальна та психологічна корекція стану здоров'я хворих з деменцією типу Альцгеймера, а також членів їх сімей, повинна здійснюватися на індивідуальному, колективному і державному рівні. На кожному з цих рівнів має проводитися навчання і виховання, спрямоване на нормалізацію соціально-поведінкової адаптації пацієнтів і їх родичів. Профілактичні та лікувальні заходи повинні бути спрямовані на попередження та усунення факторів ризику, що сприяють розвитку хвороби Альцгеймера і неврозів родичів хворих. Досить ефективними є методи підтримки самооцінки хворого і налагодження контактів з родичами, які здійснюють догляд за даною категорією хворих.

З огляду на зазначене вище, у догляді за пацієнтами похилого та старечого віку з хворобою Альцгеймера медсестра повинна поєднати усі зусилля в єдине, спрямовані на забезпечення належної допомоги хворому всіх трьох сторін-учасників: медичної сестри, пацієнта і його родичів. Знання стандарту догляду та постійний і міцний контакт з близькими хворого забезпечать успішне вирішення цього завдання.

Література:

1. Дзяк Л. А. Хвороба Альцгеймера: діагностика та лікування (за рекомендаціями Європейської федерації неврологічних товариств) / Л. А. Дзяк, В. М. Школьник, О. І. Кальбус // Здоров'я України. -2012. -С. 6-7.
2. Ястремська С.О. Догляд за пацієнтами з хворобою Альцгеймера / С.О. Ястремська, О.О. Куца // Медсестринство 3. -2013. -С. 7-11.
3. Дасько Т. Г. Помощь пациентам с болезнью Альцгеймера и их семьям / Т. Г. Дасько, О. П. Иванова // Медицинская сестра. - 2000. - № 6. - С. 34-41.
4. Герасименко Л.О. [Психосоціальна дезадаптація осіб, які доглядають пацієнтів із хворобою Альцгеймера](#) / Л.О. Герасименко // Медична психологія. - 2017. - № 1. - С. 9-13.

Рижова Д. В., Саранча Т. О.,
студентки 3 курсу

Харківського національного медичного університету

Горайнова Г. В.

к.мед.н., доцент кафедри Оперативна хірургія та топографічна анатомія ХНМУ

Дуденко В. Г.

доктор медичних наук, професор,

завідувач кафедри Оперативна хірургія та топографічна анатомія ХНМУ

АНАЛІЗ ВАРІАНТІВ АНАТОМІЧНОЇ МІНЛИВОСТІ ЛІВОЇ ВІНЦЕВОЇ АРТЕРІЇ

Актуальність. В даний час топографія і варіанти розгалуження вінцевих артерій вивчені досить добре. Проте за останні кілька років, при більш детальному вивченні зареєстровані нові варіанти відходження вінцевих артерій і варіанти їх розгалужень, що має величезне значення в клінічній практиці

[1]. Коли варіації вінцевої артерії зустрічаються під час операцій на серці, то навіть незначні зміни можуть призводити до ускладнень [2, 3]. Таким чином, необхідно, щоб хірург знав не тільки звичайне місце її відходження і розташування, а й був обізнаний про можливі варіації, що можуть зустрічатися як в частих, так і в рідкісних випадках. Хоча багато варіантів можуть клінічно не проявлятися, не обмежувати кровотік, та все одно необхідно враховувати цей фактор[3]. Якщо варіацію вінцевої артерії не розпізнати вчасно, це може призвести до невірної діагнозу, що, в свою чергу, веде до неправильного лікування. Вивчення розташування лівої вінцевої артерії (ЛВА), її гілок і площі міокарда, що зростається ними, також допомагає оцінити розмір інфаркту.

Мета – аналіз варіантів анатомічної мінливості лівої вінцевої артерії для визначення оптимальних способів корекції.

Матеріали і методи – аналіз сучасної літератури про місця відходження лівої вінцевої артерії, її гілок, а також будь-які зміни її розташування.

Результати. Пошкодження ЛВА є передвісником смерті у пацієнтів з ішемічною хворобою серця [5]. Постмортальне ангіографічне дослідження показало, що у 63,8% випадках серце кровопостачається ЛВА [6]. Вона кровопостачає не тільки більшу частину лівого шлуночка, а й частину правого шлуночка [7]. Таким чином, оклюзія основного стовбура ЛВА призведе до ішемії значної частини міокарда. 40-50% інфарктів відбуваються через оклюзії лівої передньої низхідної артерії (ЛПНА), 15-20% через закупорку лівої огинаючої артерії (ЛОА) [8]. ЛОА і ЛПНА артерія беруть початок з ЛВА. Таким чином, можна сказати, що 55-70% (40-50% + 15-20%) інфаркту міокарда відбувається через оклюзії гілок ЛВА. В випадку оклюзії артерії розмір інфаркту міокарда буде залежати від того, яка частина кровопостачається артерією. Таким чином, знання розподілу ЛВА і її гілок важливо для правильної оцінки розміру інфаркту при інфаркті міокарда, гемодинамічної та хірургічної маніпуляції, а також для правильної інтерпретації ангіографічних даних.

В ході проведеної роботи було з'ясовано, що ЛВА зазвичай відходить з лівого заднього аортального синуса [9]. ЛОА і ЛПНА можуть іноді відходити з правого синуса Вальсави [10]. Ще одне походження ЛВА з переднього аортального синуса також описано [11]. Вінцеві артерії, що виникають із аортальних синусів (10%) або в синоартичному з'єднанні (66%), забезпечують максимальне вінцеве наповнення під час діастолі шлуночків [12].

ЛВА ділиться на 2 (біфуркація) або 3 (трифуркація) основних гілки [9]. Біфуркацію утворюють ЛОА і ЛПНА – 52%. Одна велика шлуночкова гілка лівої передньої низхідної артерії називається діагональною артерією (ДА). Коли вона виникає безпосередньо з ЛВА, то називається медіанною (МА), і вже говорять про трифуркацію лівої вінцевої артерії – 42.2% [7]. Описано два морфологічних типи серединних артерій [7]: перший подібний ЛВА, а другий курс – подібний лівому маргінальному розгалуженню ЛОА. Коли ЛВА ділиться на ЛПНА, ЛОА і на 2 ліві ДА, говорять про тетрафуркацію – 5.8% [13].

Основним діагностичним методом, що дозволяє візуалізувати топографію судин міокарда, є коронарографія – інвазивне діагностичне дослідження, яке проводиться шляхом інфузії рентген-контрастного препарату в уста вінцевих артерій через катетер, встановлений попередньо в периферичну артерію (стегнову, променеву), і реєстрація його проходження за допомогою рентгенівської апаратури. Аналіз результатів коронарографії можна назвати одним з важливих компонентів оцінки роботи всієї системи. У Реєстрі перкутантних вінцевих втручань в 2015 році було зареєстровано 24 111 процедур, в 2016 р їх кількість склала 29 142, тобто на 21% більше [14]. Також ефективними методами є комп'ютерна томографія, ехокардіографія, дуплексне сканування, доплерографія. Ці методи діагностики дозволяють виявити анатомічну будову вінцевих артерій та їх варіації розміщення та відходження.

При порушенні кровообігу в лівій вінцевій артерії методами корекції є шунтування та стентування. У структурі ураження коронарного русла переважає трьохсудинні пошкодження 38,8%, далі – ушкодження однієї коронарної артерії (стовбура лівої вінцевої) 20,5%, двосудинні ураження зустрічається рідше (19,2%). З основних гілок ЛВА найбільш часто пошкоджуються ЛПНА 97,3%, ЛОА - 69,1%, ДА при біфуркації - 25,7%, МА при трифуркації - 7,9% [16].

При звуженні стовбура ЛВА або при трьохсудинному ураженні, як правило, виконують АКШ, а при одно- або двосудинному ураженні здійснюють балонну дилатацію [17]. Стовбур ЛВА в порівнянні з іншими коронарними артеріями містить більшу кількість еластичної гладком'язової тканини, що сприяє швидкому повторному звуженню судини (recoil-ефект), і робить неможливим проведення ізольованного балонування без установки стентів у зв'язку з розвитком феномена «Еластичного спадання» [18].

При АКШ кондуїт обережно виділяється і підшивається до вінцевої артерії (як правило, до ЛПНА) нижче місця блоку. При наявності множинних ушкоджень, які можуть спостерігатися при три- та тетрафуркаціях, може бути виконана повна артеріальна реваскуляризація, коли в якості аутотрансплантатів використовують обидві внутрішні грудні артерії, променеву артерію з передпліччя або одну з артерій, що живлять шлунок. При цьому під час операції може бути накладено до 6-7 шунтів.

Секвенційне (jumping) шунтування дозволяє збільшити кількість дистальних анастомозів, економлячи кількість і довжину кондуїтів. Внутрішня грудна артерія, як правило, застосовується для секвенційного шунтування ДА і передньої міжшлуночкової артерії (ПМА). Використання внутрішньої грудної артерії для багаторазових послідовних анастомозів системи гілки ЛВА також було описано. A.gastroepiploica застосовувалася для послідовного шунтування артерій на задній поверхні серця.

На сучасному етапі балонну ангіопластику досить успішно застосовують при стенозах аортокоронарних шунтів, так як повторне шунтування в такого роду ситуаціях часто технічно утруднено і загрожує життя пацієнта [19]. Застосування біорезорбуючих коронарних стентів в клінічній практиці є ефективним і безпечним методом стентування в різних клінічних та ангіографічних ситуаціях[20]. Проте багаторазове стентування коронарної артерії часто призводить до формування виражених стенозів протягом усієї артерії, як в місці встановлених стентів, так і в дистальних сегментах артерії [21]. Тим самим погіршується стан дистального русла, що є причиною технічних складнощів при виконанні анастомозів і причиною незадовільних результатів оперативного лікування [22]. Також доведений факт прогресування стенозу стовбура ЛВА після черезшкірного коронарного втручання [21, 22]. Зараз активно обговорюється можливість використання одного і більше стентів. Операціям з використанням двох стентів надають більше переваги, так як вони більш ефективні при гострій оклюзії та при прояві стенозу гирла гілок ЛВА та мають менший ризик ускладнень [19]. Операція аортокоронарного шунтування на працюючому серці безпечна і ефективна у пацієнтів з критичним ураженням стовбура ЛВА [23]. Враховуючи топографо-анатомічні особливості ЛВА, при її пошкодженні слід надавати перевагу коронарному шунтуванню, так як ця операція, на відміну від стентування, дає менший ризик повторного виникнення стенозів, оклюзії, інфаркту міокарда.

Враховуючи все вищезазначене, можемо підсумувати: виявлено різні варіації відходження ЛВА, варіації розподілу ЛВА. Варіації відходження і розташування ЛВА і її гілок можуть протікати і без симптомів, проте при операціях на серці можуть викликати ускладнення, тому необхідно це враховувати та використовувати такі методи діагностики як коронарна ангіографія, комп'ютерна томографія, ехокардіографія, дуплексне сканування, доплерографія. Знання можливих варіантів розташування, відходження і розгалуження вінцевих артерій дозволить лікарю вибрати найбільш оптимальний спосіб лікування, уникнути ймовірних ускладнень в процесі лікування і на етапі реабілітації. Враховуючи топографо-анатомічні особливості ЛВА, при її пошкодженні слід надавати перевагу коронарному шунтуванню.

Література:

1. Adriana DM Villa. Coronary artery anomalies overview: The normal and the abnormal / 1. Adriana DM Villa, Eva Sammut. – 2016. – С. 13–14.
2. Vaishaly K. Bhambe. A study of the distribution of the left coronary artery - clinical importance / Vaishaly K. Bhambe, Vasanti Arole., 2013. – 250 с.
3. MOORE KL. Clinically Oriented Anatomy / MOORE KL, AGUR AM, DALLEY AF. – India.New Delhi.: Wolters Kluwer, 2010. – 57 с. – (6).
4. Азизов В.Б. Реестр перкутанных коронарных вмешательств: расширенный сравнительный анализ результатов 2016 года. Реперфузионный парадокс в Украине. / Азизов В.Б., Антонюк И.В. // Киев. – 2016. – С. 8–13.

5. Галиев Р. Н. Влияние санаторного этапа реабилитации на качество жизни больных, перенесших операцию-аортокоронарное шунтирование, стентирование коронарных артерий / Галиев Р. Н., Юнусова Л. Р. // Киев. – 2016. – С. 6–8.
6. Hu S.S. Midterm outcomes of simultaneous hybrid coronary artery revascularization for left main coronary artery disease / Hu S.S., Xiong H., Zheng Z. // Heart Surg. Forum. – 2012. – С. 18–22.
7. Тарасов Р.С. Эндovasкулярная реваскуляризация у больных ИМ с элевацией сегмента ST при многососудистом поражении коронарного русла : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. / Тарасов Р.С. – Москва, 2015.
8. Ashwin B Mehta. Update in Interventional Cardiology / Ashwin B Mehta, Nihar Mehta, Rahul Chhabria. // JP Medical Ltd. – 2017. – С. 370.
9. С. Н. Фуркало. Особенности имплантации биорезорбирующихся коронарных стентов у пациентов с ишемической болезнью сердца. Возможности клинического применения оптической когерентной томографии для оптимизации результатов / С. Н. Фуркало, И. В. Хасянова. // Серце і судини. – 2016. – №2. – С. 30–37.
10. Акчурин Р.С. Микрохирургия коронарных артерий / Акчурин Р.С., Ширяев А.А. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 144 с.
11. Акчурин Р.С. Современные тенденции в коронарной хирургии / Акчурин Р.С., Ширяев А.А. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 133 с.
12. The Impact of coronary artery endarterectomy on outcomes during coronary artery bypass grafting / LaPar D.J., Ailawadi G., Kron I.L., Swenson B.R. // Journal of Cardiac Surgery. – 2011. – №26. – С. 247–253.
13. Jatene M. Left main coronary artery atresia and associated cardiac defects: report on concomitant surgical treatment / Jatene M., Juaneda I., Miranda R. D. // World J. Pediatr. Congenit. Heart Surg. – 2011. – №4. – С. 656–659.

Халимонов В.В., Левченко Д.В.

студенты

Харьковского национального медицинского университета

Научный руководитель: ассистент Лях С.И.

НЕЙРОЭНДОКРИННАЯ ОПУХОЛЬ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ: РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Нейроэндокринные опухоли (НЭО) желчного пузыря - редкое явление, которое встречается всего лишь в 0,2% от всей патологии желчного пузыря. Хорошо дифференцированные НЭО встречаются чаще у людей до 50 лет, тогда как нейроэндокринная карцинома (НЭК) встречается у пожилых пациентов. Цель нашего исследования состоит в том, чтобы показать текущий уровень этого патологического процесса посредством отчета о нейроэндокринной карциноме желчного пузыря у 65-летнего пациента.

Введение

Первоначально НЭО может распространяться по всему желудочно-кишечному тракту (от пищевода до ануса), поджелудочной железе, в печени или желчном пузыре. НЭО желчного пузыря встречаются крайне редко и их открытия, в основном, случайные. Только 0,2% всех нейроэндокринных опухолей расположены в желчном пузыре [1]. Клиническое исследование пациента указывает на один из видов острого холецистита, но окончательный диагноз ставится только после биопсии пораженного участка.

Мы хотели бы рассказать о случае НЭО желчного пузыря, обнаруженной у 65-летнего мужчины. Больной предъявлял жалобы на интенсивные боли в правом подреберье, сопутствующую фебрильную температуру. Принимал анальгетики и спазмолитики, которые на время улучшали состояние. Симптомы ухудшились за неделю до его обращения к врачу. При физическом осмотре было выявлено: пульс 100 ударов в минуту, температура - 39°C, боль в правом подреберье. Был проведен ряд диагностических мероприятий: в общем анализе крови - лейкоцитоз (22 x 10⁹/л), сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ до 17 мм/ч., в биохимическом анализе крови – повышение С-реактивного белка (9,12 мг/л), повышение уровня глюкозы (8,56 ммоль/л). При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости выявлено увеличение