

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ  
РАДА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ**

# **МЕДИЦИНА ХХІ СТОЛІТТЯ**

**Матеріали науково-практичної конференції молодих вчених з міжнародною участю  
Харківської медичної академії післядипломної освіти**

**29 листопада 2019 року.**

**Відповідальний за випуск  
Руденко Т.А.**

**Харків 2019 р.**

**Адреса редакційної колегії:**

Харківська медична академія післядипломної освіти,  
рада молодих вчених,  
вул. Амосова, 58, Харків, 61176, Україна

Тези друкуються мовою оригіналу,  
відображають позицію автора,  
який несе відповідальність за зміст

**Медицина ХХІ століття:** матеріали наук.- практич. конф. молодих вчених з міжнародною участю (Харків, 29 листопада 2019 р.) / за заг. ред. Т.А. Руденко – Х.: ХМАПО, 2019. – 100 с.

© Харківська медична академія  
післядипломної освіти, 2019

## ЗМІСТ

ХРОНІЧНІ ТОНЗИЛИТИ В ДІТЕЙ, ІНФІКОВАНИХ ВІРУСОМ ЕБШТЕЙНА-БАРРА <i>Александрова К.В., Журавльова П.В., Ольховський Є.С.</i>	11
РАЗВИТИЕ И ПРОГРЕССИРОВАНИЕ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ КАРОТИДНЫХ СТЕНОЗОВ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ КАРОТИДНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ <i>Анисенкова В.Ю., Слончакова В.Э., Красюк Д.А.</i>	12
АНЕМІЇ ВАГІТНИХ – ПІДХОДИ ДО КЛІНІЧНОЇ ТАКТИКИ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ <i>Арлова В.О., Іванченко С.В.</i>	13
ЕЛАСТОГРАФІЯ ЗСУВНОЇ ХВИЛІ ПЕЧІНКИ У ПЕДІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ: РІДКІСНІ ЗАХВОРЮВАННЯ <i>Безкровна А. С., Колотілов О. В., Туркін Д. Д., Безкровний Б. О., Муратова К. Г.</i>	15
ВПЛИВ КАРБОКСИПЕРИТОНЕУМУ НА РІВЕНЬ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ОКСИГЕНАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ В УМОВАХ ЗАГАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ <i>Бєлих О.В.</i>	15
ОБІЗНАНІСТЬ ПАЦІЄНТІВ ПРО МОЖЛИВОСТІ ДИСТАНЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ <i>Бердник І.О., Богомаз В.М., Хомченкова Н.І.</i>	17
РІВНІ ІНТЕРЛЕЙКІНІВ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ШИГЕЛЬОЗУ У ДІТЕЙ, ІНФІКОВАНИХ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСОМ <i>Букій С.М., Ольховська О.М.</i>	19
ЗМІНА БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У SHR ЩУРІВ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ <i>Валільщиків М.В., Бабалян В.О., Кумечко М.В., Павлов С.Б.</i>	20
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ ОРГАНИЧЕСКОЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА ПРИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ <i>Велигоцкий Н.Н., Арутюнов С.Э., Алексанян К.А.</i>	22

СКЛАД МІКРООРГАНІЗМІВ, ОТРИМАНИХ ІЗ ПОСІВУ МОКРОТИННЯ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА МУКОВІСЦИДОЗ, ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІТАМІНОМ ДЗ <i>Дудник В.М., Демянишина В.В.</i>	32
ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ПОКАЗНИКІВ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ (ФЗД) У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА АТОПІЧНУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ЗА ПОЛІМОРФНИМ МАРКЕРОМ rs1805010lle50Val ГЕНА IL4RA <i>Дудник В.М., Куцак О.В., Фурман В.Г.</i>	33
АНАМНЕСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ ІНФІКУВАННЯ ХЛАМІДІЯМИ ХВОРИХ З ГОСТРИМИ ОБСТРУКТИВНИМИ БРОНХІТАМИ <i>Дяченко М. С.</i>	35
ІНТЕРВАЛ QTc ТА РОЗМІР ЛІВОГО ПЕРЕДСЕРДЯ ЯК ПРЕДИКТОРИ РЕЦИДИВУ АРИТМІЇ ПІСЛЯ РАДІОЧАСТОТНОЇ АБЛЯЦІЇ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ <i>Золотарьова Т.В., Більченко О.В.</i>	36
ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ГІАЛУРОНОВОЇ КИСЛОТИ З НАТРІЄВОЮ СІЛЛЮ ЯНТАРНОЇ КИСЛОТИ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК НИЖНІХ КІНЦІВОК У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ <i>Івантєєва Ю.І., Курчанова Ю.В., Назорна А.А.</i>	37
ПРЕДИКТОРЫ ИНФИЦИРОВАННЫХ ФОРМ ПАНКРЕОНЕКРОЗА <i>Клименко М. В., Пухур Г.А.</i>	38
ЗВ'ЯЗОК ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ТА КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ СТРЕСУ У ПАЦІЄНТІВ, ОПЕРОВАНИХ З ПРИВОДУ ТРАВМ НИЖНІХ КІНЦІВОК <i>Коробко Е.Ю.</i>	39
ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРНОГО ТА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ТИРЕОТОКСИКОЗ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТУПЕНЯ ЙОГО КОМПЕНСАЦІЇ <i>Корчагіна Д.А.</i>	41
ДІАГНОСТИЧНА ЗНАЧИМІСТЬ ТРЕМ-1 У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ З РАННІМ НЕОНАТАЛЬНИМ СЕПСИСОМ <i>Косенко К.О., Голюк К.О.</i>	43

передсердя у групі з рецидивом був достовірно вищим, см ( $4,59 \pm 0,45$  проти  $4,08 \pm 0,61$ ;  $p < 0,001$ ).

**Висновки:** тривалість QTc до радіочастотної абляції та його пролонгація після втручання є незалежними предикторами рецидиву аритмії у пацієнтів з хронічною серцевою недостатністю зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка. Розмір лівого передсердя до абляції є високочутливим предиктором рецидиву аритмії.

## **ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ГІАЛУРОНОВОЇ КИСЛОТИ З НАТРІЄВОЮ СІЛЛЮ ЯНТАРНОЇ КИСЛОТИ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК НИЖНІХ КІНЦІВОК У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ**

*Івантеева Ю.І., Курчанова Ю.В., Назорна А.А.*

**Харківський національний медичний університет**

**Кафедра хірургії №3**

**Актуальність.** У світі з кожним роком збільшується кількість хворих на цукровий діабет(ЦД). За даними Центру медичної статистики МОЗ України на початок 2018 року зареєстровано 1 813 000 пацієнтів на ЦД. Проте кількість людей з недиагностованим ЦД реально перевищує у 3-4 рази кількість виявлених пацієнтів. За даними ВОЗ біля 50% пацієнтів потребують оперативного втручання на стопі та нижніх кінцівках через ураження дрібних судин, яке призводить до порушення живлення стопи та формування трофічних виразок (ТВ). Тому розробка методик прискорення загоєння ТВ у хворих на ЦД є актуальним питанням хірургії.

**Мета дослідження:** проаналізувати результати застосування гіалуронової кислоти з натрієвою сіллю янтарної кислоти у пацієнтів з ТВ, які виникли на фоні ЦД.

**Матеріали і методи.** Досліджено результати лікування 53 пацієнтів віком від 32 до 79 років. Чоловіків було 24 (45,3%), жінок - 29 (54,7%). Пацієнти мали нейроішемічну форму діабетичної стопи. Площа ТВ коливалася від  $1,5 \text{ см}^2$  до  $6 \text{ см}^2$ . ТВ локалізувалися на підошві: ділянка п'яти, голівки плюсневих кісток, бокова частина стопи. Пацієнти розподілені на дві групи: перша (основна) – 30(56,6%) та друга (порівняння) – 23 (43,4%) чоловік. Всім була призначена судинна, антиагрегантна, протизапальна та антихолестеринемічна терапія. У фазу ексудації та грануляції пацієнти отримували комплексне консервативне лікування ТВ відповідно до загальноприйнятих методик. В основній групі в фазу проліферації з метою прискорення загоєння ТВ вводився препарат гіалуронової кислоти з натрієвою сіллю янтарної кислоти шляхом обколювання дефекту за його периметром, в групі порівняння – антибактеріальні мазі та розчини. Пацієнтам була проведена етапна некректомія ТВ з метою їх очищення.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Оцінку ефективності лікування проводили в проліферативну фазу на основі швидкості заживлення ТВ з використанням візуалізаційної програми LesionMeter, даних цитологічного дослідження та клітинного складу виразкових відбитків. Застосування препарату гіалуронової кислоти з натрієвою сіллю янтарної кислоти на 7-му добу дозволило зменшити площу виразок до  $1-3,5 \text{ см}^2$ , а на 14-ту добу до  $0,5-1 \text{ см}^2$ . В групі контролю

площа виразок на 7-му добу коливалася від 1,5 см<sup>2</sup> до 5 см<sup>2</sup>, а на 14-ту – від 1 см<sup>2</sup> до 2,5 см<sup>2</sup>. Згідно результатів цитологічного дослідження на 7-му добу в мазках-відбитках у 27 (90%) хворих основної групи визначився III тип цитограми (запальний): 84-88% нейтрофілів, 6-10% лімфоцитів і моноцитів, що свідчило про сприятливий перебіг запального процесу. А на 14 добу спостерігався IV тип цитограми (запально-регенеративний): 58-69% нейтрофілів, недиференційовані полібласти, до 33% фібробластів, збільшення кількості макрофагів до 12%, що говорить про процес очищення виразок. Пацієнти групи порівняння запальний тип цитограми мали на 14 добу, а запально-регенеративний тип – на 21 добу.

Неускладнений перебіг відмічений в 42 (79,2%) спостереженнях. Ускладнення (нагноєння ран) виникли у 10 (18,9%) хворих: у 3 хворих, які застосовували препарат гіалуронової кислоти з натрієвою сіллю янтарної кислоти та у 7 пацієнтів, які його не застосовували. Тривалість лікування складала 31±4,4 днів. Застосування препарату гіалуронової кислоти з натрієвою сіллю янтарної кислоти скоротило тривалість лікування до 22±3,2 дні.

**Висновки.** Застосування препарату гіалуронової кислоти з натрієвою сіллю янтарної кислоти у пацієнтів з ТВ, які виникли на фоні ЦД, дозволяють поліпшити функціональні та естетичні результати лікування, зменшити строки одужання хворих та мінімізувати ускладнення.

## **ПРЕДИКТОРЫ ИНФИЦИРОВАННЫХ ФОРМ ПАНКРЕОНЕКРОЗА**

*Клименко М. В., Пухур Г. А.*

**Харьковская медицинская академия последипломного образования**

**Кафедра торакоабдоминальной хирургии**

**Цель исследования:** определить клинико-диагностическое и прогностическое значение трансформирующего фактора роста  $\beta 1$  (TGF- $\beta 1$ ) при стерильных и инфицированных формах панкреонекроза (ПН) и провести сопоставление с морфологическими особенностями степени воспаления, деструкции, характера фиброза и пролиферации фибробластов в поджелудочной железе (ПЖ) у оперированных пациентов методом иммуногистохимии.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты наблюдений и изучены особенности содержания TGF- $\beta 1$  в сыворотке крови у 62 больных острым панкреатитом (ОП) тяжелой степени (34 пациента с инфицированной формой панкреонекроза и 28 со стерильной). Содержание TGF- $\beta 1$  в сыворотке крови определялось иммуноферментным методом в первые 24-48 часов и 7-10 сутки госпитализации. Для определения патогенетического значения TGF- $\beta 1$ , особенностей динамики патоморфологической трансформации зон некроза в ПЖ и забрюшинном пространстве, изучения характера воспалительного процесса, фиброгенеза при разных формах деструктивного панкреатита было проведено морфологическое изучение 45 случаев: 30 наблюдений деструктивного панкреатита, 10 образцов ткани неизменной ПЖ и 5 случаев ХП. Для определения прогностической значимости различных показателей использовались неоднородные последовательные процедуры Вальда-Генкина