

**Організація наукових медичних досліджень  
«Salutem»**

**ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ**

**МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ  
КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«ДОСЯГНЕННЯ МЕДИЧНОЇ НАУКИ  
ЯК ЧИННИК СТАБІЛЬНОСТІ РОЗВИТКУ  
МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ»**

**13–14 березня 2020 р.**

Дніпро  
2020

УДК 61(063)  
Д70

Д70 **Досягнення медичної науки як чинник стабільності розвитку медичної практики** : Збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції (м. Дніпро, 13–14 березня 2020 р.). – Дніпро : Організація наукових медичних досліджень «Salutem», 2020. – 108 с.

У збірнику представлені матеріали міжнародної науково-практичної конференції «**Досягнення медичної науки як чинник стабільності розвитку медичної практики**». 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», 2020

## ЗМІСТ

### **НАПРЯМ 1. ТЕОРЕТИЧНА МЕДИЦИНА: СУЧАСНІ ПРІОРИТЕТИ РОЗВИТКУ**

ОСОБЛИВОСТІ МІСЦЕВИХ ТА СИСТЕМНИХ ІМУННИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ ЧЕРЕПНОМОЗКОВІЙ ТРАВМІ <b>Бельська Л. М., Лісяний М. І., Лісяний А. О., Паламарчук А. В. ....</b>	<b>6</b>
ЛОГІСТИЧНІ ПІДХОДИ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я <b>Коломоєць А. В. ....</b>	<b>10</b>
ФАКУЛЬТАТИВНИЙ ПРЕДРАК МОЛОЧНИХ ЖЕЛЕЗ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНАЯ МАСТОПАТИЯ <b>Леонов А. В. ....</b>	<b>16</b>
ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ФИБРОЗНО- КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ <b>Леонов А. В. ....</b>	<b>19</b>
АНАЛИЗ ЭНДОКРИННОЙ ЭТИОЛОГИИ МАСТОПАТИИ <b>Леонов А. В. ....</b>	<b>24</b>
КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ <b>Леонов А. В. ....</b>	<b>27</b>
ЛЕЧЕНИЕ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ <b>Леонов А. В. ....</b>	<b>31</b>
ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДУ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ФЕТАЛЬНОЇ АНАТОМІЇ ГІЛОК ДУГИ АОРТИ <b>Лопушняк Л. Я. ....</b>	<b>39</b>
ВПЛИВ СЕГМЕНТАРНОЇ ОДНОБІЧНОЇ ШЕМІЇ ПАРЕНХИМИ НИРКИ НА МЕТАБОЛІЗМ ІНТАКТНОЇ НИРКИ В ЕКСПЕРИМЕНТІ <b>Нікуліна Г. Г., Мигаль Л. Я., Сербіна І. С., Нікітаєв С. В. ....</b>	<b>41</b>

### **НАПРЯМ 2. КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА: СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ**

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕНЬ ГОЛОВНОГО МОЗКУ, ЩО ВИНИКАЮТЬ У ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ОСІБ ПРИ ПРОГРЕСУЮЧІЙ МУЛЬТИФОКАЛЬНІЙ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ <b>Бондаренко А. В., Кацапов Д. В., Гордієнко А. І. ....</b>	<b>45</b>
---	-----------

ГЕПАТОПАТІЇ, ВИКЛИКАНІ ВИСОКОЖИРОВИМИ РАЦІОНАМИ <b>Васюк В. Л.</b> .....	<b>50</b>
ВМІСТ ПОКАЗНИКІВ СИСТЕМИ ГОРМОНАЛЬНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ НА КОЛОНІЗАЦІЙНУ РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ПІХВИ <b>Грузевський О. А., Ніколаєва О. В., Шевчук Г. Ю., Авратинський О. Й., Кобильник С. М., Кагляк М. Д., Дениско Т. В.</b> ...	<b>55</b>
МУКОПОЛІСАХАРИДОЗ II ТИПУ: ЕПІДЕМІОЛОГІЯ, ГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ТА КЛАСИФІКАЦІЯ <b>Ластівка І. В., Войтюк Ю. В., Фрідріх О. Ю.</b> .....	<b>59</b>
МЕТАБОЛІЗМ ФОЛАТІВ ТА УРОДЖЕНІ АНОМАЛІЇ РОЗВИТКУ <b>Ластівка І. В., Гаврилова А. В., Чупак І. В.</b> .....	<b>63</b>
ЕПІДЕМІОЛОГІЯ СИНДРОМУ ДАУНА СЕРЕД НЕМОВЛЯТ В ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ <b>Ластівка І. В., Гошій В. В., Юречко Т. Т.</b> .....	<b>67</b>
КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПЕРЕБІГУ ГІПОТИРЕОЗУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ <b>Лахно О. В., Цівенко О. І., Абдуллаєва Сона Іджран кизи</b> .....	<b>70</b>
СТАН ТИРЕОЇДНОГО БАЛАНСУ У ХВОРИХ НА МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ <b>Лахно О. В., Цівенко О. І., Бадалова С. Ф.</b> .....	<b>72</b>
МОНІТОРИНГ ПРОЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ У СЕЧІ ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ УРЕТЕРО-ВЕЗИКАЛЬНОГО СЕГМЕНТА <b>Мигаль Л. Я., Нікуліна Г. Г., Петербургський В. Ф., Калініна Н. А., Каліщук О. А., Сербіна І. Є., Кіндій Б. А.</b> .....	<b>74</b>
КОМОРБИДНОСТЬ ОСТЕОДЕФИЦИТА И МЕТАБОЛІЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН В ПЕРІОДЕ МЕНОПАУЗИ <b>Морозюк Д. М., Тарасова В. И., Ливенцова Е. В., Синяченко О. В.</b> .....	<b>80</b>
ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ АНЕСТЕЗІЇ У ХВОРИХ З НАДЛИШКОВОЮ ВАГОЮ ТА ОЖИРІННЯМ <b>Павлюк К. Ю., Волкова Ю. В., Лантухова Н. Д.</b> .....	<b>84</b>
ВПЛИВ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ НА ПЕРЕБІГ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ У ДІТЕЙ <b>Стоєва Т. В., Решетіло О. В., Весілик Н. Л.</b> .....	<b>87</b>
ШКІДЛИВІ ЗВИЧКИ СУЧАСНИХ ШКОЛЯРІВ <b>Хапченкова Д. С., Наретя А. С.</b> .....	<b>91</b>

## **ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ АНЕСТЕЗІЇ У ХВОРИХ З НАДЛИШКОВОЮ ВАГОЮ ТА ОЖИРІННЯМ**

**ПАВЛЮК К. Ю.**

*студентка V курсу II медичного факультету*

**ВОЛКОВА Ю. В.**

*доктор медичних наук,  
професор кафедри медицини невідкладних станів,  
анестезіології та інтенсивної терапії*

**ЛАНТУХОВА Н. Д.**

*кандидат медичних наук,  
доцент кафедри медицини невідкладних станів,  
анестезіології та інтенсивної терапії  
Харківський національний медичний університет  
м. Харків, Україна*

Згідно з ВООЗ діагноз «надлишкова вага» та «ожиріння» у дорослих можна поставити у таких випадках:

ІМТ  $\geq 25$  – надлишкова вага;

ІМТ  $\geq 30$  – ожиріння.

Оцінювання рівня ожиріння за допомогою ІМТ є найбільш зручним засобом, який, однак, є приблизним критерієм оскільки у різних людей він може відповідати різному ступеню повноти.

З кожним роком зростає кількість хворих на ожиріння. Приблизно 7% дорослого населення страждає на ожиріння, що робить це захворювання глобальною проблемою для системи охорони здоров'я, з превалюванням соціально-економічного статусу. Операційні ризики у хворих із надлишковою вагою та ожирінням збільшуються у 3-6 разів, оскільки ожиріння є мультисистемним захворюванням, яке чинить вплив на всі органи і системи. Існує ряд ускладнень, які впливають на проведення анестезії. Наприклад, з боку серцево-судинної системи: жир складає 50-60% від маси серця і локалізується, переважно, в ділянці верхівки і правого шлуночка; серце гіпертрофується, його порожнини дилатуються, як наслідок знижується скоротлива здатність міокарду, знижується ударний об'єм, підвищується центральний венозний тиск, з'являється тахікардія [5]. Аспірація і розвиток аспіраційного пневмоніту цілком

реальні у хворих на ожиріння. Не варто ігнорувати такі ефективні профілактики регургітації і аспірації, як швидка індукція в анестезію і прийом Селлика. Хворі з суперожиренієм (ІМТ > 55 кг/м<sup>2</sup>), що мають в анамнезі епізоди тромбоемболічних ускладнень, важку варикозну хворобу ніг, гіповентиляційний синдром, представляють групу особливого ризику розвитку тромбоемболічних ускладнень. Саме тому важливо приділяти особливу увагу до пацієнтів із надлишковою вагою, як під час проведення передопераційного огляду, так і під час безпосереднього проведення анестезії та у післяопераційному періоді.

Найбільші ризики виникнення ускладнень виникають у пацієнтів з центральним ожирінням та метаболічним синдромом, а не з ізолюваним ожирінням крайнього ступеня. Особливу увагу слід приділяти скринінгу пацієнтів на наявність в них розладів дихання під час сну та ризику виникнення венозної тромбоемболії. Предопераційне опитування пацієнтів з надлишковою вагою та ожирінням базується на алгоритмі STOPBANG британського товариства спеціалістів по ожирінню та баріатричній анестезії (SOBA UK) [1; 4]. Алгоритм зручний для застосування і включає в себе наступні питання, які необхідно задати пацієнту:

- S (snoring) – хропіння (Ви голосно хропете?);
- T (tired) – втомлюваність (Ви часто відчуваєте сонливість/втому у денний час?);
- O (observed) – спостереження (чи помічав хтось, що Ви припиняєте дихати під час сну?);
- P (blood pressure) – артеріальний тиск (чи є у Вас артеріальна гіпертензія?);
- B (BMI) – ІМТ;
- A (age) – вік >50 років;
- N (neck) – окружність ший >40 см;
- G (gender) – чоловіча стать [1].

Найчастіше ускладнення та особливості під час проведення анестезії виникають саме з боку дихальної системи: щонайменш 5% пацієнтів з ожирінням страждають на обструктивне соне апное (ОСА) [3], особливо якщо наявні супутні фактори ризику: великий діаметр ший, зловживання алкоголем, особливо ввечері, патологічна будова глотки, висока ригідність грудної клітини, обмеження

рухливості діафрагми. У таких пацієнтів частіше за все коротка і товста шия, що значно ускладнює проведення ларингоскопії та маскової вентиляції. Збільшення потреби у кисні та продукції CO<sub>2</sub>, є наслідками надлишкової ваги та наявності метаболічно активних жирових тканин. Такі пацієнти схильні до гіпоксії навіть у свідомості. Тактика анестезіолога: завжди оцінювати прохідність дихальних шляхів за допомогою швидких тестів (Маллампаті), не призначати седативну премедикацію; існує ризик виникнення обструкції дихальних шляхів в післяопераційному періоді, необхідно, за можливості, забезпечити пацієнта киснем в нічні години до 5 діб після операції. Для усунення небажаної денної сонливості доцільно застосовувати місцеве знеболення (епідуральна анестезія) та анестетики короткої дії, що також є профілактикою розвинення ателектазів. Пропрофол – найбільш широко застосовуваний для індукції і підтримання анестезії внутрішньовенний анестетик. Бензодіазепіни високо ліпофільні, їх обсяг розподілу істотно залежить від кількості жиру в організмі. Мідазолам, найбільш затребуваний в анестезіологічній практиці бензодіазепин, демонструє зміну фармакокінетики у хворих з ожирінням, в порівнянні з пацієнтами з нормальною масою тіла [2]. Сукцинілхолін займає досить міцну позицію в анестезіологічному формулярі пацієнтів з ожирінням і проблемними верхніми дихальними шляхами, здатними створити труднощі при прямій ларингоскопії та інтубації трахеї. Фентаніл, синтетичний анальгетик, є високоліпофільним засобом. Він не демонструє змін фармакокінетики у хворих з ожирінням в порівнянні з пацієнтами з нормальною масою тіла [7]. Однак у пацієнтів з ожирінням підвищена чутливість до опіоїдів, яка загрожує розвитком депресії дихання і гіпоксемії на фоні їх дії [6]. Збільшення кількості хворих з ожирінням, підвищення ризику розвитку різних захворювань, збільшення смертності, очевидні анатомічні труднощі, фармакокінетика анестезіологічних препаратів продовжують створювати певні труднощі для анестезіолога в періопераційному періоді у хворих з ожирінням.

### **Використана література:**

1. Общество специалистов по ожирению и бариатрической анестезии (Society for Obesity and Bariatric Anaesthesia, SOBA).

2. Эпштейн С.Л. Периоперационное анестезиологическое обеспечение больных с морбидным ожирением. *Медицинский Совет*. 2013;(5-6):17-27
3. Adams J., Muphy P. Obesity in anaesthesia and intensive care // *Br. J. Anaesth.* 2000; 85(1): 91–108.
4. Acar H.V., Yarkan Uysal H., Kaya A., Ceyhan A., Dikmen B. Does the STOP-Bang, an obstructive sleep apnea screening tool, predict difficult intubation? *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2014; 18 (13): 1869–1874.
5. Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. Perioperative management of the obese surgical patient 2015. *Anaesthesia* 2015, 70, pages 859–876.
6. *Morbid Obesity*. A. Alvares, J. Brodsky, H Lemmens, J. Morton. Cambridge, 2010. 246 p.
7. Scholz J. et al. Clinical pharmacokinetics of alfentanil, fentanyl and sufentanil. An update // *Clin. Pharmacokinet.* 1996; 31: 275–292.

## **ВПЛИВ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ НА ПЕРЕБІГ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ У ДІТЕЙ**

**СТОЄВА Т. В.**

*доктор медичних наук, професор,  
завідувач кафедри педіатрії № 2*

**РЕШЕТИЛО О. В.**

*асистент кафедри педіатрії № 2*

**ВЕСЛІК Н. Л.**

*кандидат медичних наук, доцент,  
доцент кафедри педіатрії № 2  
Одеський національний медичний університет  
м. Одеса, Україна*

Атопічний дерматит (АД) сьогодні розглядається як мультифакторіальне захворювання, та сприймається як важлива медико-соціальна проблема, актуальність якої визначається