

Наукове періодичне видання

МЕДИЧНИЙ ФОРУМ

Науковий журнал

12 (12) 2017

Львів
2017

Наукове періодичне видання

Медичний форум

Науковий журнал

12 (12) 2017

Редактор, коректор – Римарчук Л.Г.

Верстка-дизайн – Калабухова С.Ю.

Відповідальність за підбір, точність наведених на сторінках журналу фактів, цитат, статистичних даних, дат, прізвищ, географічних назв та інших відомостей, а також за розголошення даних, які не підлягають відкритій публікації, несуть автори опублікованих матеріалів. Редакція не завжди поділяє позицію авторів публікацій. Матеріали публікуються в авторській редакції. Передрукування матеріалів, опублікованих в журналі, дозволено тільки зі згоди автора та видавця. Будь-яке використання – з обов'язковим посиланням на журнал.

Свідоцтво про державну реєстрацію: КВ № 20513-10313Р від 20 грудня 2013 р.

Засновник журналу: «Львівська медична спільнота»

Видавець: «Львівська медична спільнота»

79000, м. Львів, а/с 6153

www.medicinelviv.org.ua

E-mail: journal@medicinelviv.org.ua

Телефон: +38 099 415 06 39

© «Львівська медична спільнота», 2017

© Автори наукових статей, 2017

© Оформлення Яковенко С.А., 2017

ЗМІСТ

Соколов В.Н., Рожковская Г.М., Цвиговский В.М., Дорофеева Т.К., Анищенко Л.В., Любчак М.А., Ситникова Е.С. ДВИ И ПЕТ//КТ В ДИАГНОСТИКЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.....	6
Баранник С.І., Лященко П.В., Грабчук В.М., Бендецький О.М. КОНСТИТУЦІЙНО ОБУМОВЛЕНІ КОМПЕНСАТОРНІ МОЖЛИВОСТІ ОРГАНІЗМУ У ВІДПОВІДЬ НА ГАСТРО-ІНТЕСТИНАЛЬНУ КРОВОТЕЧУ.....	8
Трофімов М.В., Баранник С.І., Лященко П.В., Шевцов В.М. РІДКІ ВИПАДКИ ГОСТРОЇ НЕПРОХІДНОСТІ КИШКІВНИКА.....	11
Алексеева Т.А., Галич С.П., Дабіжа О.Ю., Боровик Д.В., Гомоляко І.В., Лазаренко О.М. ЗАСТОСУВАННЯ ОБРОБКИ ІМПЛАНТАТУ АДАПТУЮЧОЮ КОМПОЗИЦІЄЮ ПРИ МАММОПЛАСТИЦІ.....	14
Бугаевский К.А. ПРИМЕНЕНИЕ ПОПУЛЯЦИОННО-ЦЕНТРИЧЕСКОГО МЕТОДА СОМАТОТИПИРОВАНИЯ У СТУДЕНТОК МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	17
Буратинська Д.М., Семеняк А.В. ПІЗНІ ГЕСТОЗИ – РЕАЛЬНА НЕБЕЗПЕКА.....	20
Varavka I.P., Galitsa V.V., Vyushkova T.I., Sokolovskaya I.L., Galitsa I.V. ANTIOXIDANT ACTIVITY OF PHENYL-N-TRET-BUTYLNITRONE AND N-ACETYLCYSTEINE IN NITROSIVE STRESS IN VITRO.....	23
Головань А.Ю. ЕПІДЕМІЧНА СИТУАЦІЯ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ВІРУСНИМИ ГЕПАТИТАМИ В ТА С В КІРОВОГРАДСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА 2014 – 2016 РР.....	26
Дідошак О.І., Семеняк А.В. ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ, ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ В ЖІНОК ІЗ ПОРУШЕННЯМ МІКРОЦИНОЗУ В СТАТЕВИХ ОРГАНАХ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).....	28
Зигало Е.В., Ягмур В.Б., Кленіна І.А., Меланіч С.Л., Попок Д.В., Скороход Т.О. РОЛЬ КИШКОВОЇ МІКРОБІОТИ В РОЗВИТКУ ПОРУШЕНЬ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ	31
Шерстюк С.А., Зотова А.Б. ОЦЕНКА МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ ПОТОМСТВА КРЫС, ПОДВЕРГШИХСЯ ВЛИЯНИЮ ОСТРОЙ ПОСТНАТАЛЬНОЙ И СМЕШАННОЙ ГИПОКСИИ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ).....	35
Крiштафор Д.А., Клигуненко О.М. ВИКОРИСТАННЯ КОМБІНОВАНОГО ПРЕПАРАТУ L-АРГІНІНУ ТА L-КАРНІТИНУ «ТІВОРЕЛЬ»® В ІНТЕНСИВНІЙ ТЕРАПІЇ ПОЛІТРАВМИ.....	40
Маційчук О.П. МОНІТОРИНГ ПОБІЧНИХ РЕАКЦІЙ ПРИ ПРОВЕДЕННІ КЛІНІЧНИХ ВИПРОБУВАНЬ В УКРАЇНІ.....	45
Булавенко О.В., Мунтян О.А. КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ В ЖІНОК ІЗ ЗВИЧНИМ НЕВИНОШУВАННЯМ.....	48

Регеда М.С., Любінець Л.А., Небелок Н.М. РОЛЬ ПРОЦЕСІВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСНЕННЯ ЛІПІДІВ ТА АКТИВНОСТІ ФЕРМЕНТІВ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ В ЛЕГЕНЯХ У ПАТОГЕНЕЗИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ.....	51
Николок Я.Я., Дяк К.В., Семеняк А.В. ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН У ЖІНОК ЯК ФАКТОР РИЗИКУ МОЖЛИВИХ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ.....	54
Ніцович І.Р. ВІДНОВЛЕННЯ БІОЦЕНОЗУ ПІХВИ ПРИ ЛІКУВАННІ БАКТЕРІАЛЬНОГО ВАГІНОЗУ У ВАГІТНИХ.....	58
Процак Т.В., Ротар Г.П. СУЧАСНІ ВІДОМОСТІ ЛІТЕРАТУРИ ЩОДО ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗВИТКУ, БУДОВИ ТА ЗАХВОРЮВАНЬ НАДНИРНИКОВИХ ЗАЛОЗ В ОНТОГЕНЕЗИ ЛЮДИНИ.....	61
Процак Т.В., Ротар Г.П., Рябий Ю.М. СУЧАСНІ ЛІТЕРАТУРНІ ДАНІ ЩОДО РОЗВИТКУ ТА ФУНКЦІОНУВАННЯ ПРОВІДНОЇ СИСТЕМИ СЕРЦЯ.....	64
Процак Т.В., Щербата І.В. ЛІТЕРАТУРНІ ДАНІ ЩОДО РОЗВИТКУ ГІПЕРТИРЕОЗУ.....	67
Процак Т.В., Забродська О.С. ЛІТЕРАТУРНИЙ ОГЛЯД КЛІНІЧНИХ ВИПАДКІВ ПРОНИКНЕННЯ СТОРОННІХ ТІЛ В ОРГАНИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ.....	70
Процак Т.В., Побережний А. О. ПРИРОДЖЕНІ ВАДИ РОЗВИТКУ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ.....	73
Процак Т.В., Матвійчук С.М. СУЧАСНІ ЛІТЕРАТУРНІ ВІДОМОСТІ ЩОДО ДОСЛІДЖЕНЬ, ЕКСПЕРИМЕНТІВ ТА ЦІКАВИХ ФАКТІВ ПРО ГОЛОВНИЙ МОЗОК.....	77
Росицька О.А. КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ З ПШЕМІЧНИМИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПРИ МУЛЬТИФОКАЛЬНОМУ УРАЖЕННІ СУДИН.....	80
Седзюх І.М., Дяк К.В., Семеняк А.В. ОСОБЛИВОСТІ ЗАГРОЗИ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ У ПЕРЩОРОДЯЩИХ ТА ПОВТОРНОРІДЯЩИХ.....	84
Попадюк Н.О., Семеняк А.В. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ ГЕСТАЦІЙНОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ.....	87
Сорокіна О.Г. ОСОБЛИВОСТІ ГУМОРАЛЬНОЇ ІМУННОЇ ВІДПОВІДІ У ХВОРИХ ХРОНІЧНОЮ ЕПШТЕЙНА-БАРР ВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ.....	90
Стешенко Я.М., Мазулін О.В. ПЕРСПЕКТИВНІ ВИДИ РОДУ THYMUS L. ФЛОРИ УКРАЇНИ.....	93
Сенаторова Г.С., Стрелкова М.І., Башкірова Н.В., Кормилець Д.А., Глущенко С.В. КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ В ДІТЕЙ З ОБСТРУКТИВНИМ БРОНХІТОМ.....	96

Непорада К.С., Берегова Т.В., Сухомлин А.А., Гордієнко Л.П., Микитенко А.О. РОЗВИТОК ПРОТЕОЛІТИЧНОГО ДИСБАЛАНСУ В ТКАНИНАХ ОРГАНІВ ПОРОЖНИНИ РОТА (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).....	103
Тумофієєв О.О., Ushko N.O. CORRECTION OF THE IMMUNITY OF PATIENTS WITH AMELLOBLASTOMS OF THE JAWS.....	107
Тумофієєв О.О., Тумофієєв О.О., Yarifа M.O. PROSPECTS OF USE OF DENTAL IMPLANTATION IN CASES WITH PARODONTAL DISEASE.....	110
Урсу К.М., Семеняк А.В. РЕТРОХОРІАЛЬНА ГЕМАТОМА ТА ПРИЧИНИ ЇЇ УТВОРЕННЯ.....	115
Царьов О.В. ЗМІНИ ВМІСТУ ГАЗІВ КРОВІ ТА СТАНУ СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ В ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАГАЛЬНИМ ПЕРЕОХОЛОДЖЕННЯМ.....	118
Чевьгчелов С.С. ТРОМБ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНОЙ С МИТРАЛЬНИМ ПОРОКОМ СЕРДЦА, СЕРДЕЧНОЇ НЕДОСТАТОЧНОСТЮ И ФИБРИЛЛЯЦІЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ.....	122
Шеремет М.І. ОПТИМІЗАЦІЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВУЗЛОВІ ФОРМИ ЗОБА НА ФОНІ АВТОІМУННОГО ТИРЕОЇДИТУ ТА ПРОФІЛАКТИКА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ.....	125

Баранник С.І.,
доктор медичних наук, професор, професор кафедри загальної хірургії
ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»

Лященко П.В.,
кандидат медичних наук, асистент кафедри загальної хірургії
ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»

Грабчук В.М.,
лікар-хірург
КЗ «Дніпропетровське клінічне об'єднання швидкої медичної допомоги»

Бендецький О.М.,
лікар-хірург
КЗ «Дніпропетровське клінічне об'єднання швидкої медичної допомоги»

КОНСТИТУЦІЙНО ОБУМОВЛЕНІ КОМПЕНСАТОРНІ МОЖЛИВОСТІ ОРГАНІЗМУ У ВІДПОВІДЬ НА ГАСТРО-ІНТЕСТИНАЛЬНУ КРОВОТЕЧУ

Стаття присвячена аналізу конституційно обумовлених компенсаторних можливостей організму у відповідь на гастро-інтестинальну кровотечу. Відзначені статеві відмінності у швидкості відновлення основних показників порушення якісного складу крові та вікові резерви кісткового мозку.

Ключові слова: гастро-інтестинальна кровотеча, компенсаторні можливості організму.

Статья посвящена анализу конституционно обусловленных компенсаторных возможностей организма в ответ на гастро-интестинальное кровотечение. Отмечены половые различия в скорости восстановления основных показателей нарушения качественного состава крови и возрастные резервы костного мозга.

Ключевые слова: гастро-интестинальное кровотечение, компенсаторные возможности организма.

The work devoted the analysis constitution caused organism possibilities in reply to gastro-intestinal bleeding. Sexual distinctions in speeds of restoration of the basic indicators of infringement of qualitative structure of blood and age reserves of a marrow are noted.

Key words: gastro-intestinal a bleeding, indemnification possibility an organism.

Актуальність. Кров це не просто транспортне середовище, яке об'єднує різні органи і тканини у цілісний організм. Окрім транспортування газів, біоактивних речовин, які є квантами інформації та керування, кров виконує багато компенсаторних функцій, забезпечує імунний захист та інше [3, с. 43]. Подібно до всіх органів та систем організму кров генетично специфічна, її клітинний та біохімічний склад постійно самовідновлюється. Тому кров така ж «рідна» і незамінна чужерідними тканинами система організму, як і всі його інші системи й органи. Кров, як і інші життєво важливі органи й системи, поліфункціональна [3, с. 49]. Через це під час її пошкодження, зменшення її об'єму не може бути ізольованого пошкодження будь-якої однієї з функцій крові. Отже, шгучна нормалізація тільки газотранспортної функції крові не може бути порівняна із повною компенсацією всіх її функцій [1, с. 9; 2, 83].

Постановка проблеми. Подібно до інших систем організму, кров має власні механізми аутокомпенсації, а також компенсаторні механізми, які мають відносини до інших систем. Пошкодження або зменшення об'єму крові, якщо не буде компенсоване її власними механізмами, призводить до недостатності функції серцево-судинної системи, порушенню метаболізму та ін., спрямованих на компенсацію крововтрати. Первинні реакції організму на гостру крововтрату залежать як від

швидкості, з якою зменшується об'єм крові, так і від об'єму крововтрати, і від висхідного стану організму [5, с. 88].

Компенсаторні реакції, що виникають в умовах ауторегуляції, призначені негайно відновити об'єм і якість крові. Компенсаторні механізми розпочинаються одночасно у всіх функціональних системах організму, починаючи із самої системи крові. Обсяг резервів компенсаторних можливостей кожного організму у відповідь на крововтрату відрізняється індивідуальними особливостями, які залежать не тільки від попереднього функціонального стану систем та органів, але й від конституційно обумовлених і які слід враховувати під час надання допомоги [4, с. 61-62].

Матеріал та методи дослідження. У власній роботі ми намагалися вивчити конституційно обумовлені компенсаторні можливості організму у відповідь на крововтрату внаслідок гастро-інтестинальних кровотеч (ГК) у 120 хворих, які перебували на лікуванні у КЗ «Дніпропетровське клінічне об'єднання швидкої медичної допомоги» протягом 2015-2016 рр. Серед них чоловіків було 80 осіб, жінок – 40 осіб. Вік хворих становив від 17 до 83 років. Факт кровотечі був підтверджений клінічно та лабораторно, джерело – фіброгастродуоденоскопією. Всім хворим після ендоскопічного усунення кровотечі було проведено консервативне лікування згідно протоколам відновлення крово-

втрата, у тому числі і гемотранфузії за показаннями. Серед причин ГПК виразкова хвороба шлунка склала 16 випадків, виразкова хвороба 12-палої кишки – 80 випадків, кровотеча нез'ясованого генезу – 24 випадки. Отримані дані свідчили про перевагу виразкової хвороби 12-палої кишки в структурі причин.

Результати та обговорення. Аналіз співвідношення причин ГПК за статтю показав, що у чоловіків, у яких загальна захворюваність даною патологією у 2 рази перебільшувала захворюваність у жінок, виразкова хвороба 12-палої кишки складала 50 випадків (62,5%), ГПК невиразкового генезу складала 18 випадків (22,5%), виразкова хвороба шлунку – 12 випадків (15%). У жінок зберігалася така ж тенденція, проте явно переважала виразкова хвороба 12-палої кишки, складаючи 30 випадків (75%), ГПК невиразкового генезу – 6 (15%), виразкова хвороба шлунку – 4 (10%).

За віком кількість випадків ГПК серед чоловіків та жінок була розподілена наступним чином (табл. 1).

Таблиця 1
Розподіл ГПК серед чоловіків і жінок за віком

Вік пацієнтів	Жінки	Чоловіки
до 20 років	-	8
21-30 років	2	16
31-40 років	2	8
41-50 років	4	18
51-60 років	8	18
61-70 років	12	22
71-80 років	12	24
понад 80 років	-	6

Одже, у жінок кількість випадків ГПК має поступове зростання із віком від 40 років з максимальною кількістю у віці від 60 до 80 років. Серед чоловіків ГПК відзначені у збільшеній кількості у віковій групі від 21 до 30 років та від 41 до 80 років.

Частота ГПК залежно від групової та Rh-належності крові представлена у таблиці 2.

Так, у чоловіків до групи ризику за частотою можна віднести осіб із групою крові O(I)Rh(+), O(I)Rh(-), A(II)Rh(+), A(II)Rh(-). У жінок – осіб з групою крові O(I)Rh(+) та B(III)Rh(+). Але слід відзначити, що при цьому неможна чітко визначити залежність частоти ГПК від Rh-фактору крові.

Компенсаторні резерви відновлення крововтрати у хворих із ГПК аналізували за швидкістю відновлення основних показників розрахунку ступеня тяжкості крововтрати за В.Т.Зайцевим та якіс-

Таблиця 2
Частота ГПК залежно від групової та Rh-належності крові

Група крові Rh-фактор	Чоловіки		Жінки	
	Rh(+)	Rh(-)	Rh(+)	Rh(-)
O(I)	18	12	22	2
A(II)	30	8	6	-
B(III)	8	2	8	-
AB(IV)	-	2	-	2

них змін клітинного складу крові. Проаналізували також випадки ГПК за умов виразкової хвороби 12-палої кишки та кровотечі невиразкового генезу. Так, строк відновлення основних показників у чоловіків із I ступенем тяжкості крововтрати відставав від такого у жінок у середньому на 30%, із II ступенем тяжкості випереджав на 19%, а із III ступенем тяжкості – знову відставав на 19%. Серед хворих із ГПК невиразкової етіології, такий показник у чоловіків відставав у межах від 41 до 45% за умов усіх ступенів тяжкості крововтрати.

Якісна оцінка крові в залежності від ступеня тяжкості крововтрати і віку хворих довела, що ознаки «старіння» клітинного складу та зменшення кількості юних та недозрілих форм клітин червоного та білого ростків значно зменшувалися із віком у осіб обох статей та практично зникали після 60-річного віку, що свідчить про зниження мобілізаційних можливостей кісткового мозку у відповідь на крововтрату.

Висновки. ГПК обумовлює відхилення у гомеостазі хворого і спричинює певну напругу компенсаторних механізмів, тяжкість яких залежить від ступеня тяжкості крововтрати. Конституційно обумовлені особливості імунітету впливають на перебіг компенсаторних механізмів, при цьому можна визначити групи ризику із зниженим рівнем компенсації. У чоловіків до групи ризику за частотою можна віднести осіб з групою крові O(I) Rh(+), O(I)Rh(-), A(II)Rh(+), A(II)Rh(-). У жінок – осіб з групою крові O(I)Rh(+) та B(III) Rh(+). Проте слід зауважити, що при цьому неможна чітко визначити залежність частоти ГПК від Rh-фактора крові.

Відзначені статеві відмінності у швидкості відновлення основних показників порушення якісного складу крові (у чоловіків вона уповільнена порівняно із жінками). Компенсаторні резерви кісткового мозку після 60-річного віку значно знижені і не в змозі швидко компенсувати клітинний склад крові за рахунок юних та недозрілих форм протягом перших 3-4 діб.

Література:

1. Ганжий В.В. Алгоритм хирургической тактики при желудочно-кишечных кровотечениях язвенной этиологии. / В.В. Ганжий, Т.С. Гавриленко // Клінічна хірургія. – 2007. – № 5-6. – С. 8-10.
2. Мунтян С.А. Конституционно обусловленные варианты компенсации гастроинтестинальной кровопотери / [С.А. Мунтян, С.И. Баранник, Г.Е. Хапатыко, И.В. Бессмертный] // Харківська хірургічна школа. – 2003. – № 1. – С. 83-84.
3. Окорочков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. Т. 5. Диагностика болезней системы крови. Диагностика болезней почек. / А.Н. Окорочков : – М.: Мед. лит., 2001. – 512 с.

4. Трофимов Н.В. Особенности эндоскопической тактики у больных с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями / Н.В. Трофимов // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2013. – № 2(V.17). – С. 61-62

5. Шепетько Е.Н. Тактика и результаты хирургического лечения гастродуоденальных язв, осложнённых острым кровотечением, в специализированном центре желудочно-кишечных кровотечений / Е.Н. Шепетько, П.Д. Фомин, А.В. Заплавский, В.Е. Сидоренко. [и др.]. // Клінічна хірургія. – 2007. – № 5-6. – С. 88.