

# **ACTUAL PRIORITIES OF MODERN SCIENCE, EDUCATION AND PRACTICE**

Proceedings of the XXI International Scientific and Practical Conference

Paris, France  
May 31 – 03 June, 2022

**UDC 01.1**

The XXI International Scientific and Practical Conference «Actual priorities of modern science, education and practice», May 31 – 03 June, 2022, Paris, France. 873 p.

**ISBN – 979-8-88680-831-5**

**DOI – 10.46299/ISG.2022.1.21**

**EDITORIAL BOARD**

<u>Pluzhnik Elena</u>	Professor of the Department of Criminal Law and Criminology Odessa State University of Internal Affairs Candidate of Law, Associate Professor
<u>Liubchych Anna</u>	Scientific and Research Institute of Providing Legal Framework for the Innovative Development National Academy of Law Sciences of Ukraine, Kharkiv, Ukraine, Scientific secretary of Institute
<u>Liudmyla Polyvana</u>	Department of Accounting and Auditing Kharkiv National Technical University of Agriculture named after Petr Vasilenko, Ukraine
<u>Mushenyk Iryna</u>	Candidate of Economic Sciences, Associate Professor of Mathematical Disciplines, Informatics and Modeling. Podolsk State Agrarian Technical University
<u>Oleksandra Kovalevska</u>	Dnipropetrovsk State University of Internal Affairs Dnipro, Ukraine
<u>Prudka Liudmyla</u>	Odessa State University of Internal Affairs, Associate Professor of Criminology and Psychology Department
<u>Slabkyi Hennadii</u>	Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Health Sciences, Uzhhorod National University.
<u>Marchenko Dmytro</u>	PhD, Associate Professor, Lecturer, Deputy Dean on Academic Affairs Faculty of Engineering and Energy
<u>Harchenko Roman</u>	Candidate of Technical Sciences, specialty 05.22.20 - operation and repair of vehicles.
<u>Belei Svitlana</u>	Ph.D., Associate Professor, Department of Economics and Security of Enterprise
<u>Lidiya Parashchuk</u>	PhD in specialty 05.17.11 "Technology of refractory non-metallic materials"
<u>Kanyovska Lyudmila Volodymyrivna</u>	Associate Professor of the Department of Internal Medicine
<u>Levon Mariia</u>	Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Scientific direction - morphology of the human digestive system
<u>Hubal Halyna Mykolaiivna</u>	Ph.D. in Physical and Mathematical Sciences, Associate Professor

77.	Поліщук І.А., Корюгін А.В. БРЕНДИНГ ЯК ІНСТРУМЕН ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КОНКУРЕНТНОСПРОМОЖНОСТІ ПІДПРИЄМСТВА	393
78.	Удадесс М.А. ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ПЕРСОНАЛУ	396
79.	Яковенко Р.В., Іванченко М.Р. УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСАМИ ЦІНОУТВОРЕННЯ НА ДЕЯКІ ПРОДОВОЛЬЧІ ТОВАРИ В УМОВАХ РОСІЙСЬКОЇ АГРЕСІЇ	398
MEDICAL SCIENCES		
80.	Akentieva S., Berezova M., Kovtun A. PROSPECTS OF THE PLASMA SORPTION TECHNOLOGY UNDER THE INTENSIVE CARE	402
81.	Baieva O. DEFECTS IN MEDICAL CARE IN THE CURRICULUM OF THE TRAINING COURSE "BASIS OF BIOETHICS AND BIOSAFETY"	406
82.	Barannik C., Ichkov V., Molchanov R., Barannik S. SIGNIFICATION PRATIQUE DES CARACTÉRISTIQUES DE LA COMPOSITION ET DE LA STRUCTURE DES PIERRES D'URÉE CHEZ LES RÉSIDENTS DE LA RÉGION INDUSTRIELLE DÉVELOPPÉE	410
83.	Barannik S., Friedberg A., Barannik C., Chevtsov V. TACTIQUES INDIVIDUELLEMENT ADAPTÉES DU TRAITEMENT DE LA NÉPHROPTOSE	415
84.	Karyi Y. SURGICAL APPROACH FOR TREATMENT OF PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE JAUNDICE OF THE NON-TUMOR GENESIS	420
85.	Okhrimenko R., Kindiy P., Hryhorieva V., Tertuchna V. THE DIAGNOSTIC POTENTIAL OF THREE-DIMENSIONAL IMAGING IN ORTHOPEDIC DENTISTRY	423
86.	Syvolap D. PREDICTING PROLONGED HOSPITAL STAY AFTER 4-PORT OR SINGLE-INCISION LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY AND LAPAROSCOPIC CHOLECYSTOLITHOTOMY	425

## **TACTIQUES INDIVIDUELLEMENT ADAPTÉES DU TRAITEMENT DE LA NÉPHROPTOSE**

**Barannik Serhyi**

Docteur en médecine,  
Professeur du Département de chirurgie générale  
Université médicale d'État de Dnipro

**Friedberg André**

Candidat en sciences médicales,  
Assistante du Département d'urologie  
Université médicale d'État de Dnipro

**Barannik Constantin**

Candidat en sciences médicales,  
Assistant du Département de Chirurgie N 1  
Université médicale d'État de Dnipro

**Chevtsov Vadim**

Chirurgien  
Association des ambulances cliniques de Dnipro  
Dipro, Ukraine

La néphroptose est une condition de mobilité pathologique du rein, qui transmet sa mobilité physiologique au repos et avec les changements de position du corps humain. Synonyme du nom de la maladie - rein pathologiquement mobile. Elle peut être unilatérale ou bilatérale. Le problème principal et le plus difficile de la néphroptose est de déterminer le type de traitement approprié. À l'heure actuelle, selon les protocoles de traitement, une approche méthodologique de l'élimination progressive de cette pathologie a été établie. Cependant, en urologie, cette maladie a de nombreux points de vue contradictoires sur la fourniture de soins efficaces aux patients atteints de néphroptose. La néphroptose s'accompagne de troubles urodynamiques, qui comprennent le phénomène de dilatation des voies urinaires supérieures, la présence d'une infection secondaire, l'allongement de l'os vasculaire du rein avec le développement ultérieur d'une hypoxie et ses conséquences sur le parenchyme rénal.

Il existe de nombreuses causes d'insuffisance rénale. Les antécédents héréditaires, les traumatismes, la perte de poids et la diminution de la pression intra-abdominale n'expliquent pas complètement les causes de l'insuffisance rénale, mais contribuent à la néphroptose. Les caractéristiques anatomiques de la structure de la forme du corps masculin et féminin expliquent le fait que la néphroptose est plus fréquente chez les femmes (en particulier bilatérales) que chez les hommes.

Le plus souvent, le rein tombe verticalement, parallèlement à la ligne médiane du fascia périrénal, qui reste solide. Les glandes surrénales ne sont généralement pas abaissées car elles sont étroitement attachées au diaphragme et au foie et ont une faible

connexion avec le rein. En raison d'un développement insuffisant du feuillet antérieur du fascia péricarpe, le rein peut se déplacer latéralement ou médialement vers le bas et même tourner autour de son axe. Lorsque le rein tourne, le bord externe devient antérieur ou même interne, et le bord interne devient postérieur, ou vice versa. La traction des vaisseaux rénaux, qui se produit dans ce cas, affecte négativement l'état de la circulation rénale. Surtout dans les premiers stades de la maladie souffre d'un flux sanguin veineux. La traction de la veine rénale entraîne une stase veineuse dans le parenchyme du rein et dans le tronc de la veine rénale. La stase veineuse explique le développement de l'hématurie chez les patients atteints de néphroptose.

Le rein abaissé ne change pas toujours à l'extérieur. Ce n'est qu'avec une néphroptose prolongée que le rein peut augmenter ou diminuer de taille, en fonction du degré de troubles urodynamiques. Avec un abaissement prolongé du rein, les changements les plus notables apparaissent dans ses vaisseaux. Ainsi, les angiographies montrent qu'elles s'allongent, les artères se rétrécissent et les veines se dilatent. À l'examen histologique, ces modifications sont de nature fibromusculaire, ce qui permet de les considérer comme une sténose fibromusculaire. Parce que les reins sont un organe apparié et que leur activité est soumise à une innervation mutuelle et à l'action du réflexe néphro-néphral, de tels troubles devraient apparaître dans le rein opposé avec le développement ultérieur d'une hypertension secondaire. De tels changements vasculaires, qui au fil du temps deviennent organiques, deviennent un obstacle à l'élimination de l'hypertension même après l'élimination de la néphroptose et le rétablissement de l'apport sanguin normal aux reins.

La clinique de la maladie peut être variée. Dans certains cas, la néphroptose a une évolution asymptomatique, cachée par de petits signes et invisible pour les patients. Parfois, il est révélé soudainement lors de l'examen d'une autre maladie. Parfois, les patients eux-mêmes éprouvent une "tumeur" indolore en mouvement dans l'abdomen. Cependant, un rein abaissé provoque souvent divers troubles de santé qui dépendent soit de modifications du rein lui-même (ischémie, hypoxie, stase veineuse avec hypercapnie, pyélonéphrite) soit de modifications d'autres organes. Le tableau clinique de la néphroptose dépend également du degré de traction, de dilatation et de rétrécissement de l'os rénal, accompagné de troubles hémodynamiques, qui se manifestent dans la longue période prodromique d'hypotension, suivie d'une hypertension orthostatique ou persistante. La clinique est également déterminée par le degré de troubles urodynamiques. Les principales plaintes des patients: fatigue rapide, faiblesse générale, surtout l'après-midi, diminution de l'efficacité, lombalgie sourde constante, qui s'intensifie le soir et s'atténue en position horizontale. La douleur peut être aiguë, congestive, colique néphrétique ou sourde.

Le diagnostic de l'insuffisance rénale dans les méthodes de recherche modernes ne pose pas de difficultés importantes si l'objectif est de déterminer le degré de sa localisation et l'étendue de la motilité pathologique. Cependant, afin de déterminer la bonne tactique de traitement, il est nécessaire d'étudier attentivement le degré de troubles circulatoires du parenchyme, la dynamique altérée, ainsi que la nature du dysfonctionnement de la motilité pathologique et des reins opposés.

Par conséquent, dans les aspects étiologiques et pathogéniques, la néphroptose doit être considérée comme une pathologie hémodynamique, qui affecte de manière

significative l'état fonctionnel des deux reins. Dans des conditions plus éloignées au moment de la maladie, il existe des conditions pour une miction persistante, une infection et le développement d'une pyélonéphrite. Les complications courantes aux stades ultérieurs de la maladie sont la pyélectoasie, l'hydronéphrose, l'urétérohydronéphrose du rein abaissé.

C'est-à-dire que l'objectif principal du traitement de la néphroptose est de rétablir le flux sanguin dans les reins et d'assurer une urodynamique normale des voies urinaires supérieures.

Le traitement de la néphroptose est divisé en conservateur et opératoire. Dans les cas où un rein abaissé ne présente aucun symptôme et est déterminé au hasard, certains auteurs suggèrent de ne pas effectuer de traitement, mais d'utiliser uniquement une surveillance dynamique. Cependant, des études de l'hémodynamique du parenchyme rénal abaissé peuvent démontrer des modifications fonctionnelles du flux sanguin. Le traitement conservateur est parfois utilisé en tant que traitement autonome ou préopératoire ou en complément du traitement de la néphroptose. Il existe différents bandages en forme de corset pour soutenir les reins dans leur position anatomique normale. Ce bandage, qui est sélectionné individuellement en fonction des caractéristiques du corps, est porté par le patient en décubitus dorsal après plusieurs inspirations et expirations forcées. Et le porte toute la journée. Le patient peut l'enlever au repos, mais le remettre le matin avant de se lever. Cette méthode a un faible pourcentage d'efficacité et peut être prescrite aux patients de plus de 50 ans.

Selon nos développements, le traitement conservateur le plus efficace devrait être des exercices thérapeutiques spéciaux (en particulier en combinaison avec l'utilisation d'un bandage pour les reins). Ce type de traitement est particulièrement indiqué chez les jeunes patients de moins de 35 ans qui, grâce à la gymnastique à long terme, peuvent rétablir des conditions importantes pour la fixation de l'organe abaissé. Un certain nombre d'exercices physiques ont été développés et mis en œuvre en collaboration avec des spécialistes en physiothérapie et en réadaptation. Son objectif principal est de renforcer le système nerveux et musculaire général, d'augmenter le tonus des muscles abdominaux, en particulier les fonctions de leur partie inférieure, et de rétablir l'état fonctionnel du tractus gastro-intestinal. La gymnastique thérapeutique consiste en 4 séries de 12 à 16 exercices avec une augmentation progressive de la charge sur les muscles de l'abdomen, du dos et du périnée. Pour chaque niveau, des exercices supplémentaires sont proposés, que les patients effectuent en fonction de leurs capacités individuelles. La plupart des exercices sont conçus pour s'allonger sur le dos sur une surface dure, le bord inférieur surélevé de 10 à 12 pouces. La durée de la leçon de la première semaine est de 15 à 20 minutes. Après l'adaptation du patient à ce complexe, la fréquence et la durée des cours peuvent être augmentées individuellement et ajouter les exercices supplémentaires proposés. L'application la plus appropriée pour cet exercice est la natation, qui est due à la position horizontale et à la présence du bandage hydraulique du patient. La chirurgie n'est pas un moyen important de renforcer les muscles. Les obstétriciens doivent accorder une attention particulière à la gymnastique thérapeutique et la prescrire avant et après la naissance pour prévenir les défaillances d'organes. L'application pratique de cette méthode de traitement conservatrice chez 240 patients a eu un effet positif chez près de 75% des personnes.

L'absence de traitement conservateur pose la question de la nécessité d'un traitement chirurgical. Compte tenu des données de nombreuses années d'expérience dans le traitement de la néphroptose et de nos propres données sur les modifications de l'état morphologique et fonctionnel des reins dans les formes unilatérales et bilatérales de la maladie, nous présentons un schéma d'indications bien établi pour un traitement chirurgical dans notre clinique.

- 1) Le traitement chirurgical est indiqué pour les patients atteints de néphroptose, s'ils ont des douleurs constantes ou des crises fréquentes de coliques néphrétiques, ce qui les rend incapables.
- 2) Le traitement chirurgical est indiqué chez les patients souffrant de troubles gastro-intestinaux s'ils sont causés par une néphroptose et ne peuvent être éliminés de manière conservatrice.
- 3) Les patients présentant des troubles urodynamiques persistants sont traités chirurgicalement.
- 4) Rotation du rein autour de son axe et pincement de l'os vasculaire (sténose fonctionnelle des vaisseaux rénaux)
- 5) Pyélonéphrite chronique récurrente, transformation hydronéphrotique du rein.
- 6) Hématurie, néphrolithiase et autres maladies rénales causées par la néphroptose.
- 7) Le traitement chirurgical est indiqué chez les patients présentant des troubles hémodynamiques (hypertension orthostatique ou persistante).

Nous pensons que quels que soient les phénomènes subjectifs mis en évidence, une néphropexie doit être pratiquée pour prévenir des lésions rénales plus profondes. À l'omission bilatérale des reins il faut d'abord se limiter à la fixation des reins qu'amène aux sensations douloureuses plus exprimées. Une attention particulière doit être portée au traitement chirurgical dans les cas où la néphroptose est associée à la viscéroptose. Les patients atteints de néphroptose sur fond de viscéroptose générale doivent être traités chirurgicalement s'ils présentent une pyélonéphrite ou une hydronéphrose, une hypertension, une hématurie persistante, des troubles urodynamiques causés par des calculs secondaires ou d'autres maladies.

#### **Liste de références:**

1. Кадири Т.Р., Собиров С.И., Джураев М.А., Пулотов М.Х. Оптимизация диагностики нефроптоза и показаний к нефропексии. *Урологія. 2015. №3. С. 355-356.*
2. Квятковский Е.А., Русинко И.М., Квятковская Т.А. Роль ультразвуковой диагностики в выявлении нефроптоза. *Урологія. 2015. №3. С. 326-327.*
3. Люлько А.А., Бурназ А.О., Никитюк И.Н. Лапароскопическая нефропексия, сравнительный анализ способов фиксации почки. *"УРОЛОГИЯ, АНДРОЛОГИЯ, НЕФРОЛОГИЯ - 2015": Материалы научно-практической конференции / Под ред. В.Н. Лесового, И.М. Антоняна и др. Харьков, 2015. 239 с. С. 76-78.*
4. Русинко И.М., Приходько А.В., Троян К.А. Наш опыт хирургического лечения нефроптоза. *Матеріали з їзду Асоціації урологів України, м. Одеса, 16-18 вересня 2010 р.: Урологія. 2010. Т. 14, Додаток. С. 238-239.*

5. Русинко И.М., Приходько А.В., Троян К.А., Дулепин А.В. Выбор метода оперативной коррекции нарушений уродинамики при нефроптозе, осложненном вторичным гидронефрозом *Урология*. 2013. №3. С. 25.

6. Barannik S., Fridberg A., Barannik K. Problemfragen der Nefroptosebehandlungstaktik. *The V International Science Conference «Theoretical and scientific bases of development of scientific thought», February 16 – 19, 2021, Rome, Italy*. 685 p. P. 274-278.