

**Громадська організація  
«Київський медичний науковий центр»**

**ЗБІРНИК ТЕЗ НАУКОВИХ РОБІТ**

**УЧАСНИКІВ МІЖНАРОДНОЇ  
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«МЕДИЧНА НАУКА ТА ПРАКТИКА  
XXI СТОЛІТТЯ»**

**5–6 лютого 2021 р.**

Київ  
2021

УДК 61«20»(063)

М 42

- М 42 **Медична наука та практика XXI століття:** Збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 5–6 лютого 2021 р.). – Київ: «Київський медичний науковий центр», 2021. – 100 с.

**Матеріали збірника друкуються мовою оригіналу.**

Організаційний комітет не завжди поділяє думки та погляди авторів. Відповідальність за достовірність фактів, власних імен, цитат, цифр та інших відомостей несуть автори публікацій.

Відповідно до Закону України «Про авторське право і суміжні права під час використання наукових ідей та матеріалів цього збірника посилання на авторів і видання є обов'язковим».

УДК 61«20»(063)

## ЗМІСТ

### НАПРЯМ 1. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ МЕДИЧНОЇ ТЕОРІЇ

**Бабійчук Л. О., Зубов П. М., Макашова О. Є.,  
Зубова О. Л., Рязанцев В. В., Пасісшвілі Н. М.**  
СПОСІБ ПІДВИЩЕННЯ КІЛЬКОСТІ НЕУШКОДЖЕНИХ  
ЯДРОВІСНИХ КЛІТИН КОРДОВОЇ КРОВІ ЛЮДИНИ  
ПІСЛЯ КРІОКОНСЕРВУВАННЯ.....7

**Grynychuk F. V.**  
FIBRINOLYTIC REACTIONS OF BLOOD PLASMA  
IN CASE OF EXPERIMENTAL PERITONITIS  
AND UNDERLYING DIABETES MELLITUS..... 10

**Нікітіна Н. О., Калашнікова К. А.**  
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ГИДРОНЕФРОЗУ У ДІТЕЙ..... 14

### НАПРЯМ 2. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

**Akentieva S. O., Kovtun A. I., Berezova M. S.**  
PROTEIN LEVEL IN THE PROCEDURE  
OF THE DISCRETE VARIANT OF PLASMOSORPTION..... 18

**Бабійчук Л. В., Бабійчук В. Г., Коваль С. Н.**  
СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО  
РИТМА МОЛОДЫХ КРЫС С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ  
ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ КРІОКОНСЕРВИРОВАННЫХ  
ЯДРОСОДЕРЖАЩИХ КЛЕТОК КОРДОВОЙ КРОВИ ЧЕЛОВЕКА ..... 21

**Барчан Г. С., Біловол Д. І., Ганжара Є. А.,  
Лиско А. І., Кириченко Я. А., Вертій О. О.**  
ЧАСТОТА І ХАРАКТЕР ІМУННИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ РЕКУРЕНТНИХ  
РЕСПІРАТОРНИХ ІНФЕКЦІЯХ ТА У РАЗІ ЇХ ПЕРЕБІГУ НА ТЛІ  
НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ..... 25

**Васюк В. Л.**  
РОЛЬ АЛІМЕНТАРНИХ ПОРУШЕНЬ В ГЕНЕЗИ  
СЕЧОКИСЛОГО ДІАТЕЗУ, ПОСДНАНОГО ІЗ СЛАДЖЕМ ЖОВЧІ..... 29

**Деркач С. А., Городницька Н. І., Куцай Н. М., Габишева Л. С.**  
УДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДУ НАПРАЦЮВАННЯ БАКТЕРІАЛЬНОЇ  
МАСИ P. AERUGINOSA ДЛЯ ВИРОБНИЦТВА ІМУНОПРЕПАРАТІВ  
ТА АДАПТАЦІЇ БАКТЕРІОФАГІВ ..... 32

<b>Єскін О. Р., Тищенко М. О.</b> ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ ЕНДОТЕЛІО ЦЕРЕБРАЛЬНИХ СУДИН У ХВОРИХ НА ТРАНЗИТОРНІ ІШЕМІЧНІ НАПАДИ.....	36
<b>Жовтоножко О. І., Буженик Б. Р.</b> ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ІНФІКОВАНИЙ НЕКРОТИЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ .....	37
<b>Льченко В. І., Пікуль К. В., Сізова Л. М., Дуднікова А. М., Літвінова А. М.</b> ГРИП ТА ГРВІ В ПЕРІОД ПАНДЕМІЇ .....	40
<b>Калашнікова К. А., Нікітіна Н. О.</b> ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ ЗНАТЬ, ВМІНЬ І ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК З ПРОПЕДЕВТИКИ ПЕДІАТРИЇ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ .....	44
<b>Ломакін І. І., Кудкоцева О. В., Мамонтов В. В.</b> ПОСДНАНЕ ЗАСТОСУВАННЯ РИТМІЧНИХ ХОЛОДОВИХ ВПЛИВІВ ТА КРІОКОНСЕРВОВАНОЇ КОРДОВОЇ КРОВІ НА СТАН ВЕГЕТАТИВНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ЩУРІВ НА ТЛІ ФТОРУРАЦИЛОВОЇ МОДЕЛІ СТАРІННЯ МОЗКУ ..	46
<b>Мкртчян Ю. К.</b> ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ РІВНЯ НАТРІО ПЛАЗМИ ПРИ БОЙОВІЙ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВІЙ ТРАВМІ.....	50
<b>Мкртчян Ю. К.</b> ВПЛИВ ГІПЕРТЕРМІЇ НА ЧАС ВІДНОВЛЕННЯ СВІДОМОСТІ ТА ЛЕТАЛЬНІСТЬ У ПОРАНЕНИХ З БОЙОВОЮ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ .....	52
<b>Мкртчян Ю. К.</b> РІВЕНЬ СВІДОМОСТІ ПО ШКТ ЯК ПРОГНОСТИЧНИЙ КРИТЕРІЙ ДОВГОТРИВАЛОЇ ШВЛ .....	54
<b>Нікуліна Г. Г., Мигаль Л. Я., Петербургський В. Ф., Калініна Н. А., Каліщук О. А., Сербіна І. Є., Кіндій Б. А.</b> ВПЛИВ РІЗНИХ ПІДХОДІВ ДО ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ВРОДЖЕНИХ ВАД ВЕЗИКУЛО-УРЕТРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА У ДІТЕЙ НА ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПАРЕНХІМИ НИРКИ (ЗА ЕНЗИМО-ЦИТОКІНОВИМИ КРИТЕРІЯМИ)....	56
<b>Осьмірко Ю. Ю.</b> АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛАПА РОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ У ХВОРИХ З НОВОУТВОРЕННЯМ НИРКИ ТА СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ .....	60

## References:

1. Сахарный диабет. Иммуитет. Цитокины. / [Зак К.П., Тронько М.Д., Попова В.В., Бутенко А.К.]. – К.: Книга-плюс, 2015. – 488 с.
2. van Ruler O.M. Surgical treatment of secondary peritonitis A continuing problem. / O.M. van Ruler, A. Boermeester // Der Chirurgie. – 2017. – Vol. 88, № 1. – P. 1–6.
3. Гринчук Ф.В. Оцінка коморбідності у невідкладній абдомінальній хірургії / Ф.В. Гринчук, Л.В. Харук Л.В. Клінічна анатомія і оперативна хірургія. – 2017. – Т. 16, № 3 (61) . – С. 32–34.
4. Cavaillon J.M. Inflammation: From Molecular and Cellular Mechanisms to the Clinic. / J.M. Cavaillon, M. Singer. – Weinheim: John Wiley & Sons. – 2017. – 352 p.
5. Behl T. Role of altered coagulation-fibrinolytic system in the pathophysiology of diabetic retinopathy / T. Behl, T. Velpandian, A. Kotwani // Vascul. Pharmacol. – 2017. – Vol. 92. – P. 1–5.
6. Venugopal A. Disseminated intravascular coagulation / A. Venugopal // Indian J. Anaesth. – 2014. – Vol. 58, № 5. – P. 603–608.

**Нікітіна Н. О.**, кандидат медичних наук, доцент,  
доцент кафедри пропедевтики педіатрії

**Калашнікова К. А.**, кандидат медичних наук, доцент,  
доцент кафедри пропедевтики педіатрії

*Одеський національний медичний університет  
м. Одеса, Україна*

## **АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ГИДРОНЕФРОЗУ У ДІТЕЙ**

Рання діагностика і своєчасне лікування гідронефрозу у дітей є важливою проблемою медицини в зв'язку з високою частотою, наполегливим перебігом і ранньої летальністю в результаті ниркової недостатності.

Аntenатально аномалії сечовивідних шляхів виявляють в 2-9 випадках на 1000 живонароджених, з них 50-87% складає гідронефроз (МКБ-10, Q 62.0) плода (як фізіологічний, так і патологічний). Постнатальна діагностика становить 2,8 випадків на 1000 новонароджених. Найбільш характерна лівостороння локалізація гідронефрозу, у 20-39 % – двостороння, при цьому в 2-3 рази частіше він зустрічається у хлопчиків. Зазначення в анамнезі жінки піелоектазії (ПЕ) плоду підвищує ризик повторних випадків в 6,1 рази [1; 4; 9].

Однак, антенатальний фізіологічний гідронефроз в 41-88% випадків може зникати спонтанно [4; 6; 8; 9; 11].

Гідронефроз успадковується за аутосомно-домінантним типом та пов'язаний з HLA антигенами A9, B12, B35 [1; 2; 4; 6]. Причинами патологічного гідронефрозу є внутрішня обструкція: звуження мисково – сечовідного співустя (ЗМСС) (10-30%), здавлення сечовіду кровоносними судинами, ембріональними тяжами і спайками; нейрогенні дисфункції сечової системи та ін. Однак після народження частіше діагностують звуження уретеро-везікального сегмента, міхурово-сечовідний рефлюкс (7,3% – 11,3%) і задній уретральний клапан [1; 4; 8; 9].

Гідронефроз виявляється при синдромах Дауна, Патау (37%), Едвардса (18%), Тернера (8%) і триплоїдії (4%), майже у половини дітей він поєднується з мегауретером і іншими урологічними аномаліями [1; 3; 4].

**Пренатальна діагностика.** Клінічно в пренатальному періоді ряд авторів пропонують вважати збільшення передне-заднього розміру миски нирки більше ніж 5 мм у другому триместрі і більше ніж 8 мм в третьому триместрі як ПЕ, а перевищення 10 мм – гідронефрозом незалежно від терміну гестації [1; 3; 4; 10].

Існують різні **класифікації** гідронефрозу у внутрішньоутробної дитини, в тому, прийнята в 2014 році після міждисциплінарного консенсусу восьми академічних товариств [1; 4; 9]. На наш погляд, найбільш вдала з них цитована в [3].

При УЗД для уточнення прогнозу важлива стать внутрішньоутробної дитини, тому що у плодів чоловічої статі ПЕ частіше транзиторна. Прогноз також залежить від локалізації: після народження він зберігається частіше при односторонньому (47 %) процесі, ніж при двосторонньому (26 %) [1; 4; 11; 12].

**Тактика ведення вагітності та пологів** залежить від наявності поєднаних і хромосомних аномалій, результатів пренатального каріотипування і стану фетоплацентарного комплексу [1; 4; 5; 9].

**Прогноз** визначається термінами виявлення та ступенем ПЕ: при помірній ізольованій ПЕ частота у дітей від 2 міс. до 13 років становить 4,8 %. При прогресуванні ПЕ в III триместрі можливо «відмирання» нирки з подальшою відсутністю її функціонування. При зникненні вираженого гідронефрозу (35-50 мм) на початку III триместру можна очікувати пренатальне зморщування нирки [1; 3; 4; 5; 8; 9].

Поєднання ПЕ з іншими аномаліями може стати показником для переривання вагітності в термін до 22 тижнів [1; 4; 11; 12], а проведена внутрішньоутробна операція дозволить запобігти необоротну деструкцію нирок. Дострокове пологове вирішення може знадобитися, якщо ізольований гідронефроз поєднується з маловоддям і антенатальним дистрессом плоду.

**Клініка.** При відсутності обструкції симптоми вродженого гідронефрозу мізерні (енурез, біль в животі невизначеної локалізації, гіпертонія) і він діагностується під час УЗД, при інфікуванні і виявленні протеїнурії, гематурії та піурії, а при наявності обструкції захворювання може дебютувати з ниркової коліки. Інфікування прискорює розвиток ниркової недостатності з усіма характерними для неї симптомами. [1-4; 9].

**Рання неонатальна і постнатальна діагностика** полягає у виявленні в сечовому осаді мікро– і макрогематурії, протеїнурії, при інфікованості – бактеріурії і нейтрофільної лейкоцитурії. Інструментальні дослідження (скринінгова УЗ-ехотомоскопія, екскреторна урографія, мікційна цистоуретрографія, радіоізотопна ренографія, динамічна сцинтиграфія, КТ і МРТ з ангіоконтрастуванням) проводяться для вирішення питання про необхідність хірургічної корекції.

**Тактика ведення** хворого з природженим гідронефрозом визначається ступенем гідронефрозу, наявністю обструкції і поєднаних аномалій розвитку. Лікування гідронефрозу 3-4 і 4 ступенів хірургічне, спрямоване на відновлення пасажу сечі і запобігання прогресування ниркової недостатності, що дозволяє уникнути нефроектомії. [1; 4; 5; 7; 11; 12]. Консервативна терапія пієлонефриту проводиться тривало і наполегливо, лікування також направлено на санацію вогнищ хронічної інфекції і загальне зміцнення організму.

**Прогноз** залежить від ступеню антенатального гідронефрозу, своєчасності оперативного лікування, наявності супутніх вад розвитку і ускладнень [1, 4, 8; 9]. У більшості випадків антенатальний гідронефроз зникає до моменту народження, понад 80 % пацієнтів з безсимптомною легкою (1-2 ступеня) формою гідронефрозу стабілізуються до 1 року життя, а міхурово – сечовідний рефлюкс може вирішитися спонтанно до 4 років. Ефективність операції залежить від ступеня гідронефрозу і активності інфекції сечової системи. Безперервна тривала антибактеріальна терапія високоефективна в 50-95 % випадків [1; 4; 8; 9; 11; 12].

**Профілактика** народження дитини з природженим гідронефрозом полягає в проведенні пренатальної діагностики гідронефрозу під час УЗ-скринінгу вагітних на 18-22-му тижні вагітності та в виявленні у майбутніх батьків антигенів А9, В12, В35 при НLA-типуюванні. Рання діагностика гідронефрозу дозволяє попередити розвиток ускладнень і оптимізувати прогноз захворювання шляхом своєчасної корекції аномалії та адекватної консервативної терапії [1; 4; 7; 8; 9; 11; 12].

### Література:

1. Врожденные пороки развития: практ.рук. / В. Н. Запорожан [и др.] Одесса: ОНМедУ, 2012. – 320 с.

2. Гельдт В.Г. Диагностика пороков мочевыделительной системы у новорожденных и грудных детей / В. Г. Гельдт, Г. И. Кузовлева // Педиатрия. – 2006. – № 1. – С.87–94.
3. Медведев М.В. Пренатальная эхография: практ. рук. / М. В. Медведев. –М. : Реальное время, 2005. – 560с.
4. Диагностика, клиника, лечение и прогноз при гидронефрозе почек / Н.А. Никитина, Е.А. Калашникова, С.Р. Галич, Т.В. Сочинская // Интегративна Антропология. – 2018. – № 1 (31). – С. 60–63.
5. Про внесення змін до наказу МОЗ України від 29.12.2003 № 624 «Про затвердження Протоколів лікування дітей зі спеціальності «Дитяча урологія»: наказ МОЗ України № 140 від 18.03.2008 [Електронний ресурс] // Верховна Рада України: веб-сайт. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0140282-08#Text>
6. Шевчук Д. В. До питання відведення сечі при вродженому гідронефрозі в дітей / Д. В.Шевчук, П. І. Волошин // Здоровье ребенка. – 2016. – № 5(73). – С. 147–153. – Doi: [http:// dx.doi.org/10.22141/2224-0551.5.73.2016.783192007](http://dx.doi.org/10.22141/2224-0551.5.73.2016.783192007).
7. Capolicchio J. P. Canadian Urological Association / Pediatric Urologist of Canada guide line on the investigation and management of antenatally detected hydronephrosis / J. P. Capolicchio, L. H. Braga, K.M. Szymanski // Canadian Urological Association journal. – 2018. – Vol. 12. – P. 85–92.
8. Outcomes of Isolated Antenatal Hydronephrosis at First Year of Life / M. Orabi[et al.] // Oman medical journal. – 2018. – Vol. 33, N 2. – P. 126–132. – Doi: 10.5001/omj.2018.24.
9. Pediatric congenital hydronephrosis (ureteropelvic junction obstruction): Medical management guide / M. Kohno, T. Ogawa, Y. Kojima [et al.] // International journal of urology. – 2020. – Vol. 27, N 5. – P. 369–376. – Doi. Org / 10.1111/iju.14207\_
10. Percent improvement in renal pelvis antero-posterior diameter (PI-APD): Prospective validation and further exploration of cut-off values that predict success after pediatric pyeloplasty supporting safe monitoring with ultrasound alone / M. Rickard [et al.] // Journal of pediatric urology. – 2016. – Vol. 12, N 4. – P. 228. –Doi: 10.1016/j.jpuro.2016.04.003.
11. Predictive factors of the outcomes of prenatal hydronephrosis / P. Bragagnini [et al.] // Archivos españoles de urología.– 2016. – Vol. 69, N 10. – P. 680–690.
12. Predictors for the need of surgery in antenatally detected hydronephrosis due to UPJ obstruction – a prospective multivariate analysis / S. Arora [et al.] // Journal of pediatric urology. – 2015. – Vol. 11, N 5. – P. 248.– Doi: 10.1016/j.jpuro.2015.02.008.