

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

**ЗБІРНИК ТЕЗ НАУКОВИХ РОБІТ**

**УЧАСНИКІВ МІЖНАРОДНОЇ  
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«РІВЕНЬ ЕФЕКТИВНОСТІ ТА НЕОБХІДНІСТЬ  
ВПЛИВУ МЕДИЧНОЇ НАУКИ  
НА РОЗВИТОК МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ»**

**5–6 березня 2021 р.**

Київ  
2021

- Р 49 **Рівень ефективності та необхідність впливу медичної науки на розвиток медичної практики:** Збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 5–6 березня 2021 р.). – Київ: «Київський медичний науковий центр», 2021. – 68 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(063)

## ЗМІСТ

### НАПРЯМ 1. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ МЕДИЧНОЇ ТЕОРІЇ

**Гайдай О. С., Дорошук С. М., Маліновська Н. М.**  
ОСОБЛИВОСТІ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ  
В УМОВАХ АДАПТИВНОГО КАРАНТИНУ .....5

**Кочарова Т. Р., Єрхова Г. А.**  
ОПТИМІЗАЦІЯ УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСАМИ ПРОФІЛАКТИКИ,  
ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ВИКОРИСТАННЯМ  
ІНФОРМАЦІЙНИХ ТА МАТЕМАТИЧНИХ МОДЕЛЕЙ .....7

**Нікітіна Н. О., Калашнікова К. А.**  
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПОЛКІСТОЗУ НИРОК У ДІТЕЙ..... 10

**Палійчук Р. І.**  
СУЧАСНІ ІНФОРМАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ ДИСТАНЦІЙНОГО  
НАВЧАННЯ ПРИ ВИВЧЕННІ ХІРУРГІЧНИХ ДИСЦИПЛІН  
В ЗАКЛАДАХ ФАХОВОЇ ПЕРЕДВИЩОЇ ОСВІТИ ..... 15

### НАПРЯМ 2. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

**Акентьев С. О., Березова М. С.**  
ДЕТОКСИКАЦІЯ ПРИ СИНДРОМІ  
ПЕЧІНКОВО-НИРКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ..... 17

**Біляченко І. В., Лизогуб В. Г.**  
ОСОБЛИВОСТІ СКЛАДУ СИРОВАТКОВИХ ЛІПОПРОТЕЇДІВ НИЗЬКОЇ  
ЩІЛЬНОСТІ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ..... 20

**Гаркуша А. О., Гаркуша Є. О.**  
ОКРЕМЕ ПРОГРАМНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ З ВСТАНОВЛЕННЯ РИЗИКУ  
ОНКОЗАХВОРЮВАННЯ: СКЛАДНОСТІ ПРАВОВОЇ КВАЛІФІКАЦІЇ .... 24

**Гарячий Є. В., Шкіль В. Ю.**  
АНАЛІЗ НАДАННЯ ДОГОСПІТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ  
ПРИ ТРАВМАТИЧНИХ УШКОДЖЕНЬ ТАЗА ..... 28

**Грузевський О. А., Ніколасва О. В.,  
Кобильник С. М., Кагляк М. Д.**  
ЗАЛЕЖНІСТЬ ПОКАЗНИКІВ МІСЦЕВОЇ КОЛОНІАЛЬНОЇ  
РЕЗИСТЕНТНОСТІ ВІД ПОКАЗНИКІВ СИСТЕМИ ГОРМОНАЛЬНОЇ  
РЕГУЛЯЦІЇ ПРИ ВАГІНАЛЬНОМУ НОРМО – ТА ДИСБІОЗІ ..... 31

**Ібрагімова О. Л., Крамаренко Д. Р.**  
СИНДРОМ ЗДАВЛЕННЯ І ДИСЛОКАЦІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ  
ПРИ ПУХЛИННИХ ПРОЦЕСАХ ..... 34

**Калашнікова К. А., Нікітіна Н. О.**  
25-РІЧНИЙ ДОСВІД ВИКЛАДАННЯ ПРОПЕДЕВТИКИ  
ПЕДІАТРІЇ АНГЛІЙСЬКОЮ МОВОЮ ..... 37

**Ластівка І. В., Анцупова В. В., Брішевац Л. І.**  
МЕДИКО-ГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ СИНДРОМУ ГОЛЬДЕНХАРА..... 41

**Смирнова О. В., Бардах Л. Б., Афендікова Г. П.,  
Бодак Е. М., Полухова Г. А.**  
ОПИС КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ ВІЯВЛЕННЯ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ  
ПНЕВМОНІЇ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ..... 45

**Хапченкова Д. С., Парінцева О. Р.**  
ВИПАДОК ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ  
У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ ..... 48

### **НАПРЯМ 3. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ НАУКИ ТА ПРАКТИКИ**

**Баліцька О. П., Гайдай О. Д.**  
ДОКАЗОВА БАЗА ЕФЕКТИВНОСТІ АМІОДАРОНУ  
ДЛЯ ЛІКУВАННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ..... 51

**Карпенко І. А., Рухмакова О. А., Ярних Т. Г.**  
ТЕХНОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СТВОРЕННЯ  
НАЗАЛЬНОГО ГЕЛЮ НА ОСНОВІ ПРИРОДНОЇ СИРОВИНИ  
ДЛЯ ТЕРАПІЇ ВІРУСНОГО РИНІТУ ..... 55

**Кобернік А. О., Еберле Л. В., Берчук М. І.**  
АНАЛІЗ ФЕНОЛЬНИХ СПОЛУК ТРАВИ *ASCHILLEA MILLEFOLIUM*... 58

**Макух Х. І., Заяць М. М.**  
ПРИНЦИПИ ВИБОРУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ  
ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ВУГРОВОЇ ХВОРОБИ..... 61

Запровадження системного аналізу в діяльність складних комплексних проблем на рівні медичного закладу показує цілий ряд напрямків свого застосування в охороні здоров'я. Це – розробка та реалізація цільових комплексних програм, спрямованих на вирішення проблем на цьому рівні, реорганізація системи медичної допомоги на ринкових засадах, розробка математичних моделей у системі медичної допомоги, моделювання взаємодії підрозділів системи медичної допомоги з метою визначення слабких місць з подальшою оптимізацією [3].

### Література:

1. Медична кібернетика. Матеріал з Вікісловника. [Електронний ресурс] – Режим доступу: [https://uk.wiktionary.org/wiki/медична\\_кібернетика](https://uk.wiktionary.org/wiki/медична_кібернетика)
2. Інформаційні системи і технології в економіці: Посібник для студентів вищих навчальних закладів / Під ред. Г.А. Титоренко. – М.: ЮНИТИ – ДАНА, 2005. – 439 с.
3. Математичне моделювання процесів управління охороною здоров'я [Електронний ресурс] / Smirnova V. L., Ranychshyn N. Y., Holiyachenko, A. O. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2016. – № 2. Режим доступу: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2016.2.6741>

**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 ПОЛІКІСТОЗУ НИРОК У ДІТЕЙ**

Вроджені вади сечової системи складають 35-40% пороків всіх органів і систем. Природжений полікістоз нирок (ППН) (поликистозная хвороба (ПКХ) – термін, який об'єднує генетично детерміновані захворювання з наявністю в ниркової тканини множинних кіст, які проявляються в різному віці і

ускладнюються хронічною нирковою недостатністю (ХНН) [1, 2, 4,6,7, 8].

Розрізняють полікістоз (ПК), мультикістоз і мікрокістоз нирок.

Згідно **МКБ 10** виділяють:

Q 61 Кістозна хвороба нирок.

Q 61.0 Вроджена одиночна кіста нирки.

Q 61.1 ПК нирки, дитячий тип.

Q 61.2 ПК нирки, тип дорослих.

Q 61.3 ПК нирки, якій не уточнений.

Q 61.4 Дисплазія нирки.

Q 61.5 Медулярний кістоз нирки (губчаста нирка).

Q 61.8 Інші кістози нирок [1, 4, 5].

Частота ППН нирок в клініці становить 1: 150, на аутопсії 1: 260 – 1: 370 – 1: 450, та 23 -25 випадків на 10000 розтинів. Аутосомно-домінантна ПКХ (АДПКХ) -встречається з частотою від 1: 400 до 1: 1000 новонароджених, а аутосомно-рецесивна ПКХ (АРПКХ) зустрічається набагато рідше – від 1:10 000 до 1:20 000 новонароджених, без різниці за статевою та расовою ознаками. ПК нирок у дорослих виявляється в 10 разів частіше. Близько 1% всіх аномалій нирок становить мультикістоз нирки, який частіше одно– лівобічний, у хлопчиків. Мікрокістоз нирок зустрічається з частотою 1: 10000 новонароджених в Фінляндії, Естонії та Санкт Петербурзі. У структурі причин ХНН у дітей ППН становить 8-10% [1, 4, 6, 7, 8].

**Етіологія і патогенез** пороку обумовлені порушенням якості диференціації метанефрогенной бластемі. ППН успадковується за аутосомно – домінантним або рецесивним типом і завжди двосторонній. При АДПКХ, I типі (85 до 90%) визначають мутацію гена PKD1 в короткому плечі 16-ій хромосоми; при II типі (10 до 15%) – мутацію гена PKD2 або PKD4 в 4-ій хромосоми; при АРПКХ – мутацію генів PKHD, ARPKD в 6-ій хромосоми, яка у дітей поєднується з множинними вадами розвитку (ущелинами обличчя, вродженими вадами серця та ін.); при важкому інфантильному ПКН з туберозним склерозом – мутацію гена PKDTS в 16-ій хромосоми. Аутосомно-рецесивний вроджений мікрокістоз нирок фінського типу (сімейний нефронофтіз) визначається мутаціями генів NPHS1 19q13 при ювенільному, NPH2 – підлітковому і NPH3 – інфантильному

типах; два різних типи аутосомно-домінантнонь медулярної кістозної хвороби нирок – мутаціями в гені MCKD1 або MCKD2.

Існують різні класифікації ПК, які продовжують удосконалюватися [1, 4, 6, 7, 8]. У клініці виділяють АДПКХ; АРПКХ; мікрокістоз нирок (вроджений нефротичний синдром фінського типу) і медулярну кістозну хворобу (нефронофтіз Фанконі і інші спадкові нефропатії) [6].

Кісти бувають закриті (у мертвнонароджених і новонароджених дітей) і відкриті (у дорослих, і у дітей з латентним перебігом) [1, 4, 6, 7, 8].

За ступенем сумарної функції нирок розрізняють три ступеня поликістоза [1, 4, 6, 7, 8].

**Пренатальна УЗД ППН** можлива з середини 2 3 триместру вагітності і включає патогномонічну тріаду УЗ-симптомів – збільшені гіперехогенне нирки, відсутність ехотені сечового міхура і маловоддя [1, 2, 3, 4].

УЗ-картина при двосторонньої мультікістозної дегенерації нирок має спільні ознаки з ППН, однак, на відміну від ППН, мультікістоз нирок характеризується повною відсутністю ниркової тканини і заміщенням її кістами з анехогенним вмістом [1, 2, 3, 4].

**Тактика ведення вагітності та пологів.** У зв'язку з летальністю, виявлення пороку є показанням для переривання вагітності за медичними показаннями в терміні до 22 тижнів. У випадках пролонгування вагітності контролюється стан фетоплацентарного комплексу. Вагітність ускладнюється маловоддям, прогресуючої плацентарної дисфункцією і мертвнонародженням. Розродження проводиться тільки з урахуванням акушерської ситуації. Кесарів розтин в інтересах плода не проводять у зв'язку з летальністю пороку [1, 4].

**Поєднання з іншими пороками.** ПК нирок часто поєднується з ПК інших паренхіматозних органів, пороками розвитку мозку і судин. Б.Я. Резник з співавт. (1994 р.) вказують на хромосомні синдроми з ПК нирок: трисомія 13, 3q, 10p, 10q, 20p, 4p і триплідія [1, 2, 3, 4, 7, 8].

Різні варіанти мультікістозної нирки зустрічаються при хромосомних аномаліях, синдромах Гіппеля-Ліндау (цереброретінальний ангиоматоз з кістозними ураженнями нирок, підшлункової залози, печінки), трисомії E і D, синдромі Меккеля

(гідроцефалія або аненцефалія і кістозна дисплазія нирок) та інших вадах розвитку [1, 4].

**Клініка.** Для I типу ПК характерні респіраторний дистрес, смерть від уремії і асфіксії. Діти з двостороннім ПК народжуються мертвими або гинуть в перші дні життя.

ПКХ печінки і нирок, юнацький тип, виявляється після 2 років болями в животі, збільшенням печінки, портальною гіпертензією і прогресуючої ХНН.

ПК (дорослих) 3 тип маніфестує на третьому десятиріччі життя гематурією, гіпертонією і прогресуючої ХНН.

Ускладненнями ПК є інфікованість кіст (нагноєння, пієлонефрит), крововилив в кісту, пухлина.

Односторонній мультікістоз може не відбитися на тривалості життя і не проявляти себе клінічно. Хворого турбують односторонні постійні болі в попереку, головний біль; пальпаторно визначається збільшена щільна дрібногорбиста нирка. У ряді випадків розвивається артеріальна гіпертензія, яка проходить тільки після видалення мультікістозної нирки. При двосторонньому мультікістозі діти народжуються мертвими.

Для сімейного нефронофтїзу типові солевое виснаження, затримка росту, анемія, поліурія і прогресуюча ниркова недостатність.

Медулярна кістозна хвороба вперше виявляється в зрілому віці, та, на відміну від нефронофтїзу, протікає легше.

Губчаста нирка, як правило, має безсимптомний перебіг або проявляється гематурією і болями в попереку. Процес частіше двосторонній. Ускладнюється приєднанням інфекції і сечокам'яної хвороби.

**Рання неонатальна і постнатальна діагностика** базується на даних УЗД, динамічної сцинтиграфії, радіоізотопного сканування, ангіографії та КТ і МРТ. Лабораторно може виявлятися непостійна мікропротеїнурія і мікрогематурія [1, 2, 3, 4].

**Лікування** проводиться довічно і направлено на збереження функції нирок, попередження або боротьбу з ускладненнями. При прогресуванні ХНН показані трансплантація нирки або постійний гемодіаліз.

**Прогноз.** Тривалість життя пацієнтів з АДПКХ II типу досягає 69 років, а I типу – 53 років. При АДПКХ II типу



відзначається високий ризик раптової смерті від розриву аневризми мозкових судин і аорти. АРПКХ викликає внутрішньо-утробну або неонатальну загибель. У більшості дітей, які пережили перинатальний період, рано розвиваються ХНН і фіброз печінки [1, 2, 3, 4, 7, 8].

**Профілактика.** З огляду на спадковий характер даної аномалії, в сім'ях з обтяженим анамнезом по поликістозу необхідно проводити допологову профілактику.

### 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. – 560 с.
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.
6. Чугунова О. Л. Поликистозная болезнь почек у новорожденных и детей раннего возраста: проблемы диагностики, ведения, лечения. / О. Л. Чугунова, С. В. Черкасова, Е.Л. Туманова, П.В. Шумилов и др. // Педиатрия. – 2015. – Т. 94. – № 3. – С. 88–94.–Том 94. № 3.– С. 88–94
7. Bergman С. ARPKD and early manifestations of ADPKD: the original polycystic kidney disease and phenocopies. Pediatric Nephrology. 2015. № 30(1). P. 15–30.
8. Bonsib S. M. The classification of renal cystic diseases and other congenital malformations of the kidney and urinary tract. Arch. Pathol. Lab. Med. 2010. № 134. P. 554–568