



**ПІВДЕННОУКРАЇНСЬКИЙ
МЕДИЧНИЙ
НАУКОВИЙ ЖУРНАЛ**

Науковий журнал

27 (27) жовтень 2020

Одеса
2020

ISSN 2306-7772

Науковий журнал

Південноукраїнський медичний науковий журнал

27 (27) жовтень 2020

Виходить тричі на рік.

Редактор, коректор – Мельбрун А. Я.

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 у журналі, дозволено тільки зі згоди автора та видавця. Будь-яке використання – з обов'язковим посиланням на журнал.

Свідоцтво про державну реєстрацію: КВ № 19536-9336Р від 26.11.2012 р.

Засновник журналу: ГО «Південна фундація медицини»

© ГО «Південна фундація медицини», 2020

© Автори наукових статей, 2020

© Оформлення Ткаченко М. С., 2020

ЗМІСТ

Бабій Н. В., Токар П. Ю. ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ДОБРОЯКІСНИХ ПУХЛИН ЯЄЧНИКІВ НА ТЛІ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ ДОДАТКІВ МАТКИ.....	5
Білогорцева О. І., Доценко Я. І., Сіваченко О. Є., Кирилова Т. В., Шатунова В. А. ТУБЕРКУЛЬОЗ У ДІТЕЙ В УКРАЇНІ: ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНOSTІ ТА СКРИНІНГОВОГО ОБСТЕЖЕННЯ ПРОТЯГОМ 14 РОКІВ.....	8
Бунь Ю. М., Бунь О. В. МАЛОІНВАЗИВНА МЕТОДИКА ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК).....	12
Глинкин В. В. ПЕРИАПИКАЛЬНИЙ ІНДЕКС ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ПЕРИОДОНТИТОВ.....	15
Грицик О. Ю. ЕТИОЛОГІЯ РОЗВИТКУ ПСИХОСОМАТОЗІВ У ДОРΟΣЛИХ ТА ДІТЕЙ.....	19
Козар О. М., Албота О. М. ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНА НЕДОСТАТНІСТЬ: СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ І ТАКТИКИ ВЕДЕННЯ.....	22
Кондратюк В. С., Тарасюк А. П., Бичков О. А. ЗМІНИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЕРЦЯ ТА ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК, ЯКІ ЗНАХОДЯТЬСЯ НА НИРКОВОЗАМІСНІЙ ТЕРАПІЇ.....	26
Коноплицький В. С., Коробко Ю. Є. ГОСТРИЙ АПЕНДИЦИТ – НЕВИРШЕНА ПРОБЛЕМА СУЧАСНОСТІ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).....	31
Кошова А. О., Боброва В. І., Кошова Г. О. РОЛЬ ОМЕГА-3 ПОЛІНЕНАСИЧЕНИХ ЖИРНИХ КИСЛОТ У ФОРМУВАННІ ЗАХИСНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ОРГАНІВ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ У ДІТЕЙ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП.....	33
Кьокер М. М. ТЕСТУВАННЯ НА ЧУТЛИВІСТЬ ДО ХІМІОТЕРАПІЇ.....	37
Леонов А. В. ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ГЕРАТРИЧНИХ ХВОРИХ З ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИМИ ВЕНТРАЛЬНИМИ ГРИЖАМИ.....	39
Черкасов В. Г., Дзевульская И. В., Маликов А. В. НЕКОТОРЫЕ ВАРИАНТЫ СТРОЕНИЯ И АНОМАЛИИ СКЕЛЕТА ТУЛОВИЩА, ИХ КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ.....	46
Паньків М. В. ДИНАМІКА НАРОСТАННЯ МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН СТРУКТУРНИХ КОМПОНЕНТІВ МІЖХРЕБЦЕВОГО ДИСКУ НАПРИКІНЦІ ДВАДЦЯТЬ ПЕРШОЇ ТА ДВАДЦЯТЬ ВОСЬМОЇ ДІБ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ОПОЇДНОГО ВПЛИВУ.....	50
Сикал І. М., Кандиба Л. І., Снопкова Л. В., Ольховська В. М. ЗАПАЛЬНІ ПУХЛИНИ ПРИДАТКІВ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ.....	56
Сикал І. М., Кандиба Л. І., Ольховська В. М., Сикал О. О. ЛОННЕ ЗЧЛЕНУВАННЯ ПРИ ВАГІТНОСТІ ТА ПІД ЧАС ПОЛОГІВ.....	59
Синяченко Т. Ю., Палій М. И., Верзилова С. Ф., Потапов Ю. А., Пилипенко В. В., Алиева Т. Ю. СОВРЕМЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	62
Ткач Ю. І. СУЧАСНА ЦИТОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА НЕХОДЖКІНСЬКИХ ЛІМФОМ ПРИ ПЕРВИННІЙ МЕДИЧНІЙ ДОПОМОЗІ.....	66
Токар П. Ю., Бабій Н. В. ДОБРОЯКІСНІ ПРОЛІФЕРАТИВНІ ПРОЦЕСИ В МІОМЕТРІЇ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ.....	74

Худзій С. С., Кокоруж М. В., Вороняк М. І., Новак В. Л. НЕГАТИВНА РЕГУЛЯЦІЯ JAK/STAT СИГНАЛІЗАЦІЇ SOCS-БІЛКАМИ.....	77
Юр'сва Л. М. ГЕМОДИНАМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МАТЕРИНСЬКО-ПЛОДОВИХ ВЗАЄМВІДНОСИН НА ТЛІ НИЗЬКОЇ ПЛАЦЕНТАЦІЇ.....	80

Коноплицький В. С.

*доктор медичних наук, професор,
професор кафедри дитячої хірургії*

Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова

Коробко Ю. Є.

аспірант кафедри дитячої хірургії

Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова

ГОСТРИЙ АПЕНДИЦИТ – НЕВИРІШЕНА ПРОБЛЕМА СУЧАСНОСТІ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Анотація: Гострий апендицит – одне з найбільш частих захворювань органів черевної порожнини. Висока захворюваність, незадовільні наслідки лікування та значна кількість ускладнень у дітей потребують більш детального вивчення даної патології. Провівши ґрунтовний огляд літератури, були отримані дані про те, що найбільш часто гострий апендицит спостерігається у віці 6, 11 та 25 років. Гендерна різниця зумовлена причинними факторами, одним із яких є повна кореляція із екскрецією статевих гормонів, особливо естрогену, концентрація якого різко збільшується у віці 5–7 років, складаючи однакові величини у хлопчиків та дівчат. У дівчат та хлопчиків приблизно до 10–11 років кількість статевих гормонів дещо зменшується, а з 10–11 у дівчат та 12–13 років у хлопчиків знову збільшується із досягненням максимального значення з 20 до 30 років. При гострому апендициті кількість естрогенів у дівчат збільшується в більшій ступені, ніж у хлопчиків. Зміни аналогічного характеру притаманні по відношенню до андрогенів, фолікулостимулюючого та лютеїнізуючого гормонів, сироваткового кортизолу [3; 4; 6]. **Висновки.** Підводячи підсумок, слід зазначити, що і до сьогодні в багатьох випадках клінічна симптоматика залишається основою діагностичних заходів, а високі показники марних операцій та значний відсоток ускладнених форм гострого апендициту свідчать про неточність існуючих методів діагностики. Тому є необхідність у пошуку нових, більш доказових, методів діагностики такого поширеного захворювання як гострий апендицит з метою вибору оптимального метода лікування.

Анотация: Острый аппендицит – одно из самых частых заболеваний органов брюшной полости. Высокая заболеваемость, неудовлетворительные результаты лечения и значительное количество осложнений у детей требуют более скрупулезного изучения данной патологии. Проведя подробный обзор литературы, были получены следующие результаты, которые свидетельствуют о том, что наиболее часто острый аппендицит наблюдается в возрасте 6, 11 и 25 лет. Гендерная разница обусловлена причинными факторами, одним из которых является полная корреляция с экскрецией половых гормонов, особенно эстрогена, концентрация которого резко увеличивается в возрасте 5–7 лет, составляя одинаковые величины у мальчиков и девочек. У девочек и мальчиков примерно в 10–11 лет количество половых гормонов несколько уменьшается, а с 10–11 у девушек и 12–13 лет у мальчиков снова увеличивается с достижением максимального значения 20–30 лет. При остром аппендиците количество эстрогенов у девочек увеличивается в большей степени, чем у мальчиков. Изменения аналогичного характера присущи по отношению к андрогенам, лютеинизирующему гормону, сывороточному кортизолу [3; 4; 6]. **Выводы.** Подводя итог следует отметить, что и до сих пор во многих случаях клиническая симптоматика есть основой диагностических мероприятий, а высокие показатели неоправданных операций и значительный процент осложненных острого аппендицита свидетельствуют о неточности существующих методов диагностики. Поэтому есть необходимость в поиске новых, более доказательных, методов диагностики такого распространенного заболевания как острый аппендицит с целью выбора оптимального метода лечения.

Summary: Acute appendicitis is one of the most frequent illnesses of organs of abdominal cavity. There is a high frequency of sick, unsuccessful results of treatment, and a significant number of complications will require a greater amount of greater investigation of this pathology. Having done an investigation of the literature, we obtain the following results. The most frequent acute appendicitis occurs at 6, 11 and 25 years of age. Gender difference is formed by causal factors. One of the main reasons is the correlation of hormones, especially estrogen, the concentration of which grows rapidly in 5–7 years (equally for boys and girls). In girls and boys, the number of sex hormones decreases slightly by about 10 to 11 years of age, and from 10 to 11 years in girls and 12 to 13 years in boys it increases again, reaching a maximum value of 20 to 30 years of age. In case of severe appendicitis, the number of estrogens among the girls grows up in a larger step, not among the boys. Changes of a similar nature are inherent in relation to androgens, follicle-stimulating and luteinizing hormones, serum cortisol. In acute appendicitis, the amount of estrogen in girls increases to a greater extent than in boys. Changes of a similar nature are inherent in relation to androgens, follicle-stimulating and luteinizing hormones, serum cortisol [3; 4; 6]. **Conclusions.** Summing up, it should be noted that until today in many cases clinical symptoms remain the basis of diagnostic measures, and high rates of futile surgery and a significant percentage of complicated forms of acute appendicitis indicate the inaccuracy of existing diagnostic methods. Therefore, there is a need to find new, more evidence-based methods of diagnosing such a common disease as acute appendicitis in order to select the optimal method of treatment.

Актуальність. Гострий апендицит у дітей залишається найбільш розповсюдженим гострим хірургічним захворюванням органів черевної порожнини. Загалом деструктивними формами гострого апендициту протягом життя хворіють близько 5–7% представників європейської популяції [1].

В історичному аспекті анатомія та морфологічна будова апендикулярного відростка була добре відома вже у XVIII ст. Були відсутні уявлення про

його функцію у запальних процесах черевної порожнини, а перші повідомлення про запалення сліпої кишки та паратифліт як про нові захворювання з'явилися лише в XIX ст. [9].

Першим задокументованим випадком апендектомії в дитячому віці вважається операція, яку виконав британський хірург французького походження К. Ам'янд (Claudius Amyand) 6 грудня 1735 р. Втручання було проведено без знеболення в 11-річ-

ного пацієнта з пахово-калітковою килою, вмістом якої був складений вдвоє перфорований металевою булавкою апендикс. Відросток разом із стороннім предметом був видалений, а кила яка містить апендикс, з того часу стала носила назву кили Ам'янда. Пацієнт після ушивання кили одужав [10].

Матеріали і методи (огляд літератури). Щорічно в США виконують близько 250 000 апендектомій у дітей, з яких лише 60000–80000 в спеціалізованих дитячих стаціонарах, частіше у віці 6–10 років. Хлопчики хворіють частіше ніж дівчата, у співвідношенні 3:2. Серед всіх оперованих дітей перфоративний апендицит зустрічається приблизно в 1/3 випадків [5]. Ризик розвитку гострого апендициту зберігається у 7% дівчат та у 9% хлопчиків, а з віком серед 23,1% жінок та 12,0% чоловіків, при цьому перфоративні форми можуть складати від 20,0% до 74,0%, а у дітей молодшої вікової групи і більше [8].

Протягом 80-х років ХХ століття у Радянському Союзі кількість апендектомій щорічно складала 400 – 500 на 100 000 населення. З того часу ці показники мають стійку тенденцію до свого зниження. Так, за узагальнюючими даними, в період з 2003 по 2009 рр. середня кількість апендектомій в Росії складала 203,7, в Білорусії – 242,9 та в Україні – 207,0 на 100 000 населення [2].

Без сумніву, первинна захворюваність гострого апендициту не може розглядатись у якості стабільної величини, вона прямо залежить від різних демографічних, міграційних, соціальних, медичних, культурологічних, поведінкових, загальноосвітніх та інших причин. З великим відсотком вірогідності, важливим в цьому переліку є відмінності раціону серед різних верств населення. Так, в останній чверті ХХ століття, у Великій Британії захворюваність на гострий апендицит серед мало-забезпечених мешканців була значно нижчою, що розцінювалось за рахунок низького рівня вмісту в харчовому раціоні тваринних білків [2].

Не зважаючи на вагомості досягнення сучасної медицини останніх десятиліть, кількість ускладнених форм гострого апендициту спостерігається на рівні 26,4% від кількості оперованих апендицитів вцілому, а кількість «даремних» (гістологічно не підтверджених) апендектомій в 8,8% спостережень, при чому ці показники вищі у дівчат старших 10 років [3].

Піки збільшення частоти гострого апендициту, які спостерігаються в 6, 11 та 25 років, гендерна різниця зумовлені причинними факторами, одним із яких є повна кореляція із ескрецією статевих гормонів, особливо естрогену, концентрація якого різко збільшується у віці 5–7 років, складаючи однакові величини у хлопчиків та дівчат, потім дещо сповільнюється і знову збільшується у дівчат до 10–11, а у хлопчиків до 12–13 рокам, із досягненням максимального значення з 20 до 30 років. При гострому апендициті кількість естрогенів у дівчат збільшується в більшій ступені, ніж у хлопців. Зміни аналогічного характеру притаманні по відношенню до андрогенів, фолікулоstimулюючого та лютеїнізуючого гормонів, сироваткового кортизолу [3; 4; 6].

Деякими авторами зазначено зростання частоти гострого апендициту в середині місячного циклу, що співпадає із збільшенням ескреції естрогенів, які в сучасній літературі розглядаються в якості підсилювачів клітинної проліферації та гуморальної імунної реакції. Враховуючи даний факт, існує думка, що гормони виступають в якості одного із тригерів об'ємного збільшення епітеліальної та лімфоїдної тканин апендикса. Беручи до уваги те, що у дітей абсолютний рівень статевих гормонів нижчий, ніж у дорослих, їх вплив на розвиток гострого апендициту зумовлений не абсолютною концентрацією, а різким підйомом ескреції [3; 7].

Висновки. Підводячи підсумок даного розділу слід зазначити, що і до сьогодні в багатьох випадках клінічна симптоматика залишається основою діагностичних заходів, а високі показники марних операцій та значний відсоток ускладнених форм гострого апендициту свідчать про недосконалість існуючих методів діагностики.

Найважливішим напрямком покращення лікувально-діагностичного процесу гострого апендициту є пошук специфічних методів діагностики, які були б простими у використанні, низькоартістичними та мали максимальну інформативність. Також важливою ланкою в цьому процесі є проведення санітарно-просвітницької роботи серед населення, в тому числі, за допомогою засобів масової інформації та соціальних мереж щодо причин абдомінального болю.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Кригер А.Г. Острый аппендицит / А.Г. Кригер, А.В. Федоров, А.К. Вознесенский, А.Ф. Дронов. – Медпрактика-М, 2002. – 244 с.
2. Лобанков В.М. Острый аппендицит: к вопросу о тенденциях заболеваемости / В.М. Лобанков, И.И. Дитрих // Медицинский алфавит. – 2014. – № 6. – С. 23–25.
3. Левин М.Д. К патогенезу острого аппендицита. Неспецифическая реакция пищеварительного тракта на острое воспаление в брюшной полости / М.Д. Левин // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2016. – Вып. 132. № 8. – С. 76–74.
4. Zachariah S.K. Management of acute abdomen in pregnancy: current perspectives / S.K. Zachariah, M. Fenn, K. Jacob [et al.] // International Journal of Women's Health. – 2019. – Vol. 11. – P. 119–134.
5. Erikci V.S. Pediatric appendicitis and its management: a review article / V.S. Erikci // Review Article. – 2017. – Vol. 2. – P. 1–6.
6. Sultan Ch. Pediatric and adolescent gynecology / Ch. Sultan. – Karger, Basel, 2012. – 396 p.
7. Gámiz M.G. Prognostic value MR-proadrenomedullin appendicitis in pediatric population / M. G. Gámiz, C. Puertas, C. Bohigas [et al.] // Clinical chemistry. – 2016. – Vol. 62. № 10. – S. 188.
8. Howell E.C. Perforation risk in pediatric appendicitis: assessment and management / E.C. Howell, E.D. Dubina, S.L. Lee // Pediatric Health, Medicine and Therapeutics. – 2018. – № 9. – P. 135–145.
9. Birnbaum B.A. Wilson S.R. (2000). Appendicitis at the millennium. Radiology. 215: 337–348.
10. Sovtsov SA. (2016). Letopis chastnoy hirurgii Chast. Appenditsit Monografiya. – Chelyabinsk: 199.