

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ДЗ «ЗАПОРІЗЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ  
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ МОЗ УКРАЇНИ»



# ТЕЗИ ЗА МАТЕРІАЛАМИ

ХІІІ ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ  
КОНФЕРЕНЦІЇ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ  
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ

# АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

15 листопада 2019 року

м. Запоріжжя

Міністерство охорони здоров'я України

Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України»

## **ТЕЗИ ЗА МАТЕРІАЛАМИ:**

**ХІІІ ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ  
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ  
МОЛОДИХ ВЧЕНИХ  
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ  
КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ»**

*15 листопада 2019 року*

**Запоріжжя**

**2019**

УДК 61 (063)

А 43

**Редакційна колегія:**

**ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР – О.С. Никоненко**, академік НАМНУ, член-кореспондент НАН України, д. мед. н., професор, Лауреат державної премії України в галузі науки і техніки, Заслужений діяч науки і техніки України, ректор ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України».

**ЗАСТУПНИКИ ГОЛОВНОГО РЕДАКТОРА:**

**-С.Д. Шаповал**, д. мед. н., професор, перший проректор ДЗ «ЗМАПО МОЗ України».

**-І.М. Фуштей**, д. мед. н., професор, проректор з наукової роботи ДЗ «ЗМАПО МОЗ України».

**ВІДПОВІДАЛЬНИЙ СЕКРЕТАР:**

**-О.О. Токаренко**, к. мед. н., голова Ради молодих вчених.

**Члени редколегії:** Н.О. Скороходова, д. мед. н., доцент;

В.Б. Мартинюк, к. мед. н., доцент;

В.П. Медведєв, к. мед. н., доцент;

В.Б. Козлов, к. мед. н., доцент.

Тези за матеріалами: XIII Всеукраїнської науково-практичної конференції «Актуальні питання клінічної медицини» (15 листопада 2019 р. м. Запоріжжя, 2019. - 115 с.

**Відповідальність за вірогідність фактів, цитат, прізвищ, імен та інших даних несуть автори. У тезах збережено авторське подання матеріалів.**

атрофічний гастрит та поліпоз кишечника виявлені у 65,04% дітей із залізодефіцитною анемією. Дисбактеріоз супроводжував вищезазначені анемії у 51,7% підлітків. Порушення оваріально-менструального циклу зустрічалися як чинник анемії у 46 пацієнток. Таким чином, виявлено, що в структурі чинників анемії у підлітковому віці на перше місце виходять саме органічне ураження та функціональні порушення шлунково-кишкового тракту, що посилюються прийомом шкідливих продуктів харчування та зміною дієти підлітків, нав'язаних мас-медіа та фешн-культурою.

## **НЕУСТОЙЧИВОСТЬ ГОМЕОСТАЗА КАЛИЯ ПРИ ТЯЖЁЛОМ ДИАБЕТИЧЕСКОМ КЕТОАЦИДОЗЕ**

*П.С. Андреев, Хамза Уадгири, В.В. Пустовая.*

*ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного  
образования МЗ Украины»*

*Кафедра анестезиологии и интенсивной терапии,*

*ГЗ «Запорожский государственный медицинский университет МЗ  
Украины».*

**Актуальность проблемы.** Гипергликемия, гиперкалиемия, гипокалиемия в составе комплекса водно-электролитных расстройств и кетоацидоз, являются тяжёлыми метаболическими синдромами нарушения ресурсообеспечения диабетической кетоацидотической комы.

**Цель:** Оптимизация методов коррекции гипергликемии, гипер- и гипокалиемии при декомпенсированном диабетическом кетоацидозе.

**Материалы и методы:** Нерандомизированное обсервационное исследование 84 случаев тяжёлого декомпенсированного диабетического кетоацидоза за последние 8 лет в отделении ИТ ЗОКЭД. Пациенты разделены на 3 группы: 1-ая группа - пациенты, с гипердинамическим типом кровообращения и гемоконцентрацией: АД > 150/100, Нб > 150 г/л, Нт > 0,48 % , К+ (пл) > 5,5 ммоль/л, Na+ (пл) > 150 ммоль/л, плазменная гликемия превышала > 24 ммоль/л. 2-ая группа - пациенты, у которых регистрировали нормодинамическое состояние: АД > 120/70 - 150/90 < мм рт.ст., Нб =120 - 160 г/л , Нт = 0,4 - 0,5 % , К+ (пл) = 4,2- 5,5 ммоль/л, Na + (пл) = 145 - 150 ммоль/л, плазменная гликемия не превышала 24 ммоль/л. 3-я группа - пациенты, где наблюдали гиподинамическое состояние кровообращения: АД < 120/70 мм рт. ст., Нб < 120 г/л, Нт < 0,35 % , К+

(пл) = 3,6 - 4,2 ммоль/л, Na + (пл) = 135 - 145 ммоль/л, плазменная гликемия колебалась в пределах 10 - 20 ммоль/л. После стартового болюса инсулина 0,1 ед/кг массы, поддерживающая доза составляла 4 - 5 ед/час. Скорость снижения гипергликемии не превышала 2 ммоль/л/час, а при уровне глюкозы в плазме 15-17 ммоль/л, скорость введения инсулина снижали до 2 - 3 ед/час. Хлорид калия не вводили при олигурии менее 30,0 мл/час. Дозу хлорида калия для введения подбирали :

- при K<sup>+</sup> (пл) < 3 ммоль/л, доза хлорида калия равна 3 г/час.
- при K<sup>+</sup> (пл) = 3 - 4 ммоль/л, доза хлорида калия равна 2 г/час.
- при K<sup>+</sup> (пл) = 4 - 5 ммоль/л, доза хлорида калия равна 1,5 г/час.
- при K<sup>+</sup> (пл) = 5 - 6 ммоль/л, доза хлорида калия равна 1 г/час.
- при K<sup>+</sup> (пл) > 6 ммоль/л, хлорид калия не вводили.

**Выводы:** Инсулинотерапия в комплексе с базисной регидратационной терапией и гемодилюцией, коррекция гомеостаза калия, позволили добиться отсутствия летальности у больных с декомпенсированным диабетическим кетоацидозом.

## **КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД ПЛАСТИКИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ НЕВАСКУЛЯРИЗОВАНИМИ РЕБЕРНИМИ АУТОТРАНСПЛАНТАТАМИ.**

*Н.Г. Бараннік, О.О. Мосейко, К.П. Волчихіна*

*ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ  
України»*

*Кафедра хірургічної та терапевтичної стоматології*

**Вступ.** При комплексному лікуванні остеомієліту, некрозу, доброякісних та злоякісних новоутворень, тяжких травм нижньої щелепи, коли ділянка кістки не підлягає відновленню, актуальним стає питання про заміщення дефекту та відновлення цілісності та функції ураженого органу шляхом реконструктивних операцій.

**Мета дослідження.** Оцінка ефективності реконструктивних кістково-пластичних операцій з пересадженими реберними невакуляризованими аутоотрансплантатами при усуненні дефектів нижньої щелепи власною методикою.

**Матеріали та методи.** Проведений ретроспективний аналіз 41 історії хвороби пацієнтів, які проходили оперативне лікування з приводу заміщення придбаних кісткових дефектів нижньої щелепи за допомогою реберних вільних аутоотрансплантатів на базі клініки щелепно-лицевої хірургії на протязі 2003 – 2018 років.

**ДЗ «ЗАПОРІЗЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ  
ОСВІТИ МОЗ УКРАЇНИ»**

**47. НЕУСТОЙЧИВОСТЬ ГОМЕОСТАЗА КАЛІЯ  
ПРИТЯЖЁЛОМ ДИАБЕТИЧЕСКОМ КЕТОАЦИДОЗЕ**

*Андреев П.С., Хамза Уадгири, Пустовая.В.В. .... 79*

**48. КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД ПЛАСТИКИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ  
НЕВАСКУЛЯРИЗОВАНИМИ РЕБЕРНИМИ  
АУТОТРАНСПЛАНТАТАМИ.**

*Бараннік Н.Г., Мосейко О.О., Волчихіна К.П. .... 80*

**49. МОНІТОРИНГ ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ ТА С –  
РЕАКТИВНОГО ПРОТЕЇНУ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ З  
КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ПІД ВПЛИВОМ  
ЛІКУВАННЯ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ.**

*Бондар М.В. .... 81*

**50. ПОКАЗАННЯ І МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ  
РЕТРОПЕРИТОНЕСКОПІЧНОГО ДОСТУПУ ПРИ  
УРОЛОГІЧНІЙ ПАТОЛОГІІ**

*Варвашеня М. В., Люлько О.О. .... 83*

**51. РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ ГІПЕРТОНІЧНИХ КРИЗІВ У  
ЗАГАЛЬНІЙ ПОПУЛЯЦІІ ПРОМИСЛОВОГО МІСТА  
УКРАЇНИ ЗА 2017-2018 РОКИ**

*Голдовський Б.М., Лелюк Д.І. .... 84*

**52. КОНЦЕНТРАЦІИ ГЛЮКОЗЫ КРОВИ И  
КАТЕХОЛАМИНОВ МОЧИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ  
ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ПРИ РЕГИОНАРНОЙ  
АНЕСТЕЗИИ.**

*Гриценко С.Н., Филимонов Р.В., Андреев С.И., Корогод С.Н.,  
Семёнова Т.А., Пустовая В.В. .... 86*

**53. ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ  
ОДНОСТОРОННЕЙ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ  
ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У БОЛЬНЫХ С  
СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.**

*Гриценко С.Н., Филимонов Р.В. Андреев С.И. Корогод С.Н., Семёнова  
Т.А., Пустовая В.В. .... 87*