

**Організація наукових медичних досліджень
«Salutem»**

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ

**МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«МЕДИЦИНА ХХІ СТОЛІТТЯ:
ПЕРСПЕКТИВНІ ТА ПРІОРИТЕТНІ
НАПРЯМИ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ»**

24–25 липня 2020 р.

Дніпро
2020

УДК 61«20»:001.8(063)
М42

М42 Медицина XXI століття: перспективні та пріоритетні напрями наукових досліджень: Збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції (м. Дніпро, 24–25 липня 2020 р.). – Дніпро : Організація наукових медичних досліджень «Salutem», 2020. – 120 с.

У збірнику представлені матеріали міжнародної науково-практичної конференції **«Медицина XXI століття: перспективні та пріоритетні напрями наукових досліджень»**. Розглядаються загальні проблеми клінічної та профілактичної медицини, питання фармацевтичної науки та інше.

Призначений для науковців, практиків, викладачів, аспірантів і студентів медичної, фармацевтичної та ветеринарної спеціальностей, а також для широкого кола читачів.

Усі матеріали подаються в авторській редакції.

УДК 61«20»:001.8(063)

© Організація наукових медичних досліджень «Salutem», 2020

ЗМІСТ

НАПРЯМ 1. ТЕОРЕТИЧНА МЕДИЦИНА: СУЧАСНІ ПРІОРИТЕТИ РОЗВИТКУ

МОДЕРНІЗАЦІЯ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ – ШЛЯХ
ДО ФОРМУВАННЯ ФАХОВИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ
Неділько Р. В., Жубрид М. Т. 6

ЗМІНИ ЕКСКРЕТОРНОЇ ФУНКЦІЇ НИРОК НА ТЛІ
ПРОФІЛАКТИЧНОГО ВВЕДЕННЯ ЦЕРУЛОПЛАЗМІНУ ЗА УМОВ
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПОШКОДЖЕННЯ НИРОК
Унгурян Т. М. 11

НАПРЯМ 2. КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА: СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ

ПЕРЕДЧАСНИЙ РОЗРИВ ПЛОДОВИХ ОБОЛОНОК, ОДНА
З АКТУАЛЬНИХ ПРОБЛЕМ СУЧАСНОГО АКУШЕРСТВА
Бабій Н. В. 14

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ГІПЕРТИРЕОЗУ
У ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-ТЕРАПЕВТА
**Бардах Л. Б., Афендікова Г. П.,
Харченко Т. П., Волкова Г. В. 17**

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП
ДЛЯ ВСКРЫТИЯ АБСЦЕССА ДУГЛОСОВА ПРОСТРАНСТВА
Капшигарь А. В. 19

ВИПАДОК СИНДРОМУ НЕЧУТЛИВОСТІ
ДО АНДРОГЕНІВ У ДИТИНИ
Ластівка І. В., Гончар Р. І., Крещу Т. М. 25

МЕТИЛМАЛОНОВА АЦИДУРІЯ У ДІТЕЙ:
МЕДИКО-ГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ
Ластівка І. В., Комар А. В. 31

АДЕНТІЯ В СКЛАДІ ГЕНЕТИЧНИХ ХВОРОБ ТА СИНДРОМІВ
Ластівка І. В., Солонар Я. Л. 37

ДОЦІЛЬНІСТЬ ПРИЗНАЧЕННЯ РОСЛИННИХ
УРОАНТИСЕПТИКІВ У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ
Лукашевич І. В., Черновська Н. В. 43

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП ДЛЯ ВСКРЫТИЯ АБСЦЕССА ДУГЛОСОВА ПРОСТРАНСТВА

КАПШИТАРЬ А. В.

*доктор медицинских наук, профессор,
профессор кафедры хирургии и анестезиологии
факультета последипломного образования
Запорожский государственный медицинский университет
г. Запорожье, Украина*

Дугласово пространство располагается у мужчин между передней стенкой прямой кишки и мочевым пузырём, у женщин - между передней стенкой прямой кишки и задней стенкой влагалища [2, с. 209; 9, с. 215; 10, с. 400]. По сборной статистике частота абсцессов дугласова пространства (АДП) колеблется от 0,01 до 4,9% [1; 6, с. 191]. Различают первичные и вторичные АДП [9, с. 36].

Первичные АДП наиболее часто образуются вследствие осложнённого течения острого аппендицита при тазовой локализации червеобразного отростка, воспалительных и травматических повреждениях органов малого таза, травматических разрушениях костей таза, которые осложняются остеомиелитом [6, с. 191; 9, с. 36]. Вторичные АДП или затёчные абсцессы развиваются как осложнения течения хирургических заболеваний и травматических повреждений органов брюшной полости либо осложнения после хирургических вмешательств [6, с. 191; 7, с. 188; 9, с. 36]. Согласно публикациям в периодической печати наиболее частыми вторичными АДП являются острый аппендицит и аппендэктомия, перфорации и различные операции на желудочно-кишечном тракте, забытые инородные тела, остаточные гнойники после санации разлитого гнойного перитонита [6, с. 191; 7, с. 188; 9, с. 36-37].

АДП редко спонтанно вскрываются в брюшную полость, мочевой пузырь, прямую кишку, влагалище, фаллопиеву трубу [1; 6, с. 191]. Для АДП характерным является хорошая их способность к отграничению от свободной брюшной полости и более благоприятное течение в отличие от других абсцессов брюшной полости [4, с. 215; 9, с. 37]. Диагностика АДП основывается на клинических данных, пальцевом обследовании прямой кишки, результатах лабораторных анализов, выполняемых в динамике [3, с. 559; 5, с. 77].

Лечение АДП оперативное и альтернативы ему нет [3, с. 559; 5, с. 77; 9, с. 39]. Для их вскрытия и дренирования предложены следующие оперативные доступы: лапаротомный, промежностный, ишио-ректальный, копчиково-промежностный и пресакральный [3, с. 559; 8, с. 499; 9, с. 38]. Однако наиболее широкую популярность в клинической практике приобрёл оперативный доступ через переднюю стенку прямой кишки, предложенный Book в 1861 году [9, с. 38]. Также возможно дренировать АДП у женщин путём задней кольпотомии [5, с. 77; 9, с. 400].

Цель исследования: показать возможности видеолапароскопического оперативного доступа для вскрытия абсцесса дугласова пространства при условии диагностики его первопричины, исключающей необходимость хирургической коррекции.

Материал и методы. В многолетней клинической практике кафедры общей хирургии и последипломного хирургического образования, которая расположена на базе КНП «Городской больницы экстренной и скорой медицинской помощи» пациенты с АДП встречаются нечасто. У большинства больных они имеют место уже на этапе госпитализации в хирургическую клинику либо образуются в процессе лечения как осложнение после выполненных оперативных вмешательств на органах брюшной полости и малого таза. Приводим одно из собственных клинических наблюдений, где после определения первопричины АДП был вскрыт и дренирован с помощью видеолапароскопического доступа.

Больная Ш., 45 лет, № истории болезни 4309, поступила в хирургическое отделение с Центром желудочно-кишечных кровотечений 25.03.2020 г. в 21:50 с жалобами на боли в нижних отделах живота, более выражены справа.

Анамнез заболевания. 25.03.2020 г. в 17:00 без видимой причины возникли резкие боли в правой подвздошной области. Состояние не улучшалось, в связи с чем вызвала скорую медицинскую помощь и с диагнозом острый аппендицит транспортирована в хирургическую клинику. Ранее ничем не болела.

Общий статус. Общее состояние средней тяжести из-за боли в животе. Пульс 90 уд/мин. ЧДД 17. Температура тела 37,1° С. АД 130/80 мм.рт.ст. Рост 160 см. Вес 45 кг.

Локальный статус. Язык сухой, обложенный белым налётом. Живот умеренно равномерно увеличен, при пальпации мягкий, болезненный в гипогастрии, больше в правой подвздошной области.

Симптомы Щёткина, Воскресенского положительные. Перистальтика кишечника удовлетворительная. Притуплений в отлогих местах брюшной полости нет. Поколачивания в поясничных

областях безболезненны. При пальцевом исследовании прямой кишки выявлена умеренная болезненность передней стенки. Газы отходят. Стул и диурез не нарушены.

Выставлен диагноз при первичном клиническом обследовании «Апоплексия правого яичника? Разрыв кисты правого яичника? Острый аппендицит? Перитонит».

Результаты. Предварительно были выполнены дополнительные методы исследования для уточнения диагноза. В общем анализе крови Hb 127 г/л, Eг 3,96x10¹² /л, L 12,2x10⁹ /л. Лейкоцитарная формула: палочкоядерные нейтрофилы 12%, сегментоядерные 72%, лимфоциты 11%, моноциты 5%. СОЭ 6 мм/час. Во время обзорной рентгенографии грудной и брюшной полостей и УЗИ патологических изменений не обнаружено. Консультирована гинекологом, острая и хроническая гинекологическая патология были исключены.

Для исключения опасного динамического наблюдения за больной, окончательного уточнения диагноза и определения возможности выполнения видеолaparоскопической операции 26.03.2020 г. в 1:45 под тотальной внутривенной анестезией с ИВЛ выполнена видеолaparоскопия. Первый троакар диаметром 10 мм введен выше пупка в брюшную полость, затем CO₂ и видеокамера. Остальные два троакара также введены в брюшную полость, из них второй троакар диаметром 5 мм - в точке Goetre и третий троакар диаметром 10 мм - в точке McBurney.

При панорамном и прицельном осмотре в правом боковом канале и полости малого таза выявлено 100,0 мл гнойно-геморрагического выпота, который аспирирован. Червеобразный отросток 6x1,5 см, обычной окраски, мягкий, субсерозные сосуды не расширены, располагался медиальнее слепой кишки. Тазовая брюшина была гиперемирована, отёчная, субсерозные сосуды инъецированы. Матка увеличена в 3 раза. Правая маточная труба в плоскостных спайках, фиксирована к матке. Правый яичник не изменён и визуализирован после рассечения спаек с помощью коагуляционного крючка. С трудом отделён фиксированный

большой сальник от матки и левой половины дугласова пространства. Рассекая спайки в полости малого таза слева, вскрыт абсцесс дугласова пространства. Из его полости эвакуировано 50 мл гноя. Выполнен посев на флору и чувствительность к антибиотикам. Полость абсцесса промыта раствором хлоргексидина и дренирована через контраптертуру в левой подвздошной области 2 полихлорвиниловыми дренажами. Левый яичник и маточную трубу визуализировать не удалось. Из брюшной полости удалены видеокамера, манипуляторы, CO₂, троакары. Швы на раны. Диагноз после операции Левосторонний пиоовариум. Абсцесс дугласова пространства, спонтанно вскрывшийся в полость малого таза и свободную брюшную полость. Местный гнойный перитонит».

После оперативного вмешательства в отделении анестезиологии с койками интенсивной терапии проведено консервативное лечение: реосорбилант, стерофундин, глюкоза 10% с инсулином, хлористый калий, сернокислая магнезия, деклофан анион, метресса, эфмерин, проксиум, веносан, бетоксон, парацетамол, L-лизин, метаклопрамид, биорзин рифт, фуросемид. В состоянии средней тяжести 27.03.2020 больная переведена в палату хирургического отделения с Центром желудочно-кишечных кровотечений для дальнейшего лечения.

Послеоперационное малотравматичное хирургическое лечение гладкое. Многокомпонентная консервативная терапия коррегирована при активном участии врача гинеколога. Восстановлена функция желудочно-кишечного тракта, кардио-респираторной и других систем организма. Пациентка активизирована спустя 6 часов после выполненной операции. Дренажи из полости абсцесса дугласова пространства удалены на 12 сутки. Швы сняты на 4 сутки - наступило заживление ран первичным натяжением. В удовлетворительном состоянии больная выписана из хирургической клиники на 14 сутки лечения для его окончания у гинеколога поликлиники.

Данное клиническое наблюдение показывает сочетание высоких возможностей видеолапароскопии в диагностике абсцесса

дугласова пространства, спонтанно вскрывшегося в свободную полость малого таза и брюшную полость и его причины - левостороннего пиоовариума с трансформацией метода в хирургическое малотравматичное лечебное вмешательство по санации и дренированию абсцесса дугласова пространства, санации перитонита.

Выводы:

1. Абсцесс дугласова пространства не является частой патологией в хирургической практике.

2. Видеолапароскопия позволяет установить источник абсцесса дугласова пространства и оценить возможности вариантов его дренирования.

3. Исключив необходимость хирургической коррекции со стороны органов брюшной полости и малого таза, малотравматичным эффективным методом дренирования абсцесса малого таза является видеолапароскопический оперативный доступ.

Использованная литература:

1. Абсцессы дугласова пространства [Электронный ресурс]. — Режим доступа: Studfile.net/preview/1564214/page:35/
2. Астапенко В.Г. Избранные разделы частной хирургии / В.Г. Астапенко. - Минск: Беларусь, 1976. - 328 с.
3. Гинекология: Национальное руководство / Под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савольевой, И.Б. Мапухина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1088 с.
4. Колесов В.И. Клиника и лечение острого аппендицита / В.И. Колесов. - Ленинград: Медицина, 1972. - 344 с.
5. Кривицкий Д.И. Послеоперационные абсцессы брюшной полости / Д.И. Кривицкий, Н.Г. Поляков, В.И. Мамчич. - Киев: «Здоровья», 1990. - 120 с.
6. Пронін В.О. Патологія червоподібного відростка та апендектомія / В.О. Пронін, В.В. Бойко. - Х: СІМ, 2007. - 271 с.
7. Седов В.М. Острый аппендицит / В.М. Седов. - СПб.: «Санкт-Петербургское медицинское издательство», 2002. - 232 с.

8. Хирургия острого живота / Под ред. Г.И. Синенченко,
А.А. Курыгина, С.Ф. Багненко. - СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2009. - 512 с.
9. Чухриенко Д.П. Внутрибрюшные абсцессы и флегмоны /
Д.П. Чухриенко, Я.С. Березницкий. - К.: «Здоровья», 1977. - 136 с.
10. Шалимов А. А. Хирургия пищеварительного тракта /
А.А. Шалимов, В.Ф. Саенко. - К.: Здоров'я, 1987. - 568 с.