

**Міністерство охорони здоров'я України
Полтавський державний медичний університет
Наукове товариство анатомів, гістологів,
ембріологів та топографоанатомів України**



ЗБІРКА ТЕЗ ТА СТАТТЕЙ
науково-практичної інтернет-конференції
з міжнародною участю

**СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ВИВЧЕННЯ
МЕДИКО-ЕКОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ**



ПОЛТАВА
19-20 жовтня 2023 року

Редакційна колегія:

Вячеслав ЖДАН – головний редактор

Галина ЄРОШЕНКО – заступник головного редактора

Наталія УЛАНОВСЬКА-ЦИБА – відповідальний редактор

Матеріали науково-практичної інтернет-конференції з міжнародною участю «СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ВИВЧЕННЯ МЕДИКО-ЕКОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ». – Полтава: ТОВ НВП «Укрпромторгсервіс», 2023. – 207 с.

ПОРІВНЯННЯ РІЗНИХ ВИДІВ АНАСТОМОЗІВ ВИКОРИСТОВУВАНИХ У НЕВІДКЛАДНІЙ ЧЕРЕВНОЇ ХІРУРГІЇ

Для попередження розвитку внутрішньочеревних ускладнень після екстрених резекцій кишки, які виконуються на фоні перитоніту та гострої кишкової непрохідності, проводять ряд заходів. Ці заходи поділяються на тактичні та технічні аспекти. Одним з тактично важливих питань є вибір типу анастомозу. У хірургічній практиці можуть виконуватися конфігурації кишкового анастомозу «кінець в кінець», «кінець у бік» і «бік у бік». Незважаючи на те, що тип анастомозу може вплинути на післяопераційні результати, суперечливо, яка техніка анастомозу є більш підходящою для невідкладних хірургічних процедур, не існує загальноприйнятого стандартного підходу до невідкладних операцій, а вибір анастомозу в основному залежить від уподобань хірургів. . Одні автори рекомендують кишкові анастомози «кінець в кінець», деякі — «бік у бік», інші — «кінець у бік». Вибрана техніка анастомозу відіграє у результаті резекцій кишечника. Однак серед хірургів немає єдиної думки щодо вибору техніки анастомозу. Щоб зробити свій внесок у вирішення цієї проблеми, ми провели клінічне дослідження, в якому взяли участь 576 пацієнтів. З них 332 пацієнти були основною групою під нашим особистим спостереженням, а 244 результати досліджувалися ретроспективно. У 118 (48,36 %) із 244 хворих групи порівняння були пухлини кишечника, ускладнені гострою кишковою непрохідністю та перитонітом, а 126 (51,64 %) проведено оперативне втручання з діагнозом кишкова непрохідність та непухлинний перитоніт. походження. Ми порівняли результати накладання анастомозів «кінець у кінець» та «бік у бік», виконаних в екстрених операціях. Як в основній, так і в контрольній групі, анастомози «бік у бік» мали найкращі результати. Це може пояснюватися посттравматичним набряком, що звужує анастомоз, відпрепарування стінок кишечника від їх брижі не менше ніж на 1,5-2 см і взяттям у шов прямих інтрамуральних артерій, розташованих поблизу лінії шва в анастомозах за методом «кінець в кінець». При виконанні бокової техніки, на відміну від наскрізних анастомозів, немає необхідності проводити мобілізацію кишкових петель, не відбувається порушення мікроциркуляції по лінії анастомозу, зменшується площа некрозу краю слизової оболонки, а також В результаті регенерація анастомозу не порушується, загоєння відбувається первинно і займає менше часу. При бокових анастомозах напрямок швів паралельний інтрамуральним судинам, тому в «лігатуру» шва захоплюється менша кількість

судин, що призводить до збереження артеріального кровопостачання ділянки анастомозу. Незалежно від різниці в діаметрі просвіту між аферентною та еферентною петлями, немає проблем для відповідного наближення ідентичних тканин у анастомозах збоку в бік. Цей стан значно позитивно впливає на регенерацію анастомозів. І широко визнано, що більший калібр лінії анастомозу в бокових анастомозах сприяє зниженню частоти загальних післяопераційних ускладнень, включаючи анастомозний стеноз і анастомозне витікання, знижує частоту повторних операцій.

Акімов О.Є.

Полтавський державний медичний університет, м Полтава, Україна

**ВПЛИВ СТИМУЛЯЦІЇ ОРГАНІЗМУ БАКТЕРІАЛЬНИМ
ЛІПОПОЛІСАХАРИДОМ НА РОЗВИТОК ОКСИДАТИВНО-
НІТРОЗАТИВНОГО СТРЕСУ У СКЕЛЕТНІЙ М'ЯЗОВІЙ ТКАНИНІ ЗА
УМОВ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ**

Метаболічний синдром є неінфекційною пандемією, яка виникла внаслідок розвитку суспільно-економічних відносин, покращення калорійного наповнення та доступності харчових продуктів у розвинутих країнах Європи та Америки. Метаболічний синдром супроводжується розвитком системних запальних змін у організмі низької, а іноді навіть високої, інтенсивності. Разом із тим, не виключеним є потрапляння до системного кровообігу бактеріальних ендотоксинів внаслідок інфекційних захворювань за умов метаболічного синдрому. На даний час наукова література наводить обмежену кількість даних щодо синергічного чи антагоністичного впливу стимуляції організму бактеріальним ліпополісахаридом та метаболічного синдрому на розвиток оксидативно-нітрозативного стресу.

Метою даної роботи є вивчення одночасного впливу стимуляції організму бактеріальним ліпополісахаридом та метаболічного синдрому на продукцію активних форм кисню та азоту, активність антиоксидантних ферментів та інтенсивність перекисного окиснення ліпідів у двоголовому м'язі стегна щурів. Дослідження проведено на 12 статевозрілих щурах-самцях лінії «Вістар» масою 200-260 г. Тварини були розділені на 2 групи по 6 тварин у кожній. Перша група – контрольна. Тварини другої групи отримували 20% розчин фруктози у якості єдиного джерела питної води для моделювання метаболічного синдрому (Mamikutty N., 2014), та ін'єкцію бактеріального ліпополісахариду *S. typhi* за схемою Єлінської А.М. для стимуляції організму бактеріальним ліпополісахаридом (Єлінська А.М., 2019). У 10% гомогенаті двоголового м'язу

Зміст

Агаєв Е.К., Ісмаїлова З.Е., Гасанов А.Б., Ісрафілова С.Б. ПОРІВНЯННЯ РІЗНИХ ВИДІВ АНАСТОМОЗІВ ВИКОРИСТОВУВАНИХ У НЕВІДКЛАДНІЙ ЧЕРЕВНОЇ ХІРУРГІЇ	4
Акімов О.Є. ВПЛИВ СТИМУЛЯЦІЇ ОРГАНІЗМУ БАКТЕРІАЛЬНИМ ЛІПОПОЛІСАХАРИДОМ НА РОЗВИТОК ОКСИДАТИВНО- НІТРОЗАТИВНОГО СТРЕСУ У СКЕЛЕТНІЙ М'ЯЗОВІЙ ТКАНИНІ ЗА УМОВ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ	5
Багіров І.М. ВПЛИВ РЕНТГЕНІВСЬКИХ ПРОМІНЬ НА МЕТАБОЛІЗМ ПЕЧІНКИ	6
Балаєва Ш.М., Султанова М.Дж., Джафарзаде Н.Дж. ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ДИТЯЧОГО І ПІДЛІТКОВОГО НАСЕЛЕННЯ АЗЕРБАЙДЖАНА	8
Бауман С.С., Шешукова О.В., Труфанова В.П., Мосієнко А.С., Казакова К.С., Падалка А.І., Поліщук Т.В. ПРОГНОЗУВАННЯ ВПЛИВУ ХРОНІЧНОГО ГАСТРОДУОДЕНІТУ НА ВИНИКНЕННЯ ЗАПАЛЕННЯ ПАРОДОНТУ У ДІТЕЙ	10
Баштан В. П., Чорнобай А.В., Муковоз О. Є., Гагал О.В., Яковенко Л.Д. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ТА НЮАНСИ ВИКЛАДАННЯ ПРЕДМЕТІВ МЕДИЧНОГО ПРОФІЛЮ ЗДОБУВАЧАМ ВИЩОЇ ОСВІТИ	11
Білаш С.М., Проніна О.М., Коптев М.М., Пирог-Заказникова А.В., Білаш В.П., Кононов Б.С., Донченко С.В., Олексієнко В.В., Олійніченко Я.О. ПЛАНУВАННЯ І ОПТИМІЗАЦІЯ РОЗПОДІЛУ РОБОЧОГО ЧАСУ ВИКЛАДАЧІВ КАФЕДР МОРФОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ	13
Білаш С.М., Проніна О.М., Коптев М.М., Пирог-Заказникова А.В., Кононов Б.С., Донченко С.В., Олексієнко В.В., Олійніченко Я.О. МЕТОДИЧНИЙ СУПРОВІД ОСВІТНЬО-ПРОФЕСІЙНИХ ПРОГРАМ ЯК ВАЖЛИВА СКЛАДОВА НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ	17
Білаш В.П., Свінцицька Н.Л., Білаш С.М., Лисаченко О.Д., Біланов О.С. КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ МАЙБУТНЬОГО МЕДИКА ТА ЙОГО ПРОФЕСІЙНО-ЕТИЧНОЇ КУЛЬТУРИ	21
Бичко М.В. ФОРМУВАННЯ ЕКОЛОГІЧНОЇ КУЛЬТУРИ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ ПІД ЧАС ВИВЧЕННЯ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ «БЕЗПЕКА ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ; ОСНОВИ БІОЕТИКИ ТА БІОБЕЗПЕКИ»	25
Бойченко О.М., Мошель Т. М., Крутікова А. Д. ЗАЛЕЖНІСТЬ СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ВІД ХАРЧОВИХ ЗВИЧОК ПАЦІЄНТІВ	27