

**Громадська організація
«Львівська медична спільнота»**

ЗБІРНИК ТЕЗ НАУКОВИХ РОБІТ

**УЧАСНИКІВ МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ РОЗВИТКУ
МЕДИЧНИХ НАУК У ХХІ СТ.»**

30-31 травня 2014 р.

**Львів
2014**

ББК 5я43
УДК 61(063)
А 43

А 43 **«Актуальні питання розвитку медичних наук У ХХІ ст.».**
Збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м. Львів, 30-31 травня 2014 року): – Львів: ГО «Львівська медична спільнота», 2014. – 120 с.

У збірнику представлені матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні питання розвитку медичних наук у ХХІ ст.».

Усі матеріали подаються в авторській редакції.

ББК 5я43
УДК 61(063)

© Автори статей, 2014
© Львівська медична спільнота, 2014

ЗМІСТ

НАПРЯМ 1. КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

Артемов А. В. ТРАНСПЛАНТАЦИОННОЕ ДОНОРСТВО С ПОЗИЦИИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ЧАСТНОГО И ПУБЛИЧНОГО ПРАВА	7
Гришина Е. И., Бабинец О. М., Менкус Е. В. СОДЕРЖАНИЕ ЦИТОКИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	10
Диева Т. В., Лабунец В. А. ЗАВИСИМОСТЬ ВЕЛИЧИНЫ УСЛОВНЫХ ЕДИНИЦ ТРУДА СТОМАТОЛОГА ОРТОПЕДА ОТ ОБЪЕМА И СТРУКТУРЫ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ	11
Менкус Е. В., Бабинец О. М., Иванченко Ж. Б. ПОКАЗАТЕЛИ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	12
Боднарюк О. І., Андрієць О. А., Шльомей А. Р. АСПЕКТИ РОЗВИТКУ САЛЬПІНГООФОРИТИВ У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ.....	14
Бородай И. С., Липко О. П. ПРИВЫЧНОЕ НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ: ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ	18
Веремєєнко Р. А., Маєтний Є. М., Хмель В. В. БІОЛОГІЧНЕ ЗВАРЮВАННЯ ТКАНИН В АЛГОРИТМІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ	20
Веремєєнко Р. А., Маєтний Є. М., Хмель В. В. УЛЬТРАЗВУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ В АЛГОРИТМІ НАДАННЯ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ЛЕГЕНЬ	22
Кобза І. І., Верхола М. Р., Терлецький І. Р. ДОСВІД ТА ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ВАКУУМ-АСИСТОВАНОЇ ТЕРАПІЇ (ВАТ) У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ РАН.....	23
Годованець О. І. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ УСКЛАДНЕНЬ КАРІЕСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ ПРИ ТИРЕОПАТОЛОГІЇ	24
Колібаба С. В., Обезюк В. С., Семеняк А. В. ПРИЧИНИ ПОЗАМАТКОВОЇ ВАГІТНОСТІ.....	26
Опанасенко М. С., Демус Р. С., Клименко В. І. СТРУКТУРА І ЧАСТОТА ДВОБІЧНИХ ПЛЕВРАЛЬНИХ ВИПОТІВ.....	29
Дынный А. А., Щербина И. Н. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА.....	30

часто зустрічаються (туберкульозний, неспецифічний, онкологічний, кардіогенний) з метою виявлення можливих диференційно-діагностичних критеріїв.

Результати і обговорення. Серед пацієнтів з ДПВ у 10 (13,2 %) був діагностований туберкульозний випіт, у 23 (30,3 %) – неспецифічний випіт, у 22 (28,9%) – онкологічне враження плеври і у 21 (27,6 %) – кардіогенний ДПВ. Отже завдяки морфологічному дослідженню біоптатів плеври кардіогенний ДПВ діагностується у третини випадків. Раніше вважалось, що всі ДПВ мають кардіогенну природу.

Серед пацієнтів з ДПВ розподіл по статевій ознаці в загальній групі був наступним: чоловіків було 41 49 (64,5 %), жінок – 27 (35,5 %). Таким чином в загальній групі переважали чоловіки.

Серед пацієнтів з ДПВ в загальній групі розподіл по віковій ознаці був наступним: до 30 років 3 (3,9 %) пацієнти, від 30 до 50 років 21 (27,6 %), більше 50 років 52 (68,5 %) відповідно.

В групі туберкульозного ДПВ найбільше хворих віком до 50 років 62,5 %, тоді як в групі онкологічного і кардіогенного ДПВ значно переважали хворі старше 50 років – відповідно 20 (90,9 %) і 17 (80,9 %) спостережень.

Висновки:

1. ДПВ діагностуються рідше однобічних;
2. ДПВ найчастіше діагностуються у пацієнтів старше 50 років;
3. Не у всіх пацієнтів з ДПВ діагностується кардіогенна природа захворювання (як вважалось), а тільки в третини випадків;
4. Етіологія ДПВ у пацієнтів до 50 років здебільшого запального характеру, а після 50 років – кардіогенного і онкологічного генезу;
5. Пацієнти з ДПВ знаходяться у більш важкому стані і обтяжені супутньою патологією, тому для морфологічної верифікації найчастіше використовується закрыта трансторакальна біопсія парієтальної плеври.

Дынник А. А.

кандидат медицинских наук

Щербина И. Н.

доктор медицинских наук, профессор

Харьковский национальный медицинский университет

г. Харьков, Украина

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

В последнее десятилетие все больше внимания уделяется вопросам избыточного веса и тучности. Удельный вес таких больных с каждым годом увеличивается [1, с. 28-32; 2, с. 146; 3 с. 62-67]. Это давно стало проблемой во многих странах мира, т.к. хорошо известно, что избыточная масса тела является факто-

ром риска развития сахарного диабета, артериальной гипертензии, раннего атеросклероза, репродуктивных нарушений это касается как взрослых, так и подростков [4, с. 49-58; 5, с. 152-157; 6, с. 27-30; 7, с. 73-79].

Внимание исследователей привлекали и вопросы, касающиеся нарушений менструальной функции при изменении массы тела. В частности при анорексии *pervosa*, подробно описан синдром склерокистозных яичников при избыточной массе тела. Однако мы не встретили в доступной нам литературе указаний на своеобразии течения аномальных маточных кровотечений пубертатного периода (АМК III) на фоне разной массы тела. Обычно описывание физического и полового развития девочек с АМК III (одного из самых тяжелых эндокриннозависимых заболеваний в ювенильном возрасте) ограничиваются общими сведениями о частоте встречаемости тех или иным отклонений при данной патологии [8, с. 157-171; 9, с. 46-50].

Целью нашего исследования явилось изучение влияния морфофункциональных особенностей на течение аномальных маточных кровотечений.

Было обследовано 156 девочки с АМК III в возрасте 11-17 лет.

Всем больных определяли росто-весовые показатели, индекс массы тела (ИМТ) в зависимости от выявленных морфофункциональных особенностей организма описывалась клиническая характеристика и гормональный профиль больных.

При оценке физического развития выяснилось, что почти у части пациенток отмечались нарушения со стороны массы тела. Дефицит ее регистрировался у 30 больных – I группа (ИМТ составил $16,6 \text{ кг/м}^2$), у 54 – избыточная масса тела II группа (ИМТ $25,9 \text{ кг/м}^2$). У остальных – III группа (72 девочки) росто-весовые показатели находились в пределах нормативных значений (ИМТ $19,7 \text{ кг/м}^2$).

Структура АМК III имела свои особенности в выделенных группах. Так, у девочек с избыточной и недостаточной массой тела достоверно чаще регистрировались впервые выявленные кровотечения. У подростков с нормативными ее значениями как впервые выявленные, так и рецидивы кровотечений регистрировались с одинаковой частотой. Скорее всего это связано с тем, что у девочек с избыточной и недостаточной массой тела в дальнейшем формируются другие нарушения менструальной функции (такие как олигоменорея и вторичная аменорея).

При изучении особенностей полового созревания были выявлены разные уровни полового развития, которые не всегда коррелировали с паспортным возрастом. Сравнительная характеристика полового развития в выделенных группах выявила, что среди 11-13 летних подростков с избыточной массой тела в 2 раза чаще регистрировалось его опережение, чем у больных с физиологическими параметрами (57,1% против 30% соответственно, $p < 0,001$). У пациенток с дефицитом массы тела опережение полового созревание не отмечалось. Наоборот, у них достоверно чаще выявлялось отставание полового развития (11,5% против 1,2% в II гр. и 2,9% во III гр.; $p < 0,001$).

Это вполне вписывается в общеизвестные данные о том, что половое развитие зависит от накопления жировой ткани, т.к. жировая ткань имеет высокую активность фермента ароматазы, который участвует в синтезе эстрогенов из андрогенов и находится в печени и в жировых отложениях.

Изучение среднего возраста менархе выявило, что достоверно меньшим он был у девочек с избыточной массой тела ($11,9 \pm 0,13$) лет, наибольшим – при её дефиците – $13,5 \pm 0,19$ лет, у девочек с физиологической массой тела соответствовал популяционным данным – $12,9 \pm 0,11$ лет.

Для девочек с избыточной массой тела характерным было отсутствие позднего менархе и достоверное увеличение подростков с ранним менархе до 11 лет (21,4 %; $p < 0,01$). При дефиците массы тела наблюдалась обратная зависимость – преобладали девочки с поздним менархе (после 15 лет – 11,5 %; $p < 0,001$), а раннее диагностировались в единичных случаях.

Различные проявления андрогенной дерматопии (гирсутизм, жировая себорея, аспеае vulg, стрии) встречались у 24,6% подростков с АМК, что в 2-4 раза чаще, чем в популяции и не имели различий среди обследованных девочек во всех трех группах. Определение «костного» возраста выявило, что для пациентов с избыточной массой тела было характерным отсутствие отставания костного возраст и достоверное увеличение его опережения. У девочек с дефицитом массы тела достоверно чаще, чем у других регистрировалось отставание костного возраста ($p < 0,001$).

Анализ появления первых нарушений менструальной функции установил, что у каждой второй девочки всех трех групп они начинались с менархе. Однако следует отметить, что у подростков с избыточной массой тела эти расстройства возникали или с менархе или через 3 и более лет после появления 1 менструации, в отличие от остальных, у которых нарушения менструальной функции (НМФ) в основном проявлялись с менархе или в первый год становления функции.

Характер нарушений менструальной функции до кровотечения был различным – у девочек с недостаточной массой тела в 1,7-2,3 раза чаще, чем у других встречались гипер-поли-пройоменорея, ($p < 0,001$), у подростков с физиологической массой тела (III гр.) и её избытке (II гр.) в половине случаев первому кровотечению предшествовал нормальный менструальный цикл (41,5 и 51,9% соответственно).

Проведение УЗИ органов малого таза установило, что более чем у половины девочек II и III групп отмечалось увеличение размеров матки и яичников. У подростков с дефицитом массы тела, наоборот более чем в половине случаев размеры матки соответствовали нормативным значениям. У каждой третьей девочки всех трех групп отмечалось наличие увеличенного внутриматочного «М-эхо» (I гр. – 35,7%, II гр. – 48,0%, III– 35,6%). Лоцирование персистирующих фолликулов или кист яичников наиболее часто регистрировалось у больных с избыточной массой тела (29,6% против 13,0% в I гр. и 19,0% в III гр.) Совпадение наличия фолликулярных кист и увеличенного внутриматочного «М-эхо» в 2,5 раза чаще наблюдалось у этих же девочек.

Выводы

1. Для девочек с избыточной массой тела характерно отсутствие задержки полового развития и увеличение количества девочек с его опережением, достоверное повышение удельного веса подростков с ранним менархе и отсутствие с поздним, появление любых НМФ с менархе или на 3 году менструальной функции. Более чем у половины больных отмечается увеличение размеров матки,

почти у трети больных наличие персистирующих фолликулов или кист, что значительно чаще, чем у других девочек.

2. Для подростков с дефицитом массы тела более характерной является задержка полового развития, значительное увеличение количества девочек с поздним менархе (каждая 10), возникновение НМФ с менархе или в первый год становления функции, нормативные значения размеров матки при УЗИ.

3. Больные с нормальной массой тела не имеют существенных различий в половом развитии с контрольной выборкой школьниц аналогичного возраста.

Средний возраст появления менархе также не отличался от контроля, однако раннее менархе и различные проявления андрогенной дерматии у них регистрируются значительно чаще чем в популяции. Различные НМФ чаще возникают в первый год становления менструальной функции.

Все эти особенности не могут не сказываться на эффективности гемостатической терапии. Т.е. только при оценке физического развития можно уже, в какой-то мере, прогнозировать эффективность терапии АМК III.

Список литературы:

1. Ожирение в подростковом возрасте. Результаты российского эпидемиологического исследования / И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, С.А. Бутрова, Л.В. Савельева // *Терапевт. арх.* – 2007. – Т. 79, №10. – С. 28-32.
2. Бессесен Д.Г. Избыточный вес и ожирение. Профилактика, диагностика и лечение / Д.Г. Бессесен, Р. Кушнир. – М.: ЗАО «Издательство БИНОТ», 2004. – 240 с.
3. Коколина В.Ф. Полнота и плодовитость / В.Ф. Коколина // *Репродуктивное здоровье детей и подростков.* – 2007. – №6. – С. 62-67.
4. Татарчук Т.Ф. Жировая ткань и репродуктивная система женщины / Т.Ф. Татарчук, Н.В. Косей, И.Ю. Ганжий // *Репродуктивное здоровье женщины.* – 2008. – № 5. – С. 49-58.
5. Стан репродуктивного здоров'я дівчат та дівчат-підлітків України / Т.Ф. Татарчук, Л.В.Калугина, В.М.Коломейчук, Н.Г.Руденко// *Здоровье женщины.* – 2011. – №7. – С. 152-157.
6. Уварова Е.В. Репродуктивное здоровье девочек России в начале XXI века / Е.В. Уварова // *Акушерство и гинекология.* – 2006. – С. 27–30. – (Прил.).
7. Зернюк А.Д. Факторы, влияющие на формирование репродуктивного потенциала современных подростков / А.Д. Зернюк, В.А. Колмык // *Репродуктивное здоровье детей и подростков.* – 2011. – № 5. – С. 73-79.
8. Efthimios Deligeoroglou. Menstrual disturbances in puberty / Deligeoroglou Efthimios // *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology.* – 2010. – Vol.24. – P. 157-171.
9. Вовк І.Б. Своєчасна діагностика і терапія пубертатних маткових кровотеч у дівчаток – запорука репродуктивного здоров'я / І.Б. Вовк, В.Ф. Петербузька // *Нова медицина.* – 2003. – № 5. – С.46-50.

ЗБІРНИК ТЕЗ НАУКОВИХ РОБІТ

**УЧАСНИКІВ МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ РОЗВИТКУ
МЕДИЧНИХ НАУК У ХХІ СТ.»**

30-31 травня 2014 р.

м. Львів

Видавник – ГО «Львівська медична спільнота»

@: nauka@medicinelviv.org.ua W: www.medicinelviv.org.ua T: +38 099 415 06 39

Підписано до друку 06.06.2014 р. Здано до друку 07.06.2014 р.

Формат 60x84/16. Папір офсетний. Друк лазерний. Ум.-друк. арк. 6,98.

Тираж 50 прим. Зам № 0706-14.