

**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

Бородай И. С.
кандидат медицинских наук

Липко О. П.
доктор медицинских наук, профессор
Харьковский национальный медицинский университет
г. Харьков, Украина

ПРИВЫЧНОЕ НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ: ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

В настоящее время в условиях демографического кризиса в Украине остро встает вопрос о предупреждении невынашивания беременности и выхаживании каждого родившегося ребенка [2, с.15]. Среди важнейших проблем практического акушерства, одно из первых мест занимает проблема привычного невынашивания беременности (ПНБ). Вопросам его этиологии, патогенеза, диагностики, терапии и профилактики посвящено большое число исследований, однако, до настоящего времени эта проблема далека от разрешения. Частота этой патологии колеблется от 10 до 20-25% к числу беременностей и не имеет тенденции к снижению [1, с. 33-39; 6, с. 22-25].

Невынашивание беременности приводит к снижению рождаемости и влияет на физическое и психическое здоровье женщин, их семейное благополучие, трудоспособность. Данная патология приводит к высокой перинатальной смертности недоношенных детей, к большим экономическим затратам, связанными с их выхаживанием, а также значительного числа этих детей среди инвалидов с детства и больных с хронической патологией [4, с. 653-655].

Значительный прогресс в последние десятилетия достигнут в разработке системы антенатальной охраны плода, которая подразумевает раннюю диагностику плацентарной недостаточности (ПН) [5, с.124-142]. Однако, терапевтические мероприятия, проводимые в поздние сроки беременности и постнатально, нередко бывают малоэффективными, и у детей остаются те или иные патологические отклонения, которые бывают необратимыми. Поэтому в последние годы сфера научных интересов в перинатальной охране плода сместилась к ранним срокам беременности – к первому триместру. Именно в этот период происходит формирование фетоплацентарной системы, закладка органов и тканей плода, экстраэмбриональных структур и провизорных органов, что в большинстве случаев определяет дальнейшее течение беременности [1, с. 41-48]. Кроме того, в более поздние сроки беременности при возникновении осложнений и наличии у женщины экстрагенитальной патологии, усложняются вопросы диагностики состояния фетоплацентарной системы. Благодаря внедрению высокоинформативных методов исследования, появилась возможность комплексной диагностики нарушений состояния плода с самых ранних сроков, определение их степени тяжести и патогенетических особенностей развития ПН [4, с. 654]. Привычным невынашиванием беременности является самопроизвольное прерывание беременности два раза подряд и более. До 85% выкидышей приходится на долю I триместра беременности (до 13 недель), остальные 15% – прерывание во втором и третьем триместре [2, с.122]. Причины невынашивания беременности чрезвычайно многогранны. К достаточно

хорошо изученной группе причин невынашивания беременности относятся инфекции, передающиеся половым путем, частота выявления которых растет с каждым годом. Внутриутробное инфицирование плода является одной из причин антенатальной, интранатальной и постнатальной гибели плода, и обуславливает значительный процент случаев прерывания беременности как на ранних, так и на более поздних сроках [5, с. 155-161].

Кроме того, частая причина невынашивания беременности – наличие у плода генетических и хромосомных аномалий [1, с. 21-24].

К невынашиванию беременности могут приводить и различные эндокринные проблемы. В частности, такие дисгормональные нарушения, как неполноценность лютеиновой фазы (НЛФ), гиперандрогения, гиперпролактинемия, гипо- и гипертиреоз и др. В настоящее время установлена роль в генезе привычного невынашивания аутоиммунных и тромбофилических нарушений, которые зачастую возникают на фоне уже существующей эндокринной, инфекционной, а также экстрагенитальной патологии [4, с.653-655].

Привычное невынашивание беременности – полиэтиологичное осложнение гестационного процесса, в основе которого лежат нарушения функции репродуктивной системы. Наиболее частыми причинами ПНБ являются: эндокринные нарушения репродуктивной системы; стертые формы дисфункции надпочечников; поражение рецепторного аппарата эндометрия, клинически проявляющиеся в виде недостаточности лютеиновой фазы (НЛФ); хронический эндометрит с персистенцией условно патогенных микроорганизмов и/или вирусов; истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН); пороки развития матки, внутриматочные синехии; АФС и др. аутоиммунные нарушения [6, с.45-58]. При прерывании беременности до 5-6 нед. ведущими причинами являются генетические и иммунологические причины. Особенности кариотипа родителей (транслокации и инверсии хромосом), генетические факторы в структуре причин привычного невынашивания составляют 3—6%. При ранних потерях беременности аномалии кариотипа родителей наблюдаются в 8.8% случаев. Вероятность рождения ребенка с несбалансированными хромосомными аномалиями при наличии в кариотипе одного из родителей сбалансированных хромосомных перестроек составляет 1 – 15% [5, с.37-45].

При привычном прерывании беременности в 7-10 нед ведущими причинами являются гормональные нарушения: недостаточность лютеиновой фазы любого генеза, гиперандрогения за счет нарушения фолликулогенеза, гипоэстрогения на этапе выбора доминантного фолликула, неполноценное развитие или перезревание яйцеклетки, неполноценное формирование желтого тела, неполноценная секреторная трансформация эндометрия. В результате этих нарушений происходят неполноценная инвазия трофобласта и формирование неполноценного хориона. Патология эндометрия, обусловленная гормональными нарушениями, не всегда определяется уровнем гормонов в крови. Может быть нарушен рецепторный аппарат эндометрия, может отсутствовать активация генов рецепторного аппарата [6, с. 140-153].

Вследствие того, что полноценное плацентарное кровообращение зависит от сбалансированного соотношения прокоагулянтных и антикоагулянтных механизмов, наследственные тромбофилии могут приводить не только к развитию

тромбозов во время беременности и в послеродовом периоде, но и к различным плацентарным сосудистым осложнениям, следствием которых может являться нарушение имплантации или развития зародыша. К ним относят замершие беременности, выкидыши I и II триместров беременности, задержку внутриутробного развития плода, преэклампсию, внутриутробную гибель плода, отслойку нормально расположенной плаценты [3, с. 379-385].

Своевременная оценка развития фетоплацентарной системы, начиная с самых ранних сроков гестации, способствует значительному снижению перинатальной заболеваемости и смертности.

Список литературы:

1. Кошелева Н.Г. Невынашивание беременности, этиопатогенез, диагностика и лечение / Н.Г.Кошелева и др. //Учебное пособие.-СПб, 2009.-73 с.
2. Кулаков В.И. Руководство по охране репродуктивного здоровья / В.И. Кулаков, В.Н Серов, Л.В. Адамян и др. М.: «Триада-Х», 2001. – 568 с.
3. Невынашивание беременности и генетически обусловленные тромбофилии / А. П. Момот, В. А. Гурьева, Г. В. Сердюк [и др.] // Вестник Российского университета дружбы народов. – 2009. – № 6. – С. 379–385.
4. Перинатальные исходы при выраженной фетоплацентарной недостаточности / С. С. Лещенко, И. Н. Коротких, О. А. Щербинина [и др.] // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2006. – Т. 5, № 4. – С. 653–655.
5. Радзинский В. Е. Ранние сроки беременности / В. Е. Радзинский, А. А. Оразмурадова, А. П. Милованов. – М.: ООО «Медиабюро Статус презенс», 2009. – 479 с.
6. Сидельникова В. М. Привычная потеря беременности / В. М. Сидельникова. – М.: Триада-Х, 2005. – 303 с.

Веремеснко Р. А.
науковий співробітник

Мастний Є. М.
науковий співробітник

Хмель В. В.
лікар-ординатор

ДУ «Національний інститут фізіотерії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського
Національної академії медичних наук України»
м. Київ, Україна

БІОЛОГІЧНЕ ЗВАРЮВАННЯ ТКАНИН В АЛГОРИТМИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Актуальність. В сучасних умовах, за даними більшості авторів, спостерігається збільшення поширеності мультирезистентних форм туберкульозу. За даними вітчизняних авторів, під хірургічне лікування підпадають 14-15% пацієн-

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.