

**Громадська організація
«Львівська медична спільнота»**

ЗБІРНИК ТЕЗ НАУКОВИХ РОБІТ

**УЧАСНИКІВ МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«НОВЕ У МЕДИЦИНІ
СУЧАСНОГО СВІТУ»**

28-29 листопада 2014 р.

Частина II

**Львів
2014**

Остапещ М. О., Волковой В. А. ДОКЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ БЕЗПЕЧНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ СУХОГО ЕКСТРАКТУ З ТРАВИ ГЕРАНІ БОЛОТНОЇ	88
Пастухова В. А., Лук'янцева Г. В., Краснова С. П. ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ МІТОХОНДРІЙ ЛИТКОВОГО М'ЯЗУ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ТВАРИН ПРИ ФІЗИЧНОМУ НАВАНТАЖЕННІ .	89
Плевинскис П. В. ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ЭКСПЕРТА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРВИЧНЫХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ЖИВЫХ ЛИЦ В СЛУЧАЯХ НАЕЗДА АВТОМОБИЛЯ НА ПЕШЕХОДА	92
Sazonova O. M. AUTONOMIC DISTURBANCES OF CARDIOVASCULAR SYSTEM OF GIRLS: ANTHROPOMETRIC ANALYSIS OF SELECTED PARTIAL DIMENSIONS AND DERMAL-FAT ROLL	95
Сивко А. И., Кириченко И. Н. ИЗУЧЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ВОДОРОСЛИ PLADOPHORA AEGAGROPHILA	97
Shklyar A. S. SOMATOMETRIC INDEX OF BONE MASS AND ITS INTERELLATIONS WITH PHYSICAL DEVELOPMENT OF WOMEN DURING POSTNATAL ONTOGENESIS.....	100
Шкляр А. С., Шаповал О. В. КЛІНІЧНА АНАТОМІЯ В КОМБУСТИОЛОГІЇ: УРАХУВАННЯ АНОМАЛІЙ СОМАТОТИПУ ТА КОМПОНЕНТНОГО СКЛАДУ МАСИ ТІЛА В ІНДИВІДУАЛІЗАЦІЇ ІНФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ	102
Шкляр А. С., Шутов С. В. КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ В ОНКОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ: НОМОГРАММЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТКАНЕВОГО ОБЪЕМА ГРУДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ЕЁ ЛИНЕЙНЫМ ОРГАНОМЕТРИЧЕСКИМ ПАРАМЕТРАМ.....	106
Шурко Н. О., Орлова Л. В., Даниш Т. В. ВІРУСНА БЕЗПЕКА АНТИГЕМОФІЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ	110

Шкляр А. С.
*кандидат медицинских наук,
ассистент кафедры оперативной хирургии
и топографической анатомии*
Харьковский национальный медицинский университет

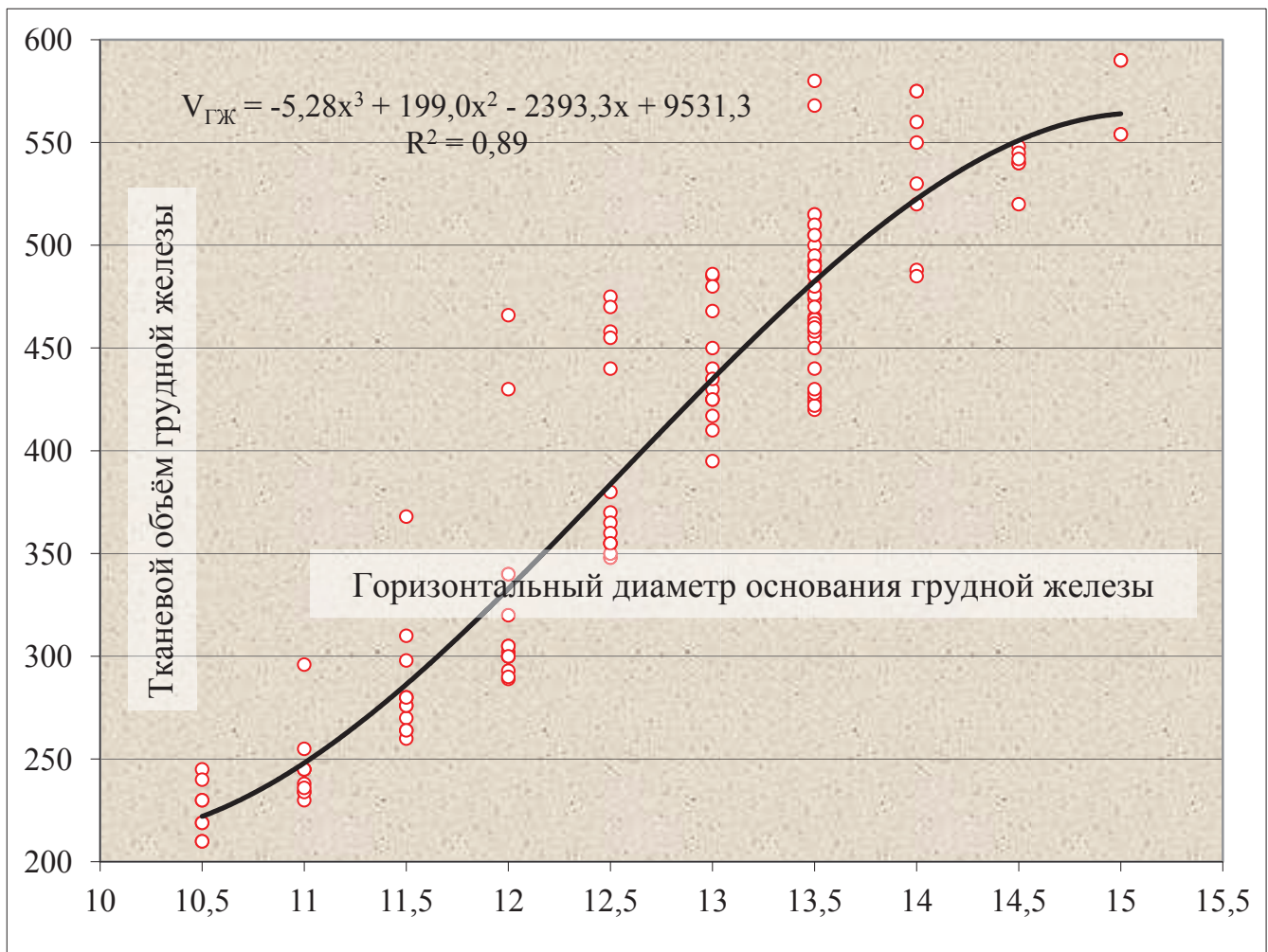
Шутов С. В.
кандидат медицинских наук, научный сотрудник
ГП «Институт медицинской радиологии
Национальной академии медицинских наук Украины»
г. Харьков, Украина

КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ В ОНКОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ: НОМОГРАММЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТКАНЕВОГО ОБЪЁМА ГРУДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ЕЁ ЛИНЕЙНЫМ ОРГАНОМЕТРИЧЕСКИМ ПАРАМЕТРАМ

Существующие до последнего времени подходы к хирургической тактике в отношении больных на рак грудной железы (РГЖ) базируются на выполнении радикальной мастэктомии (РМЭ). При этом основным аргументом в пользу РМЭ является радикализм хирургического вмешательства. Наиболее значимыми факторами, влияющими на хирургическую тактику и объём реконструкции при хирургическом лечении РГЖ, являются стадия процесса, локализация опухоли, объём органа, объём опухоли, размер поля облучения. Эти же факторы способны определять вид (и площадь) резецируемого кожного лоскута. Для решения указанной проблемы, по специально разработанной программе изучены клиничко – органомерические особенности РГЖ в зависимости от его локализации и тканевого объёма ГЖ. Для этого, в условиях клинической и пострезекционной органомерии у 126 больных РГЖ изучена взаимосвязь между горизонтальным диаметром основания ГЖ с её тканевым объёмом. Выявлено, что между указанными органомерическими параметрами ГЖ имеется корреляционная взаимосвязь ($r_{XY}=+0,861$) и зависимость, наиболее адекватно отражаемая полиномом третьей степени (точность статистической модели составляет $R=0,97$).

Выявление указанной взаимозависимости, позволило обосновать разработку номограммы оценки тканевого объёма ГЖ. Разработанный способ позволяет в предоперационном периоде выполнять планирование реконструктивной тактики с учётом объёма опухоли.

Номограмма оценки тканевого объёма ГЖ (рис.4.1) построена таким образом, что её применение позволяет по показателю горизонтального диаметра основания ГЖ (параметр D) или по морфометрическому показателю L (расстояние от края ареолярной области до середины субмаммарной складки; рис.2) определять её объём.



**4-5 страниц с рисунками груди и «выкройками лоскута»
 + фото больной с размеченной грудью после гамма-терапии**

Рис.1. Зависимость (полиномиальная функция – сплошная линия и распределение фактических значений – точки) между диаметром основания (D, см) грудной железы и её тканевым объёмом ($V_{ГЖ}$, см³)

Как показано в табл.1, точность оценки зависит от тканевого объёма ГЖ и используемых параметров. При этом, как установлено по результатам прямой пострезекционной морфометрии (волюмометрии ГЖ), предпочтительным является использование морфометрического параметра L, что обеспечивает точность оценки не менее (98,0÷99,0)%, а при малых (низких) значениях объёма – более 99,0% ($p < 0,05$).

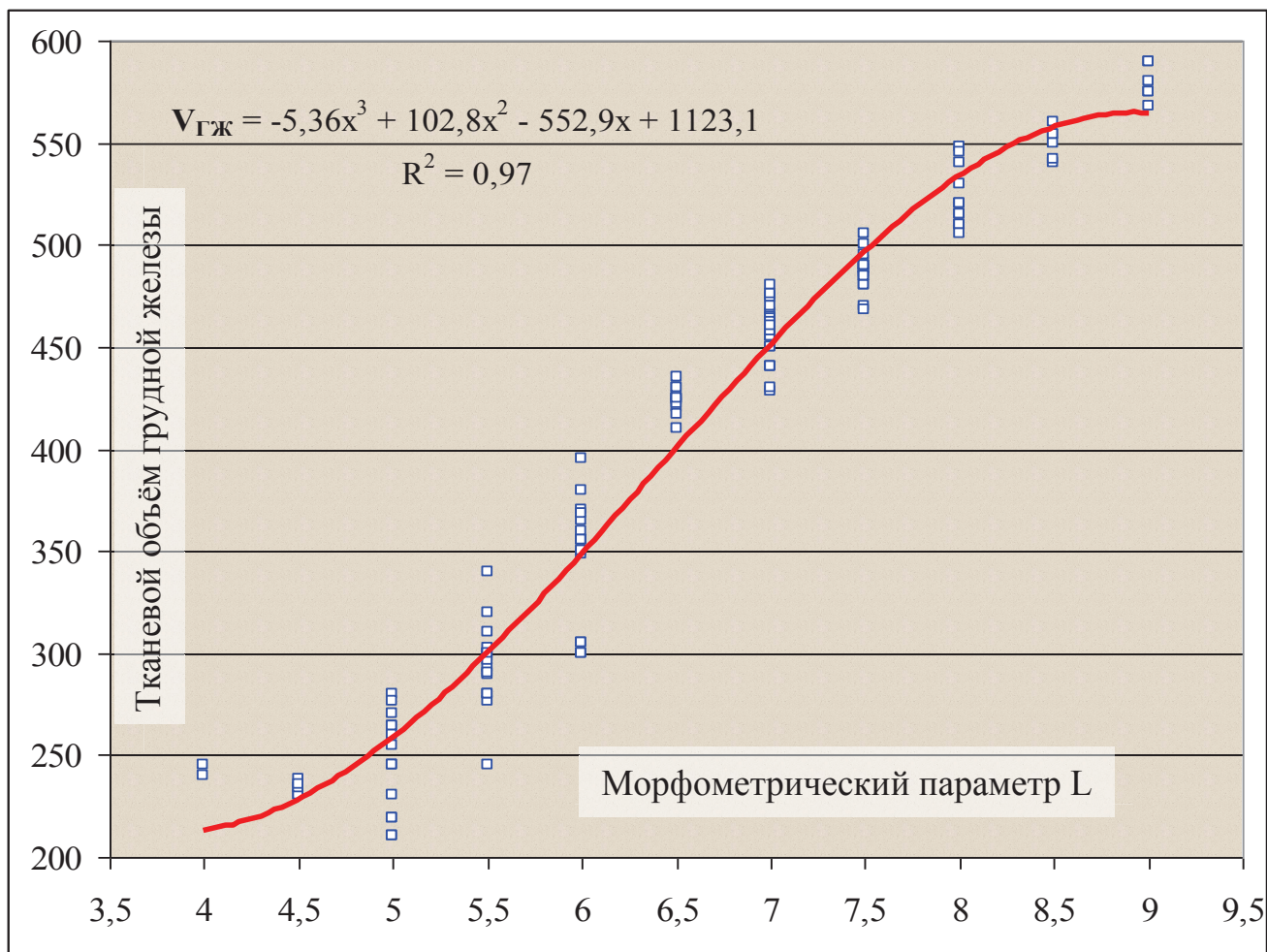


Рис. 2. Зависимость (показательная функция – сплошная линия и распределение фактических значений – точки) между морфометрическим параметром (L, см) грудной железы и её тканевым объёмом ($V_{ГЖ}$, см³)

В номограмме приведены также выявленная клиничко – статистическая зависимость между расстоянием от края ареолярной области до середины субмаммарной складки и общим тканевым объёмом ГЖ. Указанная зависимость позволяет с высокой точностью ($R^2 = 0,97$), в период планирования реконструкции ГЖ определить её тканевой объём по формуле $V_{ГЖ} = 1123,1 - 552,9L + 102,8L^2 - 5,36L^3$, путём подстановки значения морфометрического параметра, получаемого при клинической соматометрии конкретной больной РГЖ.

Поскольку, в хирургическом лечении больных РГЖ важным является не столько абсолютное значение тканевого объёма ГЖ, а важнее относительный объём опухоли по отношению к объёму ГЖ, то нами определены показатели относительного объёма опухоли по клиническим группам больных РГЖ (табл.3.5). По данным клиничко-статистического анализа 126 случаев РГЖ установлено, что средний объём опухоли (по данным УЗИ) колебался в пределах от $(17,7 \pm 1,8)$ см³ до $(41,8 \pm 3,2)$ см³, составляя в среднем $(27,6 \pm 1,5)$ см³.

**Номограмма для определения тканевого объёма грудной железы
по её органомертрическим параметрам**

Тканевой объём грудной железы	Органомертрические параметры ГЖ					
	L			D		
	L _к , мм	±l, %	$V_{ГЖ} = -5,36L^3 + 102,8L^2 - 552,9L + 1123,1$ (см ³); R ² = 0,97	D _к , мм	±d, %	$V_{ГЖ} = -5,28D^3 + 199,0D^2 - 2393,3D + 9531,3$ (см ³); R ² = 0,86
225 см ³	40	±0,30%		100	±3,70%	
250 см ³	45			100		
275 см ³	45	±0,34%		105	±5,36%	
300 см ³	40			110		
325 см ³	45	±0,48%		115	±8,50%	
350 см ³	50			120		
375 см ³	55	±0,55%		125	±11,3%	
400 см ³	55			130		
425 см ³	60	±0,85%		130	±13,8%	
450 см ³	65			135		
475 см ³	65	±1,30%		135	±16,6%	
500 см ³	70			140		
525 см ³	75	±1,56%		140	±18,9%	
550 см ³	80			145		
575 см ³	85	±1,90%	150	±22,3%		
600 см ³	90		155			

**±d – колебания показателя тканевого объёма грудной железы
при соответствующем её морфометрическом параметре; L – расстояние
от края ареолярной области до середины субмаммарной складки;
D – горизонтальный диаметр основания грудной железы**

Показатель тканевого объёма грудной железы среди больных РГЖ составил в среднем (404,2±9,8) см³. Естественно, в каждом конкретном клиническом случае, возникает необходимость оценки возможности выполнения подкожной РМЭ, как в наибольшей мере органосохраняющему вмешательству. Выполненный нами анализ (см. табл. 1) позволил получить обобщённые показатели относительного объёма опухоли с учётом превышающего её наибольший диаметр на 1,0 см (в соответствии со стандартной процедурой облучения) размер поля γ-облучения.

Установлено, что при тканевом объёме ГЖ в пределах до 300,0 см³ (32 пациентки) в большинстве случаев имеет место колебания относительного объёма облучаемой ткани ГЖ (8,3÷22,1)%, а среднее значение данного показателя составляет (11,7±2,3)%. В наибольшей мере относительный объём облучённой ткани имеет место в случае медиальной локализации опухоли С50.3, что можно объяснить более поздней диагностикой опухолей этой локализации и относительно небольшим тканевым объёмом грудной железы.

Таким образом, по результатам проведенных органомертрических и соматометрических исследований разработаны номограммы определения тканевого объёма грудной железы по её линейным органомертрическим параметрам, что позволяет планировать одномоментные реконструктивные вмешательства с учётом индивидуальной анатомической изменчивости органа, размера и топографии РГЖ.