

**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**

Варсан Е. Б. ПЕРСПЕКТИВЫ ВНЕДРЕНИЯ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СБОРЕ ЦИФРОВЫХ ДАННЫХ И ОПЕРАТИВНОМ ОБМЕНЕ ИМИ МЕЖДУ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБОЙ И ДРУГИМИ ВЕДОМСТВАМИ ПРИ МАССОВОЙ ГИБЕЛИ ЛЮДЕЙ	55
Вороняк М. І., Кокоруж М. В., Тераз С. С. АНАЛІЗ ФАКТОРІВ, ЩО НЕГАТИВНО ВПЛИВАЮТЬ НА ПРОХОДЖЕННЯ ПОЛІМЕРАЗНО-ЛАНЦЮГОВОЇ РЕАКЦІЇ (ПЛР)	59
Гаїна Н. І., Закрутько А. О. ВРОДЖЕНІ ВАДИ НИРОК У ЛЮДИНИ	62
Дуденко В. Г., Вдовиченко В. Ю., Куренной В. В. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОСТРАНСТВЕННАЯ ТОПОГРАФИЯ ДИАФРАГМЫ ЧЕЛОВЕКА ПО МАТЕРИАЛАМ СПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ	64
Дульцева Н. А., Даниш Т. В. БІОТЕХНОЛОГІЧНІ МЕТОДИ ОДЕРЖАННЯ ФАКТОРА ЗГОРТАННЯ КРОВІ ІХ.....	67
Томашевська Л. А., Лемешко Л. П., Каземір В. С., Дідик Н. В. ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРОЇ ТОКСИЧНОСТІ ІНСЕКТИЦИДНОГО ЗАСОБУ НА ОСНОВІ СУМІШІ ПІРЕТРОЇДІВ	71
Кривда Р. Г. ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДНК-АНАЛИЗА В ЭКСПЕРТНОЙ ПРАКТИКЕ ОДЕССКОГО ОБЛАСТНОГО БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ СМЕШАННЫХ СЛЕДОВ РАЗЛИЧНОГО БИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ НА ВЕЩЕСТВЕННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬСТВАХ.....	74
Кулянда О. О. ПРООКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНИЙ ГОМЕОСТАЗ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ ПОЛІТРАВМІ ТА ЙОГО КОРЕКЦІЯ ЛІПОФЛАВОНОМ.....	77
Мадич С. Є., Даниш Т. В. ОСНОВНІ ПРОБЛЕМИ ПРОМИСЛОВОГО ОДЕРЖАННЯ ФАКТОРА ЗГОРТАННЯ КРОВІ VII	80
Лєвих А. Е., Жилуок В. І. ВПЛИВ РЕЗВЕРАТРОЛУ ТА ПРОПІЛЕНГЛІКОЛЕВОГО ЕКСТРАКТУ ГОРОБИНИ НА ПОВЕДІНКОВУ АКТИВНІСТЬ ЩУРІВ ЗА УМОВ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ	83
Мойсеєнко Н. М., Лєськів Г. М., Масляк Ю. Т. МОРФОПАТОГЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ВИСОКИХ ДОЗ КОРТИКОСТЕРОЇДІВ ПРИ ТРАВМАТИЧНОМУ ПОШКОДЖЕННІ ЙОГО ОРБІТАЛЬНОЇ ЧАСТИНИ В ЕКСПЕРИМЕНТІ	84

Дуденко В. Г.
*доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой оперативной хирургии
и топографической анатомии*

Вдовиченко В. Ю.
*кандидат медицинских наук,
ассистент кафедры оперативной хирургии
и топографической анатомии*
Харьковский национальный медицинский университет

Куренной В. В.
врач-ординатор, начальник отделения эндоскопической хирургии
Военно-медицинский клинический центр Северного региона
г. Харьков, Украина

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОСТРАНСТВЕННАЯ ТОПОГРАФИЯ ДИАФРАГМЫ ЧЕЛОВЕКА ПО МАТЕРИАЛАМ СПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Современные условия жизни, урбанизация, изменение характера питания, экологические особенности существования городского жителя, гиподинамия приводят к существенным изменениям антропологических характеристик тела человека, и, не в последнюю очередь, его мышечного каркаса. Это касается и диафрагмы человека [3]. По данным разных авторов количество разного рода патологических состояний (диафрагмальные грыжи и др.) в последние несколько десятилетий значительно увеличилось [2]. Естественно, такое увеличение стало возможным и из-за улучшения диагностических возможностей хирургических и терапевтических клиник за счет широкого применения современных высокоинформативных методов исследования – спиральной компьютерной томографии и других [4]. Однако, полностью объяснить такой рост патологии диафрагмы только улучшением диагностики нельзя. В настоящее время многие хирурги приводят данные о том, что 50-70% людей возраста старше 50 лет страдают диафрагмальными грыжами различной степени выраженности [1]. Из этого количества людей многие могут быть излечены консервативными методами лечения, но примерно 20-30% нуждаются в оперативном лечении.

Существует большое количество методов оперативного лечения диафрагмальных грыж. Современные технологии позволяют производить миниинвазивные оперативные вмешательства – лапароскопическим, торакоскопическим и другими доступами. В любом случае метод доступа и оперативного вмешательства должен определяться индивидуально, с учетом всех особенностей патологического процесса, его степени и стадии развития. Такая индивидуализация возможна лишь на основе досконального знания индивидуальной пространственной топографии диафрагмы (если мы говорим о диафрагмальных грыжах). Особенно это важно в случае применения лапароскопических технологий, учитывая малые поля зрения и двумерное

восприятие. К сожалению, исследований посвященных изучению индивидуальной топографии диафрагмы человека практически нет. Все сведения которые есть – это учебники топографической анатомии и единичные анатомические работы на животных.

Целью нашего исследования было установить индивидуальные особенности пространственной топографии диафрагмы человека на основе данных СКТ - исследования с учетом пола, возраста и соматотипа.

Материалом послужили данные 75 пациентов обследованных в последние 2 года по поводу заболеваний различных органов брюшной и грудной полостей. Патологии со стороны диафрагмы не было. Анализ и обработка изображений проводились на рабочей станции «HP-Z820» с применением специализированной программы «Vitrea 2».

По половому признаку наблюдения распределились следующим образом – мужчин было 61, женщин 14. Возраст колебался от 26 до 82 лет, по типу строения выявлены следующие соотношения – мужчины гиперстеники – 35%, нормостеники – 60%, астеники – 15%; у женщин соотношение было следующее 30%, 50% и 20% соответственно. Тип строения тела определяли по индексу Пинье.

Изучали следующие показатели: угол присоединения диафрагмы к грудной стенке по линиям позвоночная – грудинная (ПГ), околопозвоночная – окологрудинная справа (ПВП) и слева (ПВЛ), лопаточная – средняя ключичная справа (СП) и слева (СЛ), задняя подмышечная – передняя подмышечная (АПП) справа и слева (АПЛ) в сагиттальной плоскости и задняя подмышечная – задняя подмышечная слева и справа (ЗП), средняя – средняя подмышечная слева и справа (СП) и передняя подмышечная – передняя подмышечная (ПП) слева и справа во фронтальной плоскости. Численные значения приведенные ниже расположены следующим образом – первое число описывает значение показателя по передней поверхности грудной клетки, второе – по задней (в градусах).

В силу ограниченного объема сообщения мы не будем приводить все полученные данные, ограничимся лишь минимальными и максимальными значениями. Таким образом, минимальное значение ПГ по передней поверхности составило 26,4°, максимальное – 49,9°, по задней поверхности – 9,1° и 28,4° соответственно. Углы присоединения по ПВП составили 54,7°, 66,7°, 17,5° и 80,5° соответственно. Линия ПВЛ дала следующие значения 77,5° и 82,9°, по задней поверхности углы составили 17,1° и 93,1°. Следует отметить, что такое отличие углов присоединения диафрагмы по задней поверхности наблюдается из-за различного расположения аорты в этой области – от левого до передне-правого (относительно позвоночного столба). По линии СП получены такие результаты по передней поверхности грудной клетки – от 30,8° до 69,0° и от 21,5° до 74,5° по задней соответственно. Данные по СЛ значительно отличаются – 71,3° и 74,7° по передней стенке и 24,0° и 75,6° по задней стенке. Результаты измерений АП составили спереди от 33,2° до 57,5° и от 16,8° до 75,5° сзади. Симметричные измерения по СЛ показали значения от 54,3° до 88,7° спереди и от 16,1° до 75,5° сзади.

Измерения углов присоединения диафрагмы к боковым поверхностям грудной клетки во фронтальной плоскости показали следующие результаты. По ЗП справа минимальный угол составил $22,9^\circ$, максимальный – $59,3^\circ$, слева – от $22,7^\circ$ до $65,0^\circ$. По СП справа минимальный угол был $13,8^\circ$, максимальный – $59,3^\circ$, слева – $19,7^\circ$ и $65,0^\circ$ соответственно. Передняя подмышечная линия характеризовалась углами от $18,1^\circ$ и $77,0^\circ$ справа и до $16,0^\circ$ и $70,4^\circ$ слева.

Интересные данные получены при измерении высоты стояния куполов диафрагмы во фронтальной плоскости по средне-ключичной линии. По задне-подмышечной линии справа значения колебались от 12,8 мм до 73,4 мм, слева – от 24,2 мм до 47,5 мм, высота стояния куполов по средне подмышечной линии справа составила от 16,8 мм до 90,4 мм и слева высота колебалась от 25,2 мм до 76,6 мм. По передне-подмышечной линии значения были следующие – справа от 19,4 мм до 109,1 мм и от 7,2 мм до 95,4 мм соответственно. Отмечено, что в ряде случаев высота стояния купола диафрагмы слева была выше таковой справа, что вызвано высоким расположением селезенки. Такая ситуация встретила в наших исследованиях довольно часто – до 30%, подавляющее большинство этих наблюдений составили мужчины.

Статистическая обработка полученных числовых значений методом корреляционного анализа выявила слабую связь (0,25-0,30) между типом строения тела и высотой стояния куполов по всем линиям. Пол и возраст не имели корреляционной связи с большинством изученных показателей, за исключением слабой связи с углом присоединения диафрагмы по лопаточной линии сзади.

Таким образом, анализируя полученные данные можно прийти к выводу, что пространственная топография диафрагмы человека весьма индивидуальна и различается по многим параметрам. Поверхность ее конгруэнтна прилежащим органам грудной и брюшной полостей и изменение их размеров и положения приводит к изменению изученных величин.

Список литературы:

1. Трифонов Е.В. Пневмапсихосоматология человека. Рус.-англ.-рус. энциклопедия, 15-е изд., 2012. URL: <http://www.tryphonov.ru>
2. Adams D.C., Rohlf F.J., and Slice D.E. Geometric Morphometrics: Ten Years of Progress Following the 'Revolution', Ital. J. Zool., 2004, 71, p. 5-16.
3. Ahmad I., Kaukab N., Ikram M., Hussain A. Anatomical Variations of Diaphragmatic Crura. Journal of Rawalpindi Medical College, 2011, 15, 2, 120–122.
4. Hsu-Chong Yeh, Halton K.P., Gray C.E. Anatomic Variations and Abnormalities in the Diaphragm Seen with USI. Radiographics, 1990, 10, 6, 1019-1030