

**Громадська організація
«Львівська медична спільнота»**

**ЗБІРНИК ТЕЗ НАУКОВИХ РОБІТ
УЧАСНИКІВ МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
«СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ
МЕДИЧНОЇ НАУКИ
ТА МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ»**

25-26 грудня 2015 р.

**Львів
2015**

УДК 61(063)
ББК 5я43
С 91

С 91 Сучасні тенденції розвитку медичної науки та медичної практики. Збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м. Львів, 25-26 грудня 2015 року): – Львів: ГО «Львівська медична спільнота», 2015. – 144 с.

У збірнику представлені матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Сучасні тенденції розвитку медичної науки та медичної практики».

Усі матеріали подаються в авторській редакції.

УДК 61(063)
ББК 5я43

Kurinna O. G., Sytnyk K. O., Mora O. S. ROLE OF INTERLEUKIN 15 IN NAFLD DEVELOPMENT	69
Октисюк Ю. В., Матвійків Т. І. ПОШИРЕНІСТЬ ТА ІНТЕНСИВНІСТЬ КАРІЄСУ ТИМЧАСОВИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ РІЗНИХ КЛІМАТО-ГЕОГРАФІЧНИХ ЗОН ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ	70
Павліченко П. П. ЗВ'ЯЗОК ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ФУТБОЛІСТІВ ТА РЕЗУЛЬТАТІВ ТЕСТІВ НА ШВИДКІСНУ ВИТРИВАЛІСТЬ У ПЕРЕДЗМАГАЛЬНИЙ ПЕРІОД ПІДГОТОВКИ.....	71
Плеш І. А., Осипчук Д. К., Антонюк Л. О. НОВІ ФАКТОРИ РИЗИКУ ПРОГРЕСУВАННЯ ХВОРОБИ У ПАЦІЄНТІВ НА ЕГ ІІ СТАДІЇ	75
Ополонська Н. О., Проців М. А., Лук'яненко Н. В. ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ КОМБІНОВАНОГО ПРЕПАРАТУ НА ОСНОВІ МАГНІЮ І ВІТАМІНУ В6 У ХВОРИХ НА НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНУ ДИСТОНІЮ ПО КАРДІАЛЬНОМУ ТИПУ.....	76
Slyvka N. O., Yakubovska Y. B., Zakrutko A. O. EARLY DETECTION OF HEPATORENAL SYNDROME IN LIVER CIRRHOSIS.....	78
Сливка Н. О., Тюленєва О. А., Закрутько А. О. ПРОГНОЗУВАННЯ КОРОТКОСТРОКОВОГО ВИЖИВАННЯ ПРИ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОМУ СИНДРОМІ	80
Старкова И. В., Алексеева С. А., Паращук В. Ю. АЛЬГОДИСМЕНОРЕЯ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ ГИПОКИНЕЗИИ, И ЕЕ КОРРЕКЦИЯ.....	82
Sytnyk K. O., Tverezovska I. I., Kurinna O. G. ATHEROGENESIS PREDICTORS IN PATIENTS WITH NONALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE	84
Шарашидзе К. З., Тверезовская И. И. ДЕРМОИДНАЯ КИСТА В СОВРЕМЕННОЙ ГИНЕКОЛОГИИ	85
Макаренко Г. І., Тер-Тумасова А. Г., Колесник В. Л. ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА РЕЦИДИВІВ ВАГІНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА	88
Sartipi H. N., Tkachenko E. V., Fedotenkova N. N., Khalafalla A. INTERHEMISPHERICAL ASYMMETRY INDIVIDUAL PROFILE AND TEMPERAMENT INFLUENCE ON DENTAL PATHOLOGY	90
Клітинська О. В., Федевич М. О. ОДОНТОГЛІФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОСТІЙНИХ МОЛЯРІВ У ДІТЕЙ ЗАКАРПАТТЯ.	93

В группе контроля, без применения нестероидных противовоспалительных средств, гипокинезия способствовала развитию альгодисменореи, что требовало консультации акушера-гинеколога с последующей коррекцией патологического состояния.

Таким образом, гипокинезия неблагоприятно сказывается на функциональном состоянии репродуктивной системы у девушек-подростков, обуславливая возникновение альгодисменореи. Применение нестероидного противовоспалительного препарата со вспомогательными веществами в совокупности с физическими упражнениями статического типа оказывает положительный эффект и может быть использовано в гинекологической практике.

Список литературы:

1. Prevalence and characteristics of youth sexting: a national study/ D.Finkelhor, L.M.Jones et al.// *Pediatrics*. – 2012. – Vol.129 (1). – P.13-20/
2. Формирование репродуктивного здоровья как основа формирования здоровья нации/ В.В.Симрок, Н.Л.Харламова, Ю.А.Кравцова и соавт.// *Перспективи медицини та біології*. – 2013. – Т.V. – №1. – С.50-54.
3. Чайка Г.В. Сучасний погляд на етіологію первинної альгодисменореї (огляд літератури)/ Г.В.Чайка, Б.О.Ломанчук, О.М.Кучеренко// *Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології*. – 2015. – №2. – С.183-186.

Sytnyk K. O.

MD, PhD, Assistant professor, Department of Internal Medicine № 1

Tverezovska I. I.

*student of 5th year, 1st medical faculty
Kharkiv National Medical University*

Kurinna O. G.

*MD, (researcher at the department of the liver and gastrointestinal tract)
GI «L.T. Mala National Therapy Institute of NAMS of Ukraine»
Kharkiv, Ukraine*

ATHEROGENESIS PREDICTORS IN PATIENTS WITH NONALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE

Objective – to investigate the peculiarities of the visceral obesity and lipid metabolism in patients with NAFLD.

Materials and methods. The study included 100 patients with NAFLD aged 37 – 61 years. The anthropometric parameters, lipid metabolism, epicardial adipose tissue (EAT), the thickness of the carotid artery intima-media complex have been assessed.

Results. The lipid metabolism disorders, increased concentrations of pro-atherogenic lipid fractions have been established; the investigation of EAT showed an increase in the thickness of EAT in NAFLD patients compared to control group (7.0 ± 2.4 and 3.3 ± 2.0 mm, respectively). It has been shown that EAT correlates with the amount of visceral fat in the body but not with body mass index. A positive correlation between EAT and pro-atherogenic lipid fractions in the blood has been defined. The analysis of the intima-

media thickness of the common carotid artery found thickening of the investigated parameter in patients with NAFLD comparing to control group. The mean value of the intima-media thickness of left coronary artery in NAFLD patients compared to the control group was 1.05 ± 0.21 vs. 0.55 ± 0.01 mm, respectively ($p < 0.001$). The mean intima-media thickness of right coronary artery in NAFLD patients comparing to control group was 1.12 ± 0.16 vs. 0.62 ± 0.02 mm, respectively ($p < 0.001$). It has been established that increase in the thickness of EAT in NAFLD patients correlated with more severe coronary artery disease.

Conclusions. Visceral obesity in NAFLD patients is associated with lipid disorders and pro-atherogenic dyslipidemia. EAT thickness measured by echocardiography examination, can be considered as a predictor of the coronary atherosclerosis in NAFLD patients. This parameter can serve as a new early marker of coronary atherosclerosis.

Шарашидзе К. З.

*кандидат медицинских наук,
ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 1*

Тверезовская И. И.

*студентка I медицинского факультета
Харьковский национальный медицинский университет
г. Харьков, Украина*

ДЕРМОИДНАЯ КИСТА В СОВРЕМЕННОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Дермоидные кисты – это доброкачественные, медленно растущие опухоли, которые состоят из нескольких герминативных слоёв клеток, в основном из дермальных и эпидермальных элементов. Наилучшую визуализацию можно получить при помощи УЗИ. Из-за медленного роста и трудности с выявлением, они долгое время могут не проявляться клинически. Диагностировать дермоидную кисту получается в основном при Кесаревом сечении, лапароскопии или же при таком осложнении, как перекрут ножки кисты, когда появляется сильная боль в области таза [1].

Эпидемиология.

Такие кисты встречаются в 15-20% случаев всех новообразований яичников. В 10-15% случаев могут быть двусторонними. Частота малигнизации – 1-3% [1]. Выявляют их крайне редко, ввиду бессимптомного течения. Согласно литературным данным, в США дермоидные кисты выявляются в основном при возникновении осложнений либо чрезмерного разрастания самой кисты.

Дермоиды в основном наблюдаются у пациентов в возрасте до 20-ти и старше 30-ти лет. В репродуктивном возрасте дермоидные кисты являются самыми частыми новообразованиями [2].

Влияние на беременность

Согласно литературным данным, дермоидные кисты не оказывают влияние на беременность. В исследовании Caspi B et al. показано, что из 49 беременностей с дермоидными кистами, при которых были рождены 64 здоровых ребенка, не отмечено никаких осложнений, в том числе и осложненных родов. Размеры кист во время родов и в послеродовом периоде не изменились [6, 8]. Дермоидные кисты,

размерами до 6 см, не изменяют своих размеров во время беременности и не вызывают осложнения. Терапевтических мероприятий такие кисты не требуют, кроме плановых осмотров, УЗИ и наблюдения у врача. В случае превышения размеров более 6 см и/или наличия двусторонних овариальных кист, рекомендуется проведение лапароскопической операции по удалению, которую рекомендовано делать во втором триместре [8].

Наиболее частое осложнение при беременности – перекрут ножки кисты, наблюдается в 15% случаев, при большом размере новообразования. В большинстве случаев это наблюдается в сроке гестации 10-16 недель. Подобное осложнение требует хирургического вмешательства, так как может вызывать перекрут яичника [10].

Диагностика.

Дермоидные кисты наиболее хорошо визуализируются при помощи УЗИ. Так же возможно использование КТ и МРТ для диагностики кист. Использование этих методов исследования – наиболее простой способ визуализации дермоидных кист, так как эти методы весьма чувствительны к жировым тканям. Даже если в новообразовании нет кальцификатов, но визуализируется жир, то это считается важным диагностическим критерием для подобной опухоли. В исследованиях Eric K. Outwater, et al. отмечается, что наличие в кисте, помимо жировых масс, других образований, например волос, препятствует диагностике, т.к. в этом случае киста с своим содержимым визуально определяется как водно-жировая жидкость. В свою очередь при исследовании обнаружено наличие в полости опухоли жира в 93%, а зубов или других кальцификатов – в 56% случаев [2, 3].

Так же по визуализации на МРТ новообразования разделены на три группы, в зависимости от количества жировых отложений в опухоли (исследование было проведено у 45 пациентов с 52 хирургически доказанными опухолями). Так, в 82,7% случаев, опухоль полностью состояла из жира. В 9,6% жир занимал половину пространства кисты, либо находился в стенке опухоли, и в 7,7% жировых тканей не было найдено. Это доказывает патогномичность жировых тканей в диагностике дермоидных кист [3].

Лечение.

Выбором лечения дермоидных кист является цистэктомия или оофоректомия при лапароскопии. Пациенты с дермоидными кистами – это в основном женщины репродуктивного возраста, соответственно, лапароскопические методы лечения есть наилучшим решением по причине минимализации риска послеоперационных осложнений, таких как спаечная непроходимость и бесплодие [4].

Проведенное Samran R. Nezhat, et al. исследование по поводу хирургического лечения дермоидных кист показало, что средний возраст пациенток составлял 35,4 года. Жалобы были не многочисленны. Так, меньше половины пациентов испытывали только боль, кровотечения наблюдались только у 3%, и у 35% – асимптоматическое развитие опухоли, при которой кисту обнаружили либо при бимануальном исследовании, либо при других хирургических вмешательствах. У 3% пациентов был рецидив кисты. У 15% были двусторонние кисты.

Так же было 3 пациентки с беременностью. Удаление кисты было проведено во втором триместре у 2-х и в первом у одной пациентки путем энуклеации и аспирации. Все оперативные вмешательства прошли без осложнений [3, 4, 10].

Как осложнение имеют место случаи вытекания содержимого кисты, что может привести к перитониту. Так же зарегистрированы случаи имплантации содержимого в стенку органов, с последующей фистулизацией и малигнизацией (В обзоре Американского общества гинекологических онкологов из 156 опрошенных отме-

чено 42 случая постлапароскопической малигнизации). Так же отмечена послеоперационная адгезия элементов кисты с последующим формированием дермоида при вытекании содержимого в перитонеум. Но процент таких осложнений небольшой. Так, в исследовании Chapron et al 10 из 56 прооперированных пациентов были прооперированы лапароскопически. У 8-ми было вытекание содержимого, но было зарегистрировано при повторном осмотре только 2 случая адгезии и формирования кисты [4, 5].

Выводы.

Обзор литературы показал, что дермоидные кисты – наиболее часто встречающиеся доброкачественные новообразования у женщин в основном репродуктивного возраста. Данная патология связана с нарушением дифференцировки эмбриональных тканей, в результате чего образуется опухоль, содержимым которой являются эмбриональные ткани, в основном жировые, хотя нередко встречаются зубы, волосы и т.д.

Дермоидные кисты редко диагностируются по жалобам, поскольку могут протекать бессимптомно, и часто определяются при оперативных вмешательствах. Хотя при крупных размерах могут приводить к осложнениям (перекрут ножки, разрыв и др.) и вызывать бесплодие.

Диагностика кист основывается на жалобах, если такие имеются, либо визуально при оперативных вмешательствах, либо при УЗИ исследовании. Ввиду иногда небольших размеров и отсутствия симптоматики могут длительное время находиться в организме не вызывая объективных симптомов.

Лечение кист в основном хирургическое, рекомендуются лапароскопические операции из-за малых рисков осложнений и последствий для репродуктивной системы. При беременности кисты меньше 6-ти см не оперируются, а наблюдаются планово, т.к. могут не осложняться и не затруднять беременность, вынашивание и роды.

Список литературы:

1. JSLS. 1999 Jul-Sep; 3(3): 179–184. Laparoscopic Management of Ovarian Dermoid Cysts: Ten Years' Experience. Camran R. Nezhat, MD, Senol Kalyoncu, MD, Ceana H. Nezhat, MD, Ehrin Johnson, N. Berlanda, and Farr Nezhat, MD
2. March 2001. Volume 21, Issue 2. EDUCATION EXHIBIT – Ovarian Teratomas: Tumor Types and Imaging Characteristics. Eric K. Outwater, MD, Evan S. Siegelman, MD, and Jennifer L. Hunt, MD
3. Nippon Acta Radiologica. Volume 56, Issue 7, June 1996, Pages 477-481. MR Appearance of Fat Distribution in Ovarian Teratoma: Pathologic correlation. Hatanaka, Y., Yamashita, Y., Torashima, M., Takahashi, M.
4. Mature (cystic) ovarian teratoma Dr Yuranga Weerakkody and A.Prof Frank Gaillard et al. <http://radiopaedia.org/articles/mature-cystic-ovarian-teratoma>.
5. Treatment of ovarian dermoid cysts. Place and modalities of operative laparoscopy. Chapron C, Dubuisson JB, Samouh N, Foulot H, Aubriot FX, Amsquer Y, Morice P Surg Endosc. 1994 Sep; 8(9):1092-5.
6. Arch Gynecol Obstet. 2010 May; 281(5):811-5. Epub 2009 Jun 25. Pregnancy outcome of patients with dermoid and other benign ovarian cysts. Katz L¹, Levy A, Wiznitzer A, Sheiner E.
7. Am J Obstet Gynecol. 2000 Mar; 182(3):503-5. Conservative management of ovarian cystic teratoma during pregnancy and labor. Caspi B¹, Levi R, Appelman Z, Rabinerson D, Goldman G, Hagay Z.

8. Arch Gynecol Obstet. 2009 Feb; 279(2):105-8. doi: 10.1007/s00404-008-0695-3. Epub 2008 May 29. Bilateral dermoid cysts of the ovary in a pregnant woman: case report and review of the literature. Walid MS¹, Boddy MG.
9. G Chir. 2014 Mar-Apr; 35(3-4):75-7. An unusual case of multiple and bilateral ovarian dermoid cysts. Case report. Pepe F, Lo Monaco S, Rapisarda F, Raciti G, Genovese C, Pepe P.
10. Pregnancy with bilateral giant dermoid cysts and unilateral ovarian torsion. Kirbas A., Biberogu E., Dede H., Yücel A., Caglar T., Uygur D., Danisman N., Zekai Tahir Burak Woman's Health Education and Research Hospital

Макаренко Г. І.

Тер-Тумасова А. Г.
студентка

Колесник В. Л.

кандидат медичних наук,

асистент кафедри акушерства і гінекології № 3

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА РЕЦИДИВІВ ВАГІНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

На сьогоднішній день вагінальний кандидоз – актуальна проблема серед жінок усіх вікових груп. Захворювання може виникати внаслідок антибактеріальної терапії запальних захворювань органів сечо-статевої системи.

Частота вагінальних кандидозів збільшилася майже в 2 рази і складає за даними різних джерел від 25 до 40-45% в системі запальних захворювань піхви та вульви. Діагностувати ВК легше під час вагітності.

Збудниками ВК є гриби роду *Candida*, яких на даний час нараховується більше 150 видів. Головна роль у виникненні запалення належить *C. Albicans* (90-95% випадків) [1].

Кандидоз є не самостійним захворюванням, а лише проявом зниження опору організму жінки, порушенням гуморального та/або клітинного імунітету. Рівень захворюваності значно вищий у жінок з ендокринологічними патологіями, хронічними запальними захворюваннями жіночих статевих органів.

При гострому вагінозі спостерігається порушення усіх фізіологічних захисних бар'єрів шкіри та слизових оболонок. В першу чергу порушується конкурентна взаємодія грибів з умовно-патогенною та сапрофітною мікрофлорою шкіри зовнішніх статевих органів та піхви. Основне місце в збереженні мікробіоценозу піхви відводиться лактобацилам, які продукують H_2O_2 , що в нормі знаходяться у 94% здорових жінок у концентрації $8,4 \cdot 10^6$ [1, 2]

Матеріали та методи. Нами було обстежено 21 жінку, віком від 18 до 45 років, більшість з яких віком від 18 до 28 років. Серед обстежуваних переважали жінки, в анамнезі яких були наявні аборти, перенесені аднексити та захворювання шийки матки. З анамнезу з'ясувалось, що 10 з обстежуваних жінок вперше звернулися до гінеколога з приводу запального захворювання піхви, інші – неодноразово лікувалися з приводу вагінального кандидозу. З моменту появи перших скарг на вульвовагініт пройшло від 3х діб до 5ти тижнів [3].