

**Громадська організація
«Львівська медична спільнота»**

**ЗБІРНИК ТЕЗ НАУКОВИХ РОБІТ
УЧАСНИКІВ МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СУЧАСНОЇ
МЕДИЦИНИ: НАУКОВІ ДИСКУСІЇ»**

27–28 жовтня 2017 р.

**Львів
2017**

УДК 61(063)

А 43

А43 **Актуальні питання сучасної медицини: наукові дискусії:** Збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м. Львів, 27–28 жовтня 2017 року). – Львів: ГО «Львівська медична спільнота», 2017. – 108 с.

У збірнику представлені матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні питання сучасної медицини: наукові дискусії».

Усі матеріали подаються в авторській редакції.

УДК 61(063)

© Автори статей, 2017
© Львівська медична спільнота, 2017

ЗМІСТ

НАПРЯМ 1. КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

Артемов А. В., Салдан И. Р.

СОБСТВЕННАЯ СТРОМА ЗАДНЕЙ ПОГРАНИЧНОЙ ПЛАСТИНКИ
КАК ШЕСТОЙ СЛОЙ РОГОВИЦЫ6

Герасименко Л. О.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ
РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З НЕВРОТИЧНИМ РОЗЛАДАМИ..... 11

Гринчук А. Ф.

ВИКОРИСТАННЯ ДРЕНАЖНО-САНАЦІЙНОГО ПРИСТРОЮ
ПРИ ГОСТРОМУ ПЕРИТОНІТІ.....13

Гринчук Ф. В.

ДЖЕРЕЛА ТА ШЛЯХИ РОЗВИТКУ СИНДРОМУ
ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ЗА ГОСТРОЇ
ТОНКОКИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ..... 18

Даниш О. О.

ОСОБЛИВОСТІ ДІЄТИЧНОГО ТА МЕДИКАМЕНТОЗНОГО
ЛІКУВАННЯ ПЕЧІНКОВОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ (ПЕ).....23

Добинда І. Р.

РОЛЬ ЗНАННЯ СИМПТОМІВ СИНДРОМУ «МАЛИХ ОЗНАК РАКУ»
ТА ПАРАНЕОПЛАСТИЧНОГО СИНДРОМУ МЕДИЧНИМИ
СПЕЦІАЛІСТАМИ РІЗНИХ ГАЛУЗЕЙ МЕДИЦИНИ28

Кошля В. І., Кульбачук О. С., Соловйов О. В.

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ГЕМОДИНАМІКИ ТА АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ
У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ
В ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ.....32

Мазур Ю. Ю.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕКТОПІЇ ШИЙКИ МАТКИ
В ЖІНОК У МЕНОПАУЗІ.....34

Небелюк Н. М.

ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ДІСНОВИХ КОН'ЮГАТІВ
У ЛЕГЕНЕВІЙ ТКАНИНІ ЗА УМОВ РОЗВИТКУ
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ПОЄДНАННІ
З АДРЕНАЛІНОВИМ ПОШКОДЖЕННЯМ МІОКАРДУ37

Новаківський В. В., Степанова Н. М., Ліксунова Л. О.

ДОЗОЗАЛЕЖНИЙ ВПЛИВ ТРИВАЛОГО АКТИВАТОРУ
РЕЦЕПТОРІВ ЕРИТРОПОЕТИНУ НА ВИЖИВАННЯ ХВОРИХ,
ЯКІ ЛІКУЮТЬСЯ ГЕМОДІАЛІЗОМ40

Пікуль К. В.

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ДІТЕЙ В РАЙОНАХ
З НІТРАТНИМ ЗАБРУДНЕННЯМ ВОДИ НА СЬОГОДНІ43

Кузнецов С. В., Ольховская О. Н., Постолаки М. А. ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ДЕТЕЙ.....	48
Рожко О. П. СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С ДИФФУЗНЫМ НЕТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ.....	50
Рощупкина Т. Н. АЛКОГОЛЬНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ: ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ	54
Степанова Н. М., Снісар Л. М., Лебідь Л. О. ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛАКТОБАКТЕРІЙ У ЗНИЖЕННІ ЕКСКРЕЦІЇ ОКСАЛАТУ ТА ПРОФІЛАКТИЦІ РЕЦИДИВУЮЧОГО ПЕРЕБИГУ ПІСЛОНЕФРИТУ	58
Бурдейна О. В., Степанова Н. М., Снісар Л. М. ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ НА ХХН У Д СТАДІЇ, ЯКІ ЛІКУЮТЬСЯ ПЕРИТОНЕАЛЬНИМ ДІАЛІЗОМ	61
Степаненко І. В., Попова І. Ю., Лихачова Т. А. ІНФОРМАТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОГО НЕЙРОВІЗУАЛЬНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ ПРИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ РІЗНОЇ ТЯЖКОСТІ.....	66
Турянська Н. І. ЧАСТОТА ПОШИРЕНОСТІ КАРІССУ ТА НЕКАРІОЗНИХ ДЕФЕКТІВ ЗУБІВ СЕРЕД СТУДЕНТІВ.....	71
Абашина Н. М., Урумбаєва Л. Б. ВАЖЛИВІСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ЗАДНЬОГО ВІДДІЛУ ОЧНОГО ЯБЛУКА	76
Міхєєв А. О., Шевчук М. М. ОСОБЛИВОСТІ САНІТАРНО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ СИТУАЦІЇ СТОСОВНО ЕМЕРДЖЕНТНИХ ІНФЕКЦІЙ В УКРАЇНІ	80
Щерба Е. А., Семеха А. С., Авраменко Б. В. ВЛИЯНИЕ КРУПНОГО ПЛОДА НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА И ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРНОСТИ	84
 НАПРЯМ 2. ФАРМАЦЕВТИЧНІ НАУКИ	
Михайлюк Н. В. ЛІКИ ЗА КЕРМОМ	88
Хмельникова Л. І., Клебанський Є. О. ЗАСТОСУВАННЯ МОДУЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПРИ ВИВЧЕННІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ХІМІЇ	111

НАПРЯМ 3. МЕДИЧНО-БИОЛОГІЧНІ НАУКИ

Васюк В. Л.

ДИСБИОЗ НА ФОНЕ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО
МЕТАБОЛІЧЕСКОГО СИНДРОМА98

Шкляр А. С., Власенко Є. О., Коломієць М. О.

ОЦІНКА КОМПОНЕНТНОГО СКЛАДУ МАСИ ТІЛА:
ІСТОРІЯ ПИТАННЯ ТА ІННОВАЦІЙНІ РОЗРОБКИ
ДЛЯ КЛІНІЧНОЇ ПРАКТИКИ102

16. Биохимические маркеры воспаления тканей ротовой полости: методические рекомендации / А. П. Левицкий, О. В. Деньга, О. А. Макаренко [и др.] – Одесса, 2010. – 16 с.
17. Ферментативный метод определения дисбиоза полости рта для скрининга проипробиотиков: методические рекомендации / А. П. Левицкий, О. А. Макаренко, И. А. Селиванская [и др.]. – К.: ГФЦ, 2007. – 26 с.
18. Патент на корисну модель № 43140, Україна, МПК (2009) G01N 33/48. Спосіб оцінки ступеня дисбіозу (дисбактеріозу) органів і тканин / А. П. Левицький, О. В. Деньга, І. О. Селіванська [та ін.]. – Заявка № U 200815092 від 26.12.2008. – Опубл. 10.08.2009. – Бюл. № 15.

Шкляр А. С.
кандидат медичних наук, асистент кафедри анатомії
Харківський національний медичний університет
Міністерства охорони здоров'я України
м. Харків, Україна

Власенко Є. О.
студент

Коломієць М. О.
студент
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
Міністерства охорони здоров'я України
м. Київ, Україна

ОЦІНКА КОМПОНЕНТНОГО СКЛАДУ МАСИ ТІЛА: ІСТОРІЯ ПИТАННЯ ТА ІННОВАЦІЙНІ РОЗРОБКИ ДЛЯ КЛІНІЧНОЇ ПРАКТИКИ

Доведено, що дані антропології – науки про мінливість фізичного типу людини в часі та просторі – є джерелом важливої інформації, що дозволяє реконструювати окремі аспекти етногенетичних та онтогенетичних процесів [Сегеда с., 2008]. Антропометричні дані

зберігають свої інформаційні властивості навіть тоді, коли йдеться про дуже віддалені історичні періоди, що пояснюється консервативністю спадкових фізичних рис, які мало змінюються в часі [Сегеда с., 2001]. Одним з перших до висвітлення даної проблематики звернувся визначний український етнолог Ф. Вовк, який дійшов висновку про переважання серед людності українських етнічних земель доволі однорідного комплексу ознак, назвавши його «українським антропологічним типом». Учений обґрунтував думку про належність даного типу до адриатичної, або динарської, раси, поширеної здебільшого серед південних і західних слов'ян – сербів, хорватів, чехів, словаків тощо [Сегеда с., 1998]. За результатами досліджень, виконаних останні кілька десятиріч, запропонована комплексна антропологічна характеристика українців на основі аналізу мінливості ознак кількох морфологічних систем: соматологічної, одонтологічної та дерматогліфічної, а також виділено чотири антропологічні зони України: північну, західну, центральну та південну, що склались під впливом соціально-екологічних факторів на основі взаємодії різних за походженням морфологічних компонентів. Окрім того, з'ясовано місце українців в антропологічних класифікаціях народів Східної Європи, висвітлено основні напрями їхніх антропологічних зв'язків з урахуванням комплексу морфологічних маркерів.

Перші повідомлення про остеопоротичні зміни скелета у дітей з'явилися ще у XVII столітті в роботі Luzitans, коли було вперше сформульовано поняття «внутрішньоутробний рахіт», хоча термін «остеопороз» в ній не застосовувався. В цій роботі також згадувався недосконалий остеогенез. Дещо пізніше, у 1834 році, Лобштейн виділив недосконалий остеогенез як самостійну нозологічну форму захворювання і дав їй назву «патологічна ламкість кісток». У 1849 році Вролік описав уроджену ламкість кісток немовлят, а ранні прояви цього захворювання почали називати уродженим ОП або *osteogenesis imperfecta congenita*. Патогенетичні ланки системного ОП, що спостерігався у дітей автори трактували по різному. Так, Д. Г. Рохлін (1936) пояснював виникнення ОП посиленою резорбцією кістки, С. А. Рейнберг (1955) – гальмуванням процесу кісткоутворення за умов збереження темпів резорбції, Б. М. Ейдельштейн (1955) – поєднанням цих процесів у механізмі патогенезу. Стосовно патогенетичних механізмів дисметаболических порушень щільності кісткової тканини висувалися різні теорії.

Зокрема, М. В. Волков та М. Н. Павлова (1971) пов'язували первісні порушення з дизкоординацією ферментативних систем, які беруть участь в процесах обміну кістки, а пізніше методами морфологічного дослідження при ОП було доведено патогенетичний вплив порушення структурної організації колагенових фібрил.

На етапі недосконалого остеогенезу описано досить рідке захворювання – ідіопатичний ювенільний ОП [Калашникова Е. В., 2000; Родионова С. С., 2002]. Пізніше з'являється інформація про ОП хребта неясного генезу у дітей з деформацією тіл хребтів – захворювання «риб'ячих» хребців (Linderman K., 1951). Представлені роботи стали етапними, але ключовим питанням залишається механізми формування кісткової компоненти маси тіла людини в нормі та під впливом деяких чинників.

Відомо, що остеогенез починаючись у антенатальному періоді, продовжується до 25-30 р., а вікові зміни кісткової компоненти найбільш помітні у перші роки постнатального онтогенезу [Фролова Т. В., Шкляр А. С., 2008-2013]. Зміна кісткової маси може бути транзиторною або стійкою, що визначається станом метаболічних процесів у відповідному періоді онтогенезу, регіонально – екологічними відмінностями, аліментарним забезпеченням нутрієнтного гомеостазу, режимом рухової активності, станом соматичного здоров'я, соматотипом людини [Фролова Т. В., 2005-2015]. Саме тому, урахування факторів які сприяють формуванню кісткової компоненти маси тіла потребує інтегрального підходу, оскільки немає таких фізіологічних і патологічних процесів, перебіг яких не міг би позначитися на динаміці метаболізму, а надалі – й на мікро- та макроархітектоніці кістки і тілобудові. Бунак В. В. відмічає, що рівень фізичного розвитку людини повинен визначатися загальними розмірами тіла і абсолютною величиною його маси. Аналізуючи мінливість тотальних розмірів тіла цим відомим морфологом визначено три стадії розвитку – прогресивну, стабільну, регресивну. Встановлення закономірностей у процесі росту і формування організму складає одну з головних задач вчення про онтогенез [Семенова Л. К., 1965; Никитюк Б. А., 1991].

Відомі клінічні методи визначення кісткової маси людини базуються на оцінці мінеральної щільності кісток, зокрема для опосередкованої оцінки КМ застосовується біоенергетична рентгенівська абсорбціометрія, рентгенографія, ультразвукова кісткова денситометрія, фотонна абсорбціометрія, кількісна комп'ютерна томографія [Пат. № 49707 А, Україна]. При цьому,

фотонні і рентгенівські денситометри підрозділяються на моно- і двохроматичні. Монохроматичні – дають можливість досліджувати лише кортикальну тканину кістки, тоді як двохроматичні – кортикальну і трабекулярну її компоненти, що дозволяє визначати мінеральну щільність кісток периферичного і осьового скелету, після чого за спеціальною формулою розраховують показник кісткової маси конкретної особи [Пат. 6249692, США]. Однак, застосування фотонних та рентгенівських денситометрів дозволяє отримувати лише відносне уявлення щодо абсолютної кількості кісткової компоненти, є достатньо вартісним і технічно складним, що унеможлиблює застосування при скрінінгових обстеженнях [Митник З. М., 2001]. Перелічені методи не знайшли широкого застосування у зв'язку з технічною складністю та високою вартістю процедури [Рассохин Б. М., 2000]. Ці методи не ефективні у роботі практикуючого лікаря з ряду причин: висока вартість, значна доза опромінення, значний діапазон варіативності даних, а також – відсутність стандартизації у онтогенетичних та клінічних групах пацієнтів [Рубин М. П., 2002].

Відомий спосіб морфометричної оцінки кісткової компоненти базується на виконанні антропометричних вимірів з подальшим застосуванням спеціального обчислювального алгоритму [Matiegka J. The testing of physical effeciesy // Amer. J. Phys. Antropol. – 1921. – Vol. 2, № 3. – P. 25-38]. Суть вказаного антропометричного способу визначення абсолютної кількості кісткового компонента полягає в тому, що виконують виміри довжини тіла та його масу і розраховують зросто-ваговий індекс, вимірюють величини дистального епіфіза плеча, передпліччя, стегна, гомілки і розраховавши їх середнє значення, визначають абсолютну масу кісткової тканини за спеціальною формулою. Однак, застосування способу передбачає оцінку кісткової компоненти без урахування тілобудови, що зменшує точність оцінки та не у повній мірі враховує особливості дитячого віку. Відомий, також спосіб оцінки тілобудови за спеціальною схемою [Шкляр А. С., 2014], при цьому тілобудова визначається за інтегральним критерієм, об'єднуючим три складові: ендоморфний, мезоморфний та ектоморфний.

Задача, яку покладено в основу нової методики, вирішується тим, що у відомому способі оцінки компонентного складу маси тіла людини, який включає антропометрію за лінійними та охватними показниками з подальшим обчисленням відносного вмісту кісткової компоненти тіла, згідно з корисною моделлю, виконують виміри довжини тіла (H , см) та його масу (M_T , кг) і розраховують зросто-ваговий індекс ($I_{MT}=H/M_T^{-3}$), вимірюють ширину дистального епіфіза плеча (s_1 , см) передпліччя (s_2 , см), стегна (s_3 , см), гомілки

(s_4 , см) і розрахувавши їх середнє значення за формулою $\delta=(s_1+s_2+s_3+s_4)/4$, визначають абсолютну масу кісткової тканини ($M_{КА}$, кг) за формулою $M_{КА} = \delta^2 \times H \times 1,2 / 1000$, після чого виконують оцінку кісткової компоненти за екоморфним показником ($M_{КТ}$), який визначають за формулою $M_{КТ}=I_{МТ} \times X_1 - X_2$, враховуючи відповідні регіональні віко-статеві коефіцієнти ($X_1 - X_2$) і варіаційність (SD) екоморфного показника ($M_{КТ} \pm SD_{КТ}$) та абсолютної кількості кісткової тканини ($M_{КА} \pm SD_{КА}$); і коли у конкретного обстеженого $M_{КТ}$ знаходиться поза межами $M_{КТ} \pm SD_{КТ}$, а $M_{КА}$ знаходиться поза межами $M_{КА} \pm SD_{КА}$, кісткову компоненту тіла дитини оцінюють як онтогенетично дисгармонійну; і навпаки.

Підвищення точності оцінки кісткової компоненти маси тіла досягають шляхом одночасного урахування абсолютної кількості кісткової тканини та екоморфної складової тілобудови залежно від регіонального показника та віко-статевої приналежності особи. Аналіз регіональних даних дозволив виявити, що статеві відмінності характеризувались достовірно ($p < 0,01$) більш високою поширеністю онтогенетичної дисгармонійності кісткової компоненти маси тіла серед осіб чоловічої статі у VI та VII онтогенетичному періоді, тоді як в юнацькомі віці частота дисгармонійних варіантів серед осіб чоловічої та жіночої статі достовірно не відрізнялась. Звертає на себе увагу висока частота дисгармонійності кісткової компоненти маси тіла серед осіб жіночої статі у першому періоді зрілого віку (відповідно, $25,0 \pm 4,0\%$ – серед жінок та $10,5 \pm 2,9\%$ – серед чоловіків, $p < 0,001$). Вцілому, серед 1372 осіб частота дисгармонійної кісткової компоненти маси тіла коливалась від $8,0 \pm 2,1\%$ (особи жіночої статі в періоді другого дитинства) до $25,0 \pm 4,0\%$ (жінки зрілого віку). Серед осіб чоловічої статі – частота дисгармонійних типів коливалась від $10,5 \pm 2,9\%$ до $17,3 \pm 2,5\%$.

На основі прямої антропометрії виявлені закономірності формування кісткової компоненти маси тіла людини на етапах постнатального онтогенезу, які проявляються різною частотою дисгармонійності маси тіла за рахунок кісткової компоненти, насамперед серед осіб жіночої статі. Оцінка онтогенетичної дисгармонійності кісткової компоненти маси тіла відноситься до анатомії, топографічної анатомії, інших клінічних дисциплін і може застосовуватися для врахування онтогенетичних особливостей тілобудови при оцінці компонентного складу його маси [Нововведення МОЗ України № 134/30/09]. Отриманими

результатами можна пояснити віко-статеві відмінності у частоті формування функціональних розладів, донозологічних, а також нозологічно окреслених патологічних станів, як проявів загального процесу росту та розвитку в постнатальному онтогенезі.