

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ
Topical Issues of Theoretical and Clinical Medicine

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ
V Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених
(м. Суми, 20-21 квітня 2017 року)

Суми
Сумський державний університет
2017

клітин та природних кілерів (NK-клітин). Хірургічне запалення, деякі анестетики, неправильний вибір методу анестезії стимулюють апоптоз імунних клітин, що збільшує ймовірність рецидивів та метастазування.

Мета. Вибір анестетиків та методу знеболення онкологічних хворих для уникнення імуносупресії.

Матеріали дослідження. Наукова література з даної теми.

Висновок. У результаті дослідження виявлено, що загальна внутрішньовенна анестезія з використанням пропофолу, антагоністів циклооксигенази та регіонарна анестезія зменшують негативні наслідки, пов'язані з імуносупресією. Необхідно уникати інгаляційного наркозу, системного введення морфіну, переливань крові без чіткої необхідності, інтраопераційної гіпоксії, гіпотензії, гіпотермії та гіперглікемії, так як це пригнічує імунну активність. Пропофол, на відміну від інгаляційних анестетиків, не знижує функції NK-клітин, але підвищує співвідношення Tх1/Tх2 після операції, що є корисним для онкохворих. Пропофол інгібує ЦОГ-2, яка надмірно виробляється раковими клітинами та стимулює ріст пухлин. Для зменшення активності ЦОГ-2 також використовують целекоксиб. Регіонарна анестезія не тільки блокує больові імпульси, але і знижує активацію гіпоталамо-гіпофізарної, симпатoadреналової систем, забезпечує збереження функціонування NK-клітин та Tх1, і у комбінації з внутрішньовенною анестезією сприяє зменшенню ризику метастазування.

ПРОЦЕСИ РОСТУ КІСТОК ТВАРИН РІЗНОГО ВІКУ ПІСЛЯ МЕХАНІЧНОЇ ТРАВМИ

Максимова О.С., Колбунова В.С.

Наукові керівники: д.мед.н., проф. Шишук В.Д., Томин Л.В.

Сумський державний університет, кафедра ортопедії та травматології

Особливе місце серед чинників, які здатні змінити перебіг репаративної регенерації є вік. Відомо, що кількість мезенхімальних клітин, здатних приймати участь у процесах відновлення кістки, зменшується пропорційно з віком. При цьому, зменшується чутливість ефektorних клітин, які виділяють фактори росту. Разом з цим, процеси ремоделювання з віком зсуваються у бік переважання резорбції, що також негативно впливає на процеси відновлення втраченої кісткової тканини. Незважаючи на численні дослідження впливу вікового фактора на процеси репаративної регенерації, процеси зміни росту кісток у різних вікових групах після травми довгих кісток вивчені недостатньо.

Метою роботи стало вивчення процесів поздовжнього і поперечного росту стегнової кістки тварин різного віку після нанесення дірчастого дефекту.

Матеріали та методи. Вивчення особливостей росту кісток було проведено на 36 білих лабораторних щурах самцях молодого, зрілого та старечого віку. Контрольну серію (18 щурів) склали інтактні тварини, щурам експериментальної серії (18 щурів) в умовах стерильної операційної наносився дірчастий дефект з медіальної поверхні тіла середньої третини стегнової кістки. Остеометрія стегнових кісток проводилася через 10, 15 і 24 діб після нанесення травми.

Результати. Довжина кістки через 10 днів після травми достовірно зменшується у тварин молодого віку. Відзначається відсутність достовірної різниці з контролем для показника поздовжнього росту у тварин зрілого і старечого віку. Зміни ширини діафіза спостерігаються у діапазоні від 5,18% ($p \leq 0,05$) у тварин молодого віку, до 6,09% ($p \leq 0,05$) - у щурів зрілого віку. У тварин старечого віку не спостерігається змін зазначеного показника. Через 24 дні після нанесення дефекту у тварин молодого віку відбувається активізація процесів поздовжнього росту у травмованій кістці. Різниця з контролем становить лише 2,93% ($p \geq 0,05$).

Таким чином, травма кістки призводить до уповільнення подовжнього росту стегнової кістки у тварин молодого віку через 10 і 15 днів після травми з незначним впливом на процеси поперечного росту кісток. Через 24 діб після травми відзначається нормалізація ростових

показників. У щурів зрілого і старечого віку не виявляється змін параметрів поздовжнього росту у відповідь на травму.

МЕХАНІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ КІСТОК У ДИНАМІЦІ РЕПАРАТИВНОГО ОСТЕОГЕНЕЗУ

Максимова О.С., Лобоза М.

Наукові керівники: д.мед.н., проф. Шищук В.Д., Томин Л.В.

Сумський державний університет, кафедра ортопедії та травматології

Актуальність теми. Послідовність процесів, що призводять до відновлення кістки при переломі умовно розділений на стадії, які переходячи одна в одну призводять до утворення функціонально повноцінної тканини, яка заміщує втрачену. При цьому міцність кістки змінюється у залежності від терміну репаративного остеогенезу. За даними багатьох авторів, повне відновлення міцності травмованої кістки відбувається лише через 18-24 місяці після нанесення травми. При цьому, у літературі відсутні дані щодо динаміки змін параметрів міцності кісток скелета у тварин різних вікових груп, особливо молодого віку у динаміці репаративного остеогенезу.

Метою нашої роботи було комплексне вивчення параметрів міцності стегнової кістки тварин підсосного, інфантильного і ювенільного віку.

Експеримент проведено на 36 білих лабораторних щурах самцях підсосного (15 днів), інфантильного (30 днів) та ювенільного віку (80 днів). Всі тварини були поділені на 2 серії – контрольну та експериментальну. Тваринам експериментальної серії наносився дірчастий дефект стегнової кістки діаметром 1 мм. Щурів виводили з експерименту через 10, 15 та 24 доби після перелому, що відповідає стадіям диференціювання клітин, реорганізації тканинних структур та ремоделювання. Для дослідження механічних властивостей виділяли стегнову кістку з дефектом та проводили визначення тривкості на розрив, згин і стиск.

Результати. У результаті проведеного експерименту встановлено, що травма призводить до значної втрати параметрів міцності стегнової кістки тварин раннього віку. Найбільш виражені зміни спостерігаються для показників міцності на стиск і вигин у латеральному напрямку. Так, через 10 днів після травми відбувається зменшення межі міцності на згин на 14,81 % ($p \leq 0,05$) у тварин підсосного віку. Міцність на розтягнення і модуль Юнга мають менш виражену реакцію на травму органа, різниця з контролем через 15 та 24 доби складає лише 9,42 % ($p \leq 0,05$) та 7,64 % ($p \leq 0,05$) у тварин ювенільного віку.

Висновки. Отже, утворення регенерату призводить до поступового відновлення властивостей стегнової кістки, проте навіть при гістологічному відновленні будови органу, параметри міцності значно відрізняються від контрольних показників.

МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ВОРСИНЧАТИХ ПУХЛИН ТОВСТОЇ КИШКИ

Марцинковська І.Р., Донецька Ю.В.

Харківський національний медичний університет, кафедра хірургії №2

Актуальність теми. 1) Безсимптомне протікання ворсинчатих пухлин товстої кишки й, як наслідок, ускладнена діагностика. 2) Високий ризик малігнізації, що досягає 50-60%. 3) Висока ймовірність рецидиву після видалення пухлини протягом перших двох років.

Мета та завдання дослідження: оцінити й порівняти результати хірургічного та ендоскопічного лікування хворих з ворсинчатыми пухлинами товстої кишки.

Матеріали і методи. В Харківській ОКЛ за період 2014-2016 р. було проліковано 73 хворих з ворсинчатыми пухлинами товстої кишки. З них 22 людини були прооперовані хірургічним методом - 14 пацієнтам виконано трансанальне видалення пухлини в зв'язку з локалізацією в нижньоампулярному відділі прямої кишки, 3 пацієнтам виконана резекція товстої кишки в зв'язку з циркулярною локалізацією в товстій кишці, 5 пацієнтам - колотомія з перетином слизової товстої кишки разом з пухлиною. Інші 51 пацієнти були проліковані