

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

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 ворсинчатими пухлинами товстої кишки.

Матеріали і методи. В Харківській ОКЛ за період 2014-2016 р. було проліковано 73 хворих з ворсинчатими 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

ендоскопічними методами, які включали в себе діатермічну електроексцизію, лігування, кліпування, резекцію пухлини зі слизової товстої кишки. Вибір методу лікування залежав від макроскопічного виду пухлини, розміру .

Результати. Всі пацієнти незалежно від виду лікування протягом двох років проходили діагностичну колоноскопію з обов'язковою біопсією з місця видалення пухлини (частіше рубця). Рецидив склав 21% після хірургічного лікування і 17% після використання ендоскопічних методик.

Висновки. В ході дослідження виявлено, що ворсинчаті пухлини великих розмірів можуть бути успішно видалені за допомогою ендоскопічних методик у процесі лікувальної колоноскопії, що позбавляє пацієнтів від ряду ускладнень, пов'язаних з інтраабдомінальними операціями.

ЛІКУВАННЯ ПОЛІПОЗНОГО РИНОСИНУСИТУ: РЕЦИДИВИ ТА ВПЛИВ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Марцінковська І.Р., Донецька Ю.В.

Науковий керівник: доц. Лупир А.В.

Харківський національний медичний університет, кафедра отоларингології

Поєднання поліпозного риносинуситу (ПРС), бронхіальної астми (БА) і непереносимості нестероїдних протизапальних препаратів являє собою серйозну проблему. ПРС – це рецидивуюча хвороба, яка веде до ускладнення носового дихання й нюху, також являється фактором ризику маніфестації бронхіальної астми.

Мета: Аналіз лікування поліпозного риносинуситу.

Матеріали та методи. На базі Харківської ОКЛІ провели аналіз історій хвороби 65 хворих у віці від 21 до 78 років, які перебували на стаціонарному лікуванні в 2014-2016 році з діагнозом «Поліпозний риносинусит». Визначено 2 групи пацієнтів: пацієнти з ПРС (46) і пацієнти з ПРС, асоційованим з БА середнього ступеня тяжкості (19).

Результати: Велика частина пацієнтів має вік від 50 до 65 років. У випадку ПРС, асоційованого з БА, середній вік пацієнтів ($50,9 \pm 15$ років) менше, ніж у пацієнтів з ПРС ($60 \pm 17,3$ років). Більшість хворих (39%) госпіталізовані з приводу ПРС в 1 раз, проте були пацієнти (2 з 65), які перенесли поліпектомію вже в 9 раз. Крім того, частота госпіталізації пацієнтів 1 групи майже вдвічі менше, ніж пацієнтів 2 групи. Середня тривалість хвороби у пацієнтів 1 групи (ПРС) становить 6,2 року, у пацієнтів 2 групи (ПРС + БА) - 11,7 років. Ремісія у пацієнтів з коморбідною патологією триває менше (4,7 років), ніж у випадку ПРС без БА (8,7 років). Також у ході дослідження розраховали показник еозинофільно-лімфоцитарного індексу: підвищений рівень ($> 0,1$) виявлено у 36,8% і 72,3% пацієнтів з 1 і 2 групи відповідно. Усім пацієнтам проведено хірургічне лікування поліпів. У 39% випадків поліпектомія проведена ендоскопічним методом. Поліпшення перебігу БА після поліпектомії відзначено у 45% хворих з коморбідною патологією, при цьому у частини хворих відзначено зменшення дози глюкокортикостероїдів.

Висновки. 1. Поєднання ПРС з бронхіальною астмою обумовлює більш ранній початок захворювання, часте рецидивування поліпів і астми, меншу тривалість періоду ремісії. 2. Для діагностики має значення розрахунок еозинофільно-лімфоцитарного індексу, який за даними проведеного дослідження підвищений у 36.8% пацієнтів з ПРС і 72.3% з ПРС + БА. 3. Хірургічне лікування пацієнтів із поєднаною патологією в 45% випадків покращує перебіг бронхіальної астми і позитивно впливає на якість життя пацієнтів.