



НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ,
присвячена 100-річчю з дня народження
І. Г. ГЕРЦЕНА



СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

(для студентів та молодих вчених)

27–28 квітня 2017 року

Тези доповідей



ОДЕСЬКИЙ
МЕДУНІВЕРСИТЕТ

УДК 06.091.5:061.3:61-057.875
ББК 5я431
С 91

Головний редактор:

лауреат Державної премії України, академік НАМН України,
проф. В. М. Запорожан

Редакційна колегія:

лауреат Державної премії України, з. д. н. т. України, проф. Ю. І. Бажора
(заступник головного редактора),
проф. О. Г. Юшковська (заступник головного редактора),
засл. лікар України, проф. В. Г. Дубініна,
проф. В. Г. Марічереда, І. М. Пастернак,
доц. Н. О. Романова, проф. О. О. Старець,
доц. К. О. Талалаєв, проф. В. О. Ульянов,
Г. І. Хандрікова

С 91 **Сучасні** теоретичні та практичні аспекти клінічної медицини (для студентів та молодих вчених) : наук.-практ. конф. з міжнар. участю, присвячена 100-річчю з дня народження І. Г. Герцена. Одеса, 27–28 квітня 2017 року : тези доп. — Одеса : ОНМедУ, 2017. — 210 с.
ISBN 978-966-443-083-5

У тезах доповідей науково-практичної конференції з міжнародною участю студентів та молодих вчених, присвяченої 100-річчю з дня народження професора І. Г. Герцена, подаються стислі відомості щодо результатів наукової роботи, виконаної учасниками конференції.

УДК 06.091.5:061.3:61-057.875
ББК 5я431

ентів 2-ї групи він був значно слабше вираженим (ВАНШ=(12,2±3,1) мм) за інтенсивністю і вірогідно нижчим порівняно з 1-ю групою. У пацієнтів з 1-ї групи післяопераційний період протікав з середньою вирішеністю болювого синдрому вже з 6-ї години післяопераційного періоду, що свідчить про недостатній знеболювальний ефект в цій групі. У пацієнтів з 1-ї групи при виписці зберігся болювий синдром у 6 (26 %), з 2-ї групи — у 2 (10 %) осіб.

Висновок. Використання пролонгованої епідуральної аналгезії під час оперативного втручання має вірогідний вплив на скорочення термінів лікування та частоту хронізації болювого синдрому.

ДІАГНОСТИЧНА І ОПЕРАТИВНА КОЛОНОСКОПІЯ — ЕФЕКТИВНИЙ МЕТОД ПРОФІЛАКТИКИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ

Дем'ячук Д. М., Яковенко В. О.,
Губар О. С.

¹ Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця, Київ, Україна,

² ДНУ «Науково-практичний центр
профілактичної і клінічної медицини» ДУС,
Київ, Україна,

³ Медичний центр
«Універсальна клініка «Оберіг»», Київ, Україна

Актуальність. Надзвичайно актуальною є проблема діагностики раннього колоректального раку і передракових новоутворень товстої кишки.

Мета — проаналізувати ефективність діагностичних і оперативних колоноскопій (КС).

Матеріал і методи. Проаналізовано 1547 ендоскопічних досліджень товстої кишки, з них 396 — діагностичних КС та 1151 — оперативних КС.

Результати дослідження. Пацієнтам була виконана КС із застосуванням відеоколоноскопа Olympus CF-150L, Токуо, Япон, дослідження у вузькополосному спектрі світла, хромоскопія. У 95 % випадків проводилась седация пропофолом. Для оцінки можливої інвазії виконували ендоскопічне ультразвукове дослідження (ЕУС), датчик 20 Гц, UM DP20-25R, ультразвуковий процесор EU-M60; Olympus. Частота виявлення аденом 0,47, індекс виявлення аденом 0,79. Середній розмір аденом 6,4 мм (від 1 до 120 мм). Типи поверхневих неоплазій: 0-Ір, 0-Іsp, 0-Іs+Іс, 0-Іа, 0-Іа+Іс, 0-Іс, 0-Ів (Паризька ендоскопічна класифікація поверхневих неоплазій травного тракту), LST-NG, LST-G. Більшість в лівих відділах ободової кишки. Всього було резецировано 468 ділянок слизової оболонки товстої кишки, з них: 271 — за типом ендоскопічної резекції слизової оболонки (EMR) з попередньою підслизовою ін'єкцією, в тому числі 4 EMR за допомогою дистального ковпачка (EMR-Cap) і 5 EMR по частинах (EPMR); 91 — шляхом петльової поліпектомії, 82 — щипцевої поліпектомії, 24 — аргоноплазмової абляції. Загальна кіль-

кість ускладнень колоноскопії в дослідженні — 0,8 % (13/1547, 95 % ДІ 0,5–1,5 %).

Висновок. Застосування методик покращання ендоскопічного зображення підвищує ефективність виявлення поверхневих неоплазій кишечника, видалення яких доцільно проводити шляхом ендоскопічної резекції слизової оболонки в межах здорових тканин, що є ефективним і безпечним методом лікування.

ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОЙ СЕТКИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВЫВИХА ГОЛОВКИ ЭНДОПРОТЕЗА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Головаха М. Л., Масленников С. О.

Запорозький державний медичний університет,
Запорозьє, Україна

Вывих головки эндопротеза остается одним из наиболее частых осложнений тотального эндопротезирования тазобедренного сустава. Частота вывиха головки эндопротеза, по данным различных авторов, составляет от 1,5 до 11 % после первичного эндопротезирования и 4–25 % после ревизионного. Несмотря на правильную ориентацию компонентов эндопротеза тазобедренного сустава, в случаях ревизий и удлинения конечности остается высокий риск вывиха головки эндопротеза из-за слабости мышц и существенной гипермобильности сустава. В таких случаях используют ацетабулярные имплантаты с двойной сферой, вкладыши с фиксированной головкой, продлевают постельный режим для образования рубцов в гематоме, которая заполняет отсутствующую капсулу сустава. Целью было улучшение результатов эндопротезирования путем применения полипропиленовой сетки для профилактики вывиха головки эндопротеза после ревизионного эндопротезирования.

Проведен гистоморфологический анализ совместимости пропиленовой сетки и капсулы сустава, а также ретроспективный анализ результатов лечения 9 пациентов, которым выполнено ревизионное эндопротезирование, и 6 пациентов после первичного эндопротезирования по поводу дисплазии с удлинением бедра около 4 см (период 2009–2016 гг.). Всем больным делали пластику дефекта капсулы сустава полипропиленовой сеткой (ПППС), установленной под мягкие ткани, в проекции капсулы, фиксируя викриловой нитью.

Использование ПППС для пластики капсулы сустава является дискуссионным вопросом. С учетом небольшого количества материала, утверждать, что она является фактором, который предотвращает вывих головки бедра, конечно, нельзя. Однако отсутствие инфекционных осложнений и повторных вывихов у всех пациентов свидетельствует о позитивных результатах. Морфологически вокруг волокон ПППС и в ее ячейках формируется плотная фиброзная ткань с элементами жировой ткани, что служит дополнительным фактором стабилизации капсулы.

Применение ПППС позволило достичь отсутствия вывихов головки эндопротеза у всех пациентов, прооперированных по данной методике, однако наличие дискуссионных вопросов требует дальнейшего исследования.

ИЗУЧЕНИЕ СТЕПЕНИ ИНТЕГРАЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ В ЭЛЕМЕНТЫ ЭНДО-ЭКЗОПРОТЕЗА, ПОКРЫТЫЕ УГЛЕРОД-УГЛЕРОДНЫМ КОМПОЗИТНЫМ МАТЕРИАЛОМ

Масленников С. О., Черный В. В.

Запорожский государственный медицинский университет, Запорожье, Украина

Пациенты после ампутации конечности сталкиваются с множеством трудностей при передвижении, включая сложности с подгонкой гильзы и утомляемостью из-за больших затрат энергии. Бедренный эндо-экзопротез позволяет избежать указанных проблем, однако вопрос материала переходной зоны остается открытым. **Целью** работы было с помощью гистоморфологических исследований оценить биосовместимость предложенного углерод-углеродного композитного материала с мягкими тканями и кожей при его имплантации лабораторным животным.

На базе кафедры прооперировано 15 крыс чистой линии. Всем животным под общим эфирным наркозом производилась экзартикуляция задней лапки на уровне коленного сустава. Графитовые имплантаты в виде стержней диаметром 1 мм и длиной 5 мм вводили в костномозговой канал бедренной кости. Формировали культю с возможностью выхода фрагмента имплантата через кожу наружу, в зоне выхода кожа вокруг имплантата кистотно ушивалась. Гистологические срезы толщиной 5–7 мкм окрашивали гематоксилином и эозином. В срезах оценивали наличие местной воспалительной реакции, состояние сосудистого русла, исследовали взаимодействие графита с мягкими тканями. Микроскопический анализ гистологических препаратов проводили при световой микроскопии на микроскопе БИОЛАМ (ЛОМО). Для фотодокументации использовали цифровую видеокамеру Epson.

При макро- и микроскопическом исследовании в ранние сроки после имплантации (14-е, 21-е сутки) определялась выраженная воспалительная реакция в виде лимфоцитарно-макрофагальной инфильтрации, отека, полнокровия сосудов и большого количества межклеточного вещества. В отдаленные сроки отмечается формирование плотной фиброзной капсулы вокруг импланта, представленной рыхлой соединительной тканью, диффузно прорастающей в волокна дермы. Глубина интеграции кожи в имплантат ($635,00 \pm 79,25$) мкм.

Проведенный морфологический анализ указывает на биологическую инертность исследуемого углеродсодержащего материала и высокую

интегративную способность. Углерод-углеродный композитный материал может быть использован как несущая конструкция опорно-двигательной системы при эндо-экзопротезировании.

ВЫБОР СПОСОБА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ МАНИПУЛЯЦИЙ В ОТДЕЛЕНИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Стрижак Л. С.

Запорожский государственный медицинский университет, Запорожье, Украина

Обезболивание новорожденных является важным компонентом выхаживания, влияющее также на отдаленные результаты развития младенцев. Для оптимизации обезболивания таких манипуляций, как люмбальная пункция и постановка центральной венозной линии, проведено проспективное контрольное исследование, включающее 117 новорожденных, получавших интенсивную терапию в связи с заболеваниями перинатального периода. Все младенцы репрезентативны по массе и сроку гестации, находились на искусственной вентиляции легких. Бальная оценка боли проводилась по шкале "COMFORT", также измерялись среднее время плача и показатели гемодинамики. Результаты оценивались до исследования, во время манипуляции и через 5 мин после. Стандартная анальгезия 20 % раствором глюкозы в группе 1 ($n=27$) показала недостаточный уровень обезболивания — ($25,78 \pm 1,22$) балла и повышала лишь уровень комфорта детей. Анальгезия парацетамолом также не имела успеха — группа 2 ($n=15$). Эти результаты потребовали сравнительного анализа показателей 5 групп исследования. Показатели групп 1 и 2 сравнивали с группой 3 ($n=26$), получавшей раствор фентанила в субнаркотической дозе, с группой 4 ($n=37$), которая получала аппликацию крема с лидокаином, а у младенцев группы 5 ($n=12$) предложено комбинированное обезболивание 20 % глюкозой и местноанестезирующим кремом. Анализ качества анальгезии и комфорта у новорожденных выявил достоверные различия между группами. В группе 3 показатель составил ($16,00 \pm 0,42$) балла, что ниже границы нормы (17 баллов) и достоверно ниже ($p < 0,01$) относительно показателей групп 1 и 2, что указывает на развитие глубокой седации. Применение местного анестетика в группе исследования 4 и комбинированного метода в группе 5 показало достаточный анальгетический эффект. Результат составил ($22,51 \pm 0,23$) и ($21,08 \pm 2,86$) балла соответственно, что достоверно ниже ($p < 0,01$) относительно показателей группы 1. Таким образом, комбинированное применение 20 % раствора глюкозы и местноанестезирующего крема с лидокаином обеспечивает достаточный уровень анальгезии и комфорта при болезненных манипуляциях у новорожденных в отделении интенсивной терапии и является оптимальным методом обезболивания распространенных манипуляций.

ЗМІСТ

«Круглий стіл», присвячений 100-річчю з дня народження професора Івана Генріховича Герцена	Секція нейронаук
«Круглый стол», посвященный 100-летию со дня рождения профессора Ивана Генриховича Герцена	Секция нейронаук
“Round Table”, dedicated to 100th anniversary of professor I. G. Herzen’s birth 3	Section of Neuroscience 99
Секція суспільних і гуманітарних наук, філософії та соціальної медицини	Секція хірургії I (загальна хірургія)
Секция общественных и гуманитарных наук, философии и социальной медицины	Секция хирургии I (общая хирургия)
Section of Social Sciences and Humanities, Philosophy and Social Medicine 7	Section of Surgery I (General Surgery) 111
Секція морфологічних наук	Секція хірургії II
Секция морфологических наук	(вузькоспеціалізована хірургія)
Section of Morphological Sciences 23	Секция хирургии II
Секція медичної біології, гігієни людини, біофізики та медичної апаратури	(узкоспециализированная хирургия)
Секция медицинской биологии, гигиены человека, биофизики и медицинской аппаратуры	Section of Surgery II
Section of Medical Biology, Human Health, Biophysics and Medical Equipment 30	(Highly Specialized Surgery) 124
Секція фізіологічних наук	Секція онкології, променевої діагностики і терапії, реконструктивної та відновної медицини
Секция физиологических наук	Секция онкологии, лучевой диагностики и терапии, реконструктивной и восстановительной медицины
Section of Physiological Sciences 35	Section of Oncology, X-Ray Diagnostic and Therapy, Reconstructive and Regenerative Medicine 136
Секція фармакології і фармації	Секція акушерства, гінекології та урології
Секция фармакологии и фармации	Секция акушерства, гинекологии и урологии
Section of Pharmacology and Pharmacy 52	Section of Obstetrics, Gynecology and Urology 147
Секція терапії I (захворювання серцево-судинної системи)	Секція педіатрії
Секция терапии I (заболевания сердечно-сосудистой системы)	Секция педиатрии
Section of Therapy I (Diseases of Cardiovascular System) 69	Section of Pediatrics 160
Секція терапії II (загальна терапія та сімейна медицина)	Секція стоматології
Секция терапии II (общая терапия и семейная медицина)	Секция стоматологии
Section of Therapy II (General Therapy and Family Practice) 75	Section of Dentistry 167
Секція інфекційних, шкірно-венеричних хвороб і туберкульозу	Секція фізичної реабілітації, спортивної медицини та валеології
Секция инфекционных, кожно-венерических болезней и туберкулеза	Секция физической реабилитации, спортивной медицины и валеологии
Section of Infection, Dermatovenereal Diseases and Tuberculosis 87	Section of Physical Rehabilitation, Sports Medicine and Valeology 174
Секція нейронаук	Секція симуляційної медицини та інноваційних методів навчання
Секция нейронаук	Секция симуляционной медицины и инновационных методов обучения
Section of Neuroscience 99	Section of Simulation Medicine and Innovative Educating Methods 185
Секція хірургії I (загальна хірургія)	Мультидисциплінарна англійська секція
Секция хирургии I (общая хирургия)	Мультидисциплинарная англоязычная секция
Section of Surgery I (General Surgery) 111	Multidisciplinary English Section 199
Секція хірургії II (вузькоспеціалізована хірургія)	Іменний покажчик 205
Секция хирургии II (узкоспециализированная хирургия)	
Section of Surgery II (Highly Specialized Surgery) 124	
Секція онкології, променевої діагностики і терапії, реконструктивної та відновної медицини	
Секция онкологии, лучевой диагностики и терапии, реконструктивной и восстановительной медицины	
Section of Oncology, X-Ray Diagnostic and Therapy, Reconstructive and Regenerative Medicine 136	
Секція акушерства, гінекології та урології	
Секция акушерства, гинекологии и урологии	
Section of Obstetrics, Gynecology and Urology 147	
Секція педіатрії	
Секция педиатрии	
Section of Pediatrics 160	
Секція стоматології	
Секция стоматологии	
Section of Dentistry 167	
Секція фізичної реабілітації, спортивної медицини та валеології	
Секция физической реабилитации, спортивной медицины и валеологии	
Section of Physical Rehabilitation, Sports Medicine and Valeology 174	
Секція симуляційної медицини та інноваційних методів навчання	
Секция симуляционной медицины и инновационных методов обучения	
Section of Simulation Medicine and Innovative Educating Methods 185	
Мультидисциплінарна англійська секція	
Мультидисциплинарная англоязычная секция	
Multidisciplinary English Section 199	
Іменний покажчик 205	