



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



# СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

(для студентів та молодих вчених)

19–20 квітня 2018 року

**Тези доповідей**



ОДЕСЬКИЙ  
МЕДУНІВЕРСИТЕТ

УДК 06.091.5:061.3:61-057.875  
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),  
проф. В. О. Ульянов, проф. В. Г. Марічереда,  
доц. К. О. Талалаєв, доц. Н. О. Романова, 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 С. І. Корхова. Одеса, 19–20 квітня 2018 року : тези доп. — Одеса : ОНМедУ, 2018. — 178 с.  
ISBN 978-966-443-091-0

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

УДК 06.091.5:061.3:61-057.875

ні плівки (СП), на які можна наносити різні лікарські засоби. Під дією слини плівка розсмоктується і лікувальні компоненти дифундують в уражені тканини. Актуальним залишається використання рослинної сировини у стоматології, тому ми нанесли на СП екстракт трави герані болотної.

**Метою** нашої роботи було вивчити протизапальну активність виготовленої СП з екстрактом трави герані болотної.

**Матеріали та методи.** Дослідження протизапальної активності виготовленої СП з екстрактом трави герані болотної проводилися на основі карагенінової моделі запального набряку лап щурів згідно із міжнародними умовами проведення експериментів з лабораторними тваринами. Для порівняння вивчали диклофенак, кетанов і кварцетин. За 40 хв до введення 0,1 мл 2 % розчину карагеніну тваринам внутрішньошлунково вводили досліджувані речовини.

**Результати.** Виявлена протизапальна активність СП з екстрактом трави герані болотної, яка лише на 17 % нижча, ніж при застосуванні диклофенаку, і на 12 % нижча, ніж при застосуванні кетанову, але враховуючи при цьому відсутність побічних ефектів досліджуваної рослинної сировини. Кварцетин практично не проявив протизапальної активності.

**Висновки.** Дослідження доводять, що виготовлена стоматологічна плівка з нанесеним на неї фітокомплексом герані болотної добре розсмоктується, проявляє протизапальну активність, є безпечним і перспективним лікарським засобом для впровадження в стоматологічну практику.

## КЛІНІКО-ГІСТОТОПОГРАФІЧНЕ ТА БІОМЕХАНІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПРОВЕДЕННЯ ВЕРХНЬОЇ БЛЕФАРОПЛАСТИКИ

Суржинська Н. В.

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», Полтава, Україна*

Надзвичайно актуальним в наш час є вдосконалення методики проведення розрізів та відшарування шкіри на етапах проведення верхньої блефаропластики, яке в подальшому нам дозволить оптимізувати методику проведення розрізів та визначити оптимальні межі усунування надлишків шкіри при проведенні верхньої блефаропластики.

Тому сьогодні розробка математичної моделі деформацій шкірно-жирових клаптів на етапах проведення верхньої блефаропластики є актуальним завданням сучасної пластичної хірургії.

**Мета.** Вдосконалити методику розрізів та відшарування шкіри на етапах проведення верхньої блефаропластики.

Загальна товщина гістотопографічних препаратів, що були отримані з цієї ділянки, ( $4700 \pm 500$ ) мкм. Товщина епідермісу знаходиться у межах ( $45 \pm 10$ ) мкм. Залежності цього параметра від форми голови та віку нами не виявлено. Підшкірна жирова клітковина достатньо розвинена, пухка, з невеликою кількістю сполучнотканинних перетинок, які дозволяють розглядати жирову кліт-

ковину даного регіону як своєрідну форму слизових оболонкок. Товщина гіподерми ( $1325 \pm 125$ ) мкм.

Товщина м'язового шару знаходиться у межах ( $725 \pm 125$ ) мкм. Вглиб визначався шар власної фасції завтовшки від 500 до 650 мкм. У 85 % препаратів, що досліджувалися, він складався з 5 пластин, у 15 % — з 3.

Чинниками ковзання і зсуву шкіри у надочно-ямковій ділянці є:

- пластична поверхнева фасція;
- пухка підшкірна жирова клітковина.

Розмітка меж оперативного втручання при виконанні блефаропластики залежить від кількості шкіри, яка буде видалена, раси пацієнта і природної складки верхньої повіки. Шкіру, яку планують видалити, розмічають у вигляді еліпса, що звужується до внутрішнього кута очної щілини і розширюється до зовнішнього.

Межі зазвичай намічають маленькими точками, у цьому випадку вони не розмазуються і розріз виходить найбільш точний. З боку зовнішнього кута ока еліпс мають ширше, щоб видалити латеральну складку, яка є практично в усіх пацієнтів. Нижня межа розрізу має збігатися з природною складкою повіки від зовнішнього до внутрішнього кута ока.

## РАННЯ ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТКАНИН ПАРОДОНТА

Лисенко О. С., Павлішин Р. О.

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

З метою хірургічного лікування генералізованого пародонтиту, нами запропоновано нову остеотропну композицію на основі модифікованої біоактивної кераміки, у якій як антибактеріальні агенти додано іони срібла та міді, і препарату «Алфлупт», що містить сполуки глікозаміногліканів.

**Мета.** Вивчення ранньої клінічної ефективності застосування остеотропної композиції при хірургічному лікуванні кісткових пародонтальних кишень у хворих на генералізований пародонтит методом спрямованої регенерації тканин.

**Матеріали та методи.** Рандомізоване клінічне дослідження виконано у 47 хворих на генералізований пародонтит, II і III ступеня, хронічного перебігу, середнім віком ( $43,2 \pm 1,7$ ) року. Усім хворим здійснені хірургічні втручання на тканинах пародонта з розподілом на дві групи. У основній групі використано остеотропну композицію і бар'єрну мембрану «Bio-Gide». У контрольній групі — теж мембрану і остеопластичний матеріал «Bio-Oss».

Протягом перших семи діб після операції у хворих визначали ступінь болю, кровоточивості на післяопераційних ділянках, гіперемії та набряку ясен і навколишніх слизових оболонкок, використовуючи анкетування і при огляді лікарем за критеріями їх відсутності, незначного, помірного або вираженого прояву. Післяопераційний стан пародонтальних клаптів на 7-му та 14-ту добу оцінювали за індексом раннього загоєння рани (IP3P, H. Wachtel, 2003). Реєстрували ознаки експозиції

та відторгнення пародонтологічних бар'єрних мембран.

**Результати.** Хірургічне лікування методом спрямованої регенерації тканин проведено у ділянці 56 кісткових пародонтальних кишень, рівномірно репрезентованих в основній (23 хворих, 48,9 %) та контрольній (24 хворих, 51,1 %) групах.

Післяопераційні больові відчуття спостерігали у 8 (29,6 %) ділянках з основної групи, а в контрольній групі — у 17 (58,6 %) ділянках. Переважала помірна інтенсивність болю в обох групах. Відсутність кровоточивості визначено у 22 (81,4 %) ділянках в основній групі. Кровоточивість (різної інтенсивності) у контрольній групі спостерігалася у 8 (27,5 %) післяопераційних ділянках. Переважала незначна гіперемія — у 11 (41 %) ділянках в основній групі, 12 (39 %) ділянках у контрольній групі. Виражений набряк був діагностований приблизно у 4 % випадків у обох групах. Незначний набряк визначений на 6 післяопераційних ділянках, що на 14 % нижче, ніж у групі порівняння.

На 7-му добу дослідження повне сполучення пародонтальних клаптів та ознаки загоєння післяопераційних ран первинним натягом незначно переважали в основній групі: 14 (52 %) ділянок в основній групі та 11 (38 %) ділянок у контрольній групі. Утворення плівок і рясних нашарувань фібрину на контактуючих поверхнях післяопераційних ран визначено на 12 (44,3 %) ділянках в основній групі та 15 (52 %) ділянках у контрольній групі. На 14-ту добу зареєстровано більш виразне утворення фібринового випоту у контрольній групі. Частковий некроз контактуючих поверхонь клаптів у ділянці міжзубних сосочків спостерігався переважно протягом першого тижня: 1 (3,7 %) ділянка в основній групі проти 3 (10 %) ділянок у контрольній групі. Достовірних відмінностей ІРЗР між клінічними групами не виявлено.

**Висновок.** Проведений аналіз хірургічного лікування у пацієнтів основної групи з використанням запропонованої остеотропної композиції, продемонстрував високу ранню клінічну ефективність, що не поступається результатам лікування з більш високоякісними остеопластичними матеріалами.

- Евреїнова М. Н. 125  
Егоров Н. В. 97
- Євчев Р. А. 29  
Єлісеєва Є. О. 17, 29  
Єлісеєва Т. О. 35  
Єфимович Н. П. 10
- Жадан Ю. Г. 121  
Желізняк Н. А. 147  
Жовтенко О. В. 26  
Жуковський Д. О. 131  
Жулікова М. В. 27, 46, 133  
Журавлева Е. С. 48
- Завгородній А. С. 123  
Задорожний О. А. 126  
Задорожнюк А. И. 137  
Зайцев А. С. 30, 76  
Заковенко А. С. 88  
Залогіна-Киркелан М. А. 52  
Зарецька А. В. 140  
Заричная Т. П. 56, 57  
Заровна Г. О. 28  
Засоріна О. О. 60  
Захарченко С. О. 157  
Зейналов Джамал 10  
Зелінська К. Р. 60  
Зиміна М. С. 64  
Зінич О. Л. 27  
Зінченко Л. В. 55  
Золотухіна О. Л. 152  
Зонаріс М. В. 101
- Илющенко С. Ю. 114
- Іванова А. Ю. 108  
Іванова М. О. 88  
Іванченко С. В. 149  
Іванюк А. В. 94, 95  
Іздепський В. І. 106  
Істомін Д. А. 123
- Казмірчук М. А. 121  
Калугина Т. В. 57  
Каневський Р. С. 56  
Каплун А. В. 21  
Капалан А. О. 96  
Каравелкова Ю. С. 58, 59  
Карнаушенко Є. В. 132  
Касаткін А. А. 24  
Каштальян Н. М. 127  
Квасневський Є. А. 101
- Квачук І. В. 162  
Квашніна А. А. 122  
Керімова К. Р. 61  
Кизыма А. В. 119  
Кирилук В. О. 11  
Кишкан П. Я. 65  
Кірічек В. І. 142  
Кірчев В. В. 38  
Кобылянская Л. И. 45  
Коваль Л. І. 141  
Коваль Р. Р. 137  
Ковальська В. В. 38  
Ковальчук Р. Л. 121  
Козішкурт А. С. 90  
Козлова О. Г. 77  
Козлова Ю. О. 62  
Колесник А. С. 91  
Колесник О. О. 96  
Колесніченко О. А. 24, 25  
Колісніченко М. В. 61  
Коломиец А. К. 15  
Колосов О. М. 132  
Колочко В. А. 70  
Комкіна М. О. 85  
Константинова В. С. 134  
Копецька К. Д. 77  
Корецький П. Є. 80  
Коробейникова О. А. 105  
Коротчук М. О. 85  
Корчинська А. А. 53  
Косей Т. В. 125  
Костенко А. В. 81  
Костюк А. С. 125  
Костюк О. М. 117  
Котович Ю. А. 67  
Кравец К. В. 107  
Кравченко В. В. 96  
Кравченко К. А. 77  
Кральская С. В. 56  
Крепечь С. М. 39  
Крепечь Ю. С. 37  
Кресюн М. С. 108  
Кривенок В. С. 101  
Кривой І. І. 55  
Криворука В. В. 47  
Крюкова Г. В. 49, 88  
Кудря Д. В. 31  
Кузнецова М. А. 46  
Кузьмин Н. В. 126  
Кулагина Ю. Э. 131  
Курманенко А. І. 12, 30  
Куртова М. М. 30, 31  
Кушнарьов В. О. 148
- Кушнір Г. Ю. 126  
Лабунская В. Р. 47, 158  
Лабунська В. Р. 115  
Лагода Д. О. 78  
Ларкіна С. О. 39  
Леженко К. В. 64  
Ленік Р. Г. 41  
Лесневська А. С. 115  
Летова Е. В. 111  
Лесна А. С. 72  
Линькевич В. А. 113  
Лисенко Н. В. 109  
Лисенко О. С. 153  
Лихолат Н. Є. 9  
Логвинова А. А. 45  
Лозинская Т. М. 138  
Лозінська Т. М. 139  
Лузан В. В. 141  
Лукашевський О. Я. 49  
Лукьянова Е. М. 43, 45  
Луцик А. І. 127  
Луцик М. І. 127  
Луцкін С. В. 148  
Луцький А. С. 136  
Лысаченко В. В. 113  
Ляшенко А. В. 29
- Маврова Т. П. 130  
Мавроматіс М. А. 135  
Мазепа К. В. 5, 6  
Мазка А. К. 67  
Мазніченко Є. О. 24, 78  
Майбродська М. В. 151  
Майстренко М. С. 160  
Макарець І. С. 53  
Маковецька М. Г. 60  
Максимович А. А. 50  
Маліченко А. Р. 22  
Мальченко Я. О. 78  
Мандрик О. Є. 83  
Мариновська І. В. 68, 73  
Мартынов Г. И. 35  
Марусич Т. С. 94, 95  
Марущак К. В. 135  
Марченко Д. О. 62  
Маслобоева Т. М. 30  
Масляк К. Т. 49  
Матвейшина Т. М. 23  
Матюшкіна М. В. 54  
Меліксетян К. Г. 158  
Мельник В. О. 107  
Мельник О. А. 89  
Мельниченко Л. В. 161