

УДК 616-003.92-084

©Д. С. Аветіков, І. Я. Криницька, Х. О. Лоза

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»

## Вплив різних видів шовних матеріалів на показники вільнорадикального окиснення ліпідів у гомогенаті шкіри щурів

Незважаючи на велику кількість наукових досліджень і розробок, створення оптимального естетичного рубця було і залишається основною проблемою в пластичній та щелепно-лицевій хірургії. Характер і вид рубця залежать від різних факторів, одним із яких вигляд шовного матеріалу.

Метою було визначити показники активації вільнорадикального окиснення ліпідів гомогенату шкіри залежно від матеріалу для фіксації країв рани.

В експерименті використовували 60 щурів-самців масою 180–200 г. Усім тваринам під ефірним наркозом наносили повношарові прямолінійні розрізи довжиною 2 см на передній поверхні живота в поздовжньому напрямку. Половині тварин негайно здійснювали накладання вузлових швів ниткою «Поліамід № 4»

(перша група), в інших тварин для фіксації країв рани був використаний шкірний клей «Дермабонд» (друга група).

Показники як первинних (дієнових кон'югатів), так і вторинних (ТБК-активних) продуктів пероксидного окиснення ліпідів у гомогенаті шкіри тварин першої експериментальної групи достовірно нижчі за відповідні показники другої експериментальної групи.

Застосування шкірного клею «Дермабонд» викликає незначну активацію процесів вільнорадикального окиснення ліпідів та створює більш оптимальні умови для формування нормотрофічного рубця, ніж накладання поверхневих швів на шкіру. Таким чином, застосування шкірного клею є інтраопераційним методом профілактики утворення патологічних рубців.

УДК 616.742-089

©Д. С. Аветіков, Д. В. Стебловський

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»

## Види розрізів у соскоподібній ділянці при проведенні нижньої ретидектомії

Гістотопографічні аспекти передчасного старіння шкіри та наступного інволюційного птозу вивчені недостатньо, що обмежує ефективне лікування цієї групи пацієнтів.

Метою дослідження була оптимізація методики проведення розрізів при виконанні нижньої ретидектомії.

Морфологічні дослідження проводилися на 34 свіжих трупах людей віком від 15 до 65 років. Об'єктом дослідження було 30 пацієнтів з інволюційним птозом шкіри нижньої третини обличчя.

Від дерми чітко прослідковуються тяжі, що йдуть у товщу підшкірно-жирової клітковини і далі до поверхневої фасції. Між тяжами розміщені жирові часточки. Ці тяжи можна використовувати як перемички системи, що ковзає, а жирові часточки – для сили протидії, бо вони перекочуються при бічних деформаціях шкіри.

Чинниками зсуву та ковзання шкіри в соскоподібній ділянці є сполучнотканинні перемички від дерми до поверхневої фасції, і обидва листки власної фасції.

При бічному зміщенні шкіри, її переміщення можливе на довжину перемичок із деформацією та сплюсненням жирових часточок.

Враховуючи отримані топографо-анатомічні дані у соскоподібній ділянці ми пропонуємо наступні види розрізів: криволінійний розріз у волосяній частині (в доліхоцефалів), вертикальний розріз у

завушній складці (у брахіцефалів), зигзагоподібний розріз у волосяній частині (в мезоцефалів).

Таким чином, ми обґрунтували оптимальні методики розрізів при проведенні нижньої ретидектомії, що забезпечують хірургічні втручання із збереженням природних топографо-анатомічних співвідношень тканин обличчя та шиї

УДК 616-002.7

©С. В. Кузенко

Сумський державний університет

## Механізм формування гігантоклітинного епулісу

Макроскопічно епуліс за типом гігантоклітинної гранульоми являє собою осередкове розростання м'яких тканин, що виступають над рівнем ясен, розміром від вишневої кісточки і більше. Епуліс розміщується на вузькій або широкій ніжці, з поверхні він покритий слизовою оболонкою рожевого кольору як і прилегла слизова оболонка ясен.

Гігантоклітинний епуліс характеризується наявністю багатоядерних гігантських клітин (остеоподібних клітин). Злоякісні новоутворення в пухлині гігантських клітин є рідкістю і зустрічається приблизно у 2 % усіх випадків. Однак якщо злоякісне переродження має місце, це, ймовірно, метастазує в легені. Пухлини гігантських клітин зазвичай доброякісні [1], але з непередбачуваною поведінкою [2]. Ці гетерогенні пухлини складаються з трьох різних клітинних популяцій. У стромі пухлина представлена багатоядерними клітинами [3], які мають макрофагальне походження.

Медикаментозне лікування гігантоклітинних епулісів при неможливості іншого лікування включає бісфосфонати, такі як Zoledronate. Бісфосфонати індукують апоптоз у фракції макрофагальних клітин, запобігаючи остеолізу. Дослідження показали, що Zolidronat ефективний у знищенні остеокластоподібних клітин [4].

Метою роботи було проаналізувати наявність механізмів реалізації програм утворення гігантоклітинного епулісу.

Ми проаналізували архів гістологічних блоків від 20 пацієнтів Сумської обласної клінічної лікарні, яким гістологічно поставлено діагноз гігантоклітинного епулісу. Віковий діапазон наведено у таблиці.

Досліджувані зразки тканин фіксували протягом 18 год у нейтральному формаліні (рН 7,4) для зберігання максимального прижиттєвого стану.

Імуногістохімічне дослідження проведено з використанням маркерів CD68 (макрофаги), CD3 (Т-лімфоцити), CD79A (В-лімфоцити), MPO (нейтрофіли) за стандартною методикою.

У дослідженнях встановлено, що CD68 клітини (макрофаги) відіграють ключову роль у рості гігантоклітинного епулісу. Спостерігається наявність негативного кореляційного зв'язку між макрофагальними клітинами Т-, В-лімфоцитами і нейтрофільними лейкоцитами  $CD68-CD3\ r=-0,58$

**Таблиця.** Віковий склад обстежених хворих з продуктивним запальним процесом

Віковий діапазон, роки	Гігантоклітинний епуліс (n=20)	
	стать	
	чоловіки	жінки
18–39	–	3
40–59	4	6
60–80	5	2
Усього	9	11