

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

**104-ї підсумкової науково-практичної конференції
з міжнародною участю
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
06, 08, 13 лютого 2023 року**

Конференція внесена до Реєстру заходів безперервного професійного розвитку,
які проводитимуться у 2023 році №5500074

Чернівці – 2023

клінічно розвивається гестаційний пієлонефрит. Якщо, з тих чи інших причин, вагітні не отримували лікування, то вірогідність розвитку гестаційного пієлонефриту становить 15–57%. Лише в 1–2% вагітних із негативним результатом бактеріологічного дослідження сечі надалі може розвинути гестаційний пієлонефрит.

Результати дослідження. Лікування безсимптомної бактеріурії полягає в однократному призначенні вискоєфективного безпечного антибіотика або проведенні короткого (3-денного) курсу лікування. Схеми, що рекомендуються у сучасних умовах: фосфоміцину трометамол по 3 г 1 раз на день; амоксицилін/клавуланат по 625 мг 2 рази на день 3 дні; цефуроксиму аксетил по 250 мг 2 рази на день впродовж 3 днів; цефтибутен по 400 мг 1 раз на день -3 дні; нітрофурантоїн по 100 мг 4 рази на день - 3 дні. З урахуванням безпеки для плода та новонародженого тільки схема із використанням нітрофурантоїну має обмеження в третьому триместрі, оскільки існує можливість розвитку гемолітичної анемії. Інші схеми можна застосовувати впродовж усіх термінів вагітності. Через 2 тижні після лікування обов'язковим є бактеріологічне дослідження сечі. Якщо повторно визначають безсимптомну бактеріурію, то призначають антибактеріальне лікування, обираючи іншу схему серед вищенаведених або враховуючи встановлену чутливість виявлених мікроорганізмів. Профілактикою гестаційного пієлонефриту є лікування наявних у вагітної вогнищ інфекції та застосування фітотерапії - толокнянка, шипшина, польовий хвощ та ін., канефрон Н по 50 крапель 3 рази на добу впродовж 1 місяця. Корисне щоденне перебування в колінно-ліктьовому положенні 3-4 рази на день по 5-8 хв.

Висновки. Таким чином, безсимптомна бактеріурія є одним із факторів ризику розвитку гестаційного пієлонефриту. Доведено, що частота пієлонефриту, залежить від виявлення та лікування у вагітних безсимптомної бактеріурії. У вагітних, які не отримували лікування, вірогідність розвитку гестаційного пієлонефриту становить 15–57%. Лікування безсимптомної бактеріурії полягає в однократному призначенні вискоєфективного безпечного антибіотика або проведенні 3-денного курсу лікування.

Ковальчук П.Є.

БИОМЕХАНИЧНА ОЦІНКА СТАБІЛЬНОСТІ БЛОКУЮЧОГО ІНТРАМЕДУЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗУ ПОДВІЙНИХ ПЕРЕЛОМІВ ВЕЛИКОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ

Кафедра травматології та ортопедії

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Прагнення до підвищення надійності та стабільності фіксації переломів довгих кісток на фоні збільшення кількості важких травм приводить до появи нових фіксуючих конструкцій та систем, в основу яких покладено анатоμο-фізіологічну адаптованість, зручність та ефективність проведення остеосинтезу. Одним з факторів успішного оперативного лікування подвійних переломів та подальшої реабілітації є оцінка стабільності фіксації даного пошкодження.

Мета дослідження. Провести оцінку біомеханічної стабільності системи «кістка - блокуючий інтрамедулярний фіксатор» при подвійних діафізарних переломах великогомілкової кістки без розсвердлювання кістково-мозкового каналу.

Матеріал і методи дослідження. Дослідження проведено на препаратах свіжих великогомілкових кісток, вилучених при аутопсії у померлих раптовою смертю в наслідок нещасних випадків. Усі препарати поділено на три групи по 9 препаратів в кожній: 1 група - цілі кістки; 2 група - препарати, синтезовані після поперечної остеотомії нижньої третини за допомогою БІМПФ-8; 3 група - препарати, синтезовані після поперечної остеотомії верхньої та нижньої остеотомії за допомогою БІМПФ-8. З кожною групою препаратів проведено дослідження щодо оцінки їх деформативності при згині в 4-х напрямках: дорсо-вентральному, вентро-дорсальному, медіо-латеральному, латеро-медіальному.

Результати дослідження. Проведені дослідження дозволили провести порівняльний аналіз стабільності фіксації поперечних одинарних та подвійних діафізарних переломів

великокомілкових кісток за допомогою БІМПФ-8, порівнюючи величину прогинів у дорсивентральному, вентродорсальному, медіолатеральному, латеромедіальному напрямках із своєрідним умовним еталоном - препаратами цілої непошкодженої великокомілкової кістки. З дослідження випливає, що найменших прогинів зазнають препарати цілих непошкоджених великокомілкових кісток, децо їм поступаються препарати, синтезовані БІМПФ-8 у разі одинарних поперечних переломів нижньої третини діафіза. Проте - деформації зразків, синтезованих БІМПФ-8 у випадках подвійних переломів верхньої та нижньої третин діафізу виявились набагато вищими в 2,75 - 6,8 разів, в залежності від напрямку прогину. Це свідчить, що при остеосинтезі подвійних переломів за допомогою БІМПФ-8 найменшого діаметру, на етапі формування первинного мозоля, необхідна додаткова іммобілізація пошкодженого сегменту на протязі 4-5 тижнів, навантаження в цей період є дуже небажаними. Застосування запропонованої методики вимірювань деформацій згину дає можливість на підставі аналізу величини горизонтальної складової прогину висувати рекомендації, що до вдосконалення конструкцій фіксаторів та цілеспрямованого зміцнення їх форми та розмірів у певній площині. Такий підхід дозволяє науково обґрунтовувати вимоги до майбутніх моделей фіксаторів.

Висновки. Оцінка ефективності фіксуючих конструкцій повинна здійснюватися на основі комплексного підходу, який враховує всі види простих та складних навантажень, а результати біомеханічних досліджень дозволяють визначити шляхи вдосконалення конструкцій фіксаторів. Підтверджено, що при згині усіх груп препаратів у будь-якій площині виникає явище складного опору - косий згин, тобто - деформація препаратів у двох площинах: в силовій (в тій, що здійснюється навантаження) та в площині, яка перпендикулярна до неї.

Москалюк О.П.

СПОСІБ ГОЛКОВОЇ СФІНКТЕРОТОМІЇ ПРИ ЕНДОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАННЯХ НА ВЕЛИКОМУ ДУОДЕНАЛЬНОМУ СОСОЧКУ

Кафедра хірургії №2

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) є однією з найбільш поширених патологій в абдомінальній хірургії, її частота досягає 20% серед дорослого населення, причому даний показник збільшується з віком. Холедохолітаз зустрічається у 10-35% хворих на ЖКХ і, часто, стає причиною таких тяжких ускладнень, як холангіт, гострий панкреатит і механічна жовтяниця. Також збільшується кількість хворих з іншими причинами механічної жовтяниці, серед яких: онкологічна патологія підшлункової залоза (25-30%), псевдотуморозний панкреатит (до 15%) та пухлини позапечінокових жовчовивідних шляхів (10-12%). Впровадження у клінічну практику ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії (ЕРХПГ) з наступною ендоскопічною папілосфінктеротомією (ЕПСТ) для діагностики та лікування хворих з механічною жовтяницею дозволяє покращити результати лікування даної патології, особливо у хворих з важкою супутньою патологією. Необхідно підкреслити, що для успішного виконання ЕРХПГ необхідно досягти селективної канюляції холедоха або панкреатичної протоки. За даними літератури це можна здійснити в 85-90% випадків.

Мета дослідження проаналізувати ефективність та безпечність запропонованого способу ендоскопічної голкової сфінктеротомії.

Матеріал і методи дослідження. Нами запропоновано «Спосіб селективної канюляції холедоха» (патент на корисну модель UA 117568), що має на меті покращення результатів виконання голкової папілотомії при неможливості селективної канюляції холедоха та при повторних випадкових канюляціях головної панкреатичної протоки шляхом зменшення ризику виникнення специфічних ускладнень, зокрема перфорації ДПК та гострого панкреатиту.

Результати дослідження. За даними центру ендоскопічної хірургії м. Чернівці проаналізовано 1100 ендобіліарних втручань з 2016р. по 2022р. У 88 хворих із складною