

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

101 – ї

підсумкової наукової конференції

професорсько-викладацького персоналу

Вищого державного навчального закладу України

«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

10, 12, 17 лютого 2020 року

Чернівці – 2020

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 101 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (м. Чернівці, 10, 12, 17 лютого 2020 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2020. – 488 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 101 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (м.Чернівці, 10, 12, 17 лютого 2020 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Бойчук Т.М., професор Іващук О.І.,
доцент Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

професор Братенко М.К.

професор Булик Р.Є.

професор Гринчук Ф.В.

професор Давиденко І.С.

професор Дейнека С.Є.

професор Денисенко О.І.

професор Заморський І.І.

професор Колоскова О.К.

професор Коновчук В.М.

професор Пенішкевич Я.І.

професор Сидорчук Л.П.

професор Слободян О.М.

професор Ткачук С.С.

професор Тодоріко Л.Д.

професор Юзько О.М.

професор Годованець О.І.

ISBN 978-966-697-843-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2020



«Букінтермед» згідно алгоритму та визнано придатними до використання – 112 (87,5%). З 16 (12,5%) непридатних 8 (6,25%) головок дали позитивний бактеріологічний засів.

В основу даного дослідження покладено аналіз результатів хірургічного лікування пацієнтів з використанням донорської кістки, що знаходилися на лікуванні з 2013 по 2018 рік. Кісткова аллопластика була використана під час ревізійного ендопротезування кульшового суглоба хворих для пластики вертлюгової западини та проксимального метаепіфізу стегнової кістки у 74 (81,3%); для пластики кістки при встановленні феморального та тібіального компонентів ендопротезу під час ревізійного ендопротезування колінного суглоба у 8 (8,7%) хворих; з метою пластики дефекту стегнової кістки при переломах дистального метаепіфізу стегнової кістки у 3 (3,3%) хворих; пластики дефекту великогомілкової кістки при заміщенні дефекту проксимального мета епіфізу у 4 (4,4%) хворих та артродезуванні колінного суглобу з метою заміщення дефектів після ендопротезування колінного суглобу у 2 (2,3%) хворих.

Отже, кісткова алопластика дефектів кісткової тканини при ревізійному ендопротезуванні кульшового суглоба трансплантатами з кісткового банку дає можливість мати велику кількість донорської кістки при значних дефектах дна та даху вертлюгової западини та проксимального метаепіфізу стегнової кістки, що здешевлює ревізійні операції у порівнянні з використанням синтетичних та інших трансплантатів. Дотримання алгоритму консервації та обстеження донорського матеріалу є запорукою уникнення інфекційних ускладнень, можливих алергічних та імунологічних реакцій.

Владиченко К.А.

ІНТРАТЕСТИКУЛЯРНА ОБСТРУКТИВНА АЗОСПЕРМІЯ

Кафедра урології та нейрохірургії

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Обструктивна азооспермія – відсутність сперматозоїдів і герміногенних клітин в еякуляті та постеякуляторній сечі в зв'язку з двосторонньою обструкцією сім'явивідних протоків. Обструктивна форма трапляється рідше, ніж необструктивна форма азооспермії, і спостерігається у 15-20% чоловіків з азооспермією (G.R. Dohle, 2011).

Рівень обструкції може бути на різних ділянках. Обструкція на рівні придатків яєчок або сім'яносних проток найчастіше є набутою внаслідок постзапальних або посттравматичних факторів. Інтрастестикулярна форма обструкції (порушення з'єднання rete testis і додатка яєчка) частіше має вроджений характер. Інтрастестикулярна обструкція становить 15% всіх випадків обструктивної азооспермії.

При обстеженні цих пацієнтів необхідно дотримуватися рекомендацій EAU. Діагноз підтверджується проведенням 2 спермограм з інтервалом в 2-3 міс. Під час їх виконання проводиться тест на криптозооспермію (пошук сперматозоїдів після центрифугування при 400-кратному оптичному збільшенні) та виключається ретроградна еякуляція (пошук сперматозоїдів у посторгазменній сечі).

Рекомендується визначення концентрації альфа-глюкозидази в сім'яній плазмі. Зниження референтних показників вказує на можливість обструкції сім'яносних шляхів.

Проведення каріотипування, визначення делецій AZF abc, гена CFTR дозволяє виключити генетичні фактори.

Обов'язковим є визначення рівня гормонів «маркерів сперматогенезу». При обструктивній азооспермії концентрація ФСГ та Інгібіну Б у сироватці крові, зазвичай, відповідає референтним показникам. Високий рівень ФСГ має зворотну кореляцію з вірогідністю отримати клітини сперматогенезу при виконанні оперативних втручань екстракції сперматозоїдів.

При УЗД мошонки ознаками обструкції буде розширення мережі яєчка, збільшення придатка яєчка, наявність кіст або відсутність сім'явивідної протоки. Для виключення



обструкції в дистальних відділах (особливо у пацієнтів з маленьким об'ємом еякуляту) показано трансректальне ультразвукове дослідження.

Як остаточний діагностично-лікувальний метод проводиться TESA. Сперматозоїди, отримані із rete testis, зазвичай, мають знижену рухомість, тому що не пройшли цикл дозрівання у додатку яєчка. Ембріолог проводить тести на кріосенсибілізацію та життєздатність. Після чого проводиться кріоконсервація для подальшого використання в циклі допоміжних репродуктивних технологій (найбільш вірогідно - ІКСІ).

Гасько М.В.

ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО КІНЦЯ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ

*Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»
Кафедра травматології та ортопедії*

Переломи проксимального кінця плечової кістки складають 5-8% від усіх переломів кінцівок та 80% від переломів плечової кістки. У 15% переломів проксимального кінця плечової кістки спостерігається зміщення відламків, яке потребує оперативного лікування у вигляді остеосинтезу або первинного ендопротезування. На сьогоднішній день виконуються різні види оперативного втручання – відкрита репозиція та фіксація фрагментів різними типами пластин, фіксація дротяною петлею, закрита репозиція і фіксація спицями або канульованими гвинтами. Не зважаючи на різні види оперативних втручань, спостерігається велика кількість невдалих результатів лікування у вигляді контрактур плечового суглоба, асептичного некрозу головки плечової кістки, повторного зміщення фрагментів, субахроміального імпічмент синдрому.

За період з 2014-2016 рр. в травматологічному відділенні ОКУ «Лікарня швидкої медичної допомоги» м. Чернівці проведено оперативне лікування 76 хворим з переломами проксимального кінця плечової кістки. Середній вік хворих склав 52 роки. У 63% вік хворих був більше 60 років. Для вибору методу лікування ми використовували загально прийняту класифікацію переломів проксимального кінця плечової кістки, запропоновану С.S.Neeg (1970). Тактика оперативного лікування хворих залежала не тільки від типу перелома, але і від віку, фізичної активності та мотивації хворих. У 54(71%) хворих, у яких мали місце 2-3 фрагментарні пошкодження проксимального відділу плеча, під загальним знечуленням та під ЕОП-контролем проводили закрити репозицію та фіксацію фрагментів пучком спиць. Спиці видаляли через 4-5 тижнів, а кінцівку іммобілізували м'якою пов'язкою по типу Дезо протягом 6-8 тижнів. У 22 хворих (29%), де були діагностовані 3-х та 4-х фрагментарні переломи, оперативні втручання розпочинали із закритої репозиції, яка була невдала, після чого проводили відкриту репозицію та фіксацію фрагментів пластинами АО та LCP. В післяопераційному періоді використовували косиночку пов'язку з подальшою поступовою розробкою рухів у плечовому суглобі.

Віддалені результати вивчені у 36 хворих. Із 26 (72%) хворих, яким було виконано закрити репозицію переломів з фіксацією спицями, добрі результати лікування спостерігались у 21 (58,3%) хворого, у 2 (5%) хворих наступило вторинне зміщення відламків та у 3 (8%) хворих виникла стійка контрактура плечового суглоба. Із 10 (28%) хворих, яким було застосовано остеосинтез пластинами, у 3 (8,3%) виник асептичний некроз головки плечової кістки, у 2 (5%) спостерігалось нагноєння м'яких тканин, у 5 (13,7%) були добрі результати лікування.

Таким чином, аналіз віддалених результатів оперативного лікування проксимального відділу плеча показав, що застосування закритої репозиції під ЕОП-контролем та фіксація спицями фрагментів призводить до покращення результатів лікування та зменшення термінів непрацездатності.