

**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

Рентгенологічне обстеження хворих проводились при надходженні потерпілих в клініку, перед оперативним втручанням, через 2-5 днів після операції, через 2-3 місяці, та перед і після видалення фіксаторів. В залежності від ступеня вираженості рентгенологічних проявів репаративного процесу в умовах функціонального лікування було виявлено: зрощення відламків з утворенням періостального кісткового мозоля; зрощення відламків з утворенням ендостального та інтрамедіарного кісткових мозолів. В тих випадках, де були застосовані блокуючий інтрамедулярний остеосинтез та остеосинтез, зрощення відламків відбувається з утворенням періостального мозоля, розміри якого залежать від ступеня адаптації відламків та тривалості функціонального навантаження на кінцівки. В динаміці обстеження виявлено потужну періостальну реакцію при ранньому функціональному навантаженні на кінцівки, у порівнянні з групою хворих у яких якість періостального кісткового мозоля набагато краще, ніж в тих випадках, де функціональне навантаження розпочинали пізніше. Після видалення фіксатора (через 1-1,5-2 роки) відмічається часткове ущільнення та зменшення періостального кісткового мозоля. Кісткове зрощення відламків без періостальних нашарувань та незначне потовщення кістки в місці перелому спостерігалось у хворих з внутрішньо-суглобовими переломами виростків стегнової та великогомілкової кісток (де був застосований остеосинтез гвинтами та пластинами АО). Віддалені результати вивчені у 45 хворих (93,7%). У 41 (85,4%) хворого спостерігалась консолидація переломів з повним відновленням функцій кінцівок відповідно до загальноприйнятих термінів зрощення переломів. У 3 (0,6%) хворих другої клінічної групи діагностовано післятравматичний деформуючий артоз та контрактури суміжних суглобів, у 1 (0,02%) хворого виник післятравматичний остеомієліт.

Висновки. При однобічних та двобічних закритих переломах діафізів стегнової кістки та кісток гомілки доцільне застосування оперативного втручання із використанням закритого блокуючого інтрамедулярного остеосинтезу та остеосинтезу; регенерація кісткової тканини при множинних переломах довгих кісток нижніх кінцівок проявляється у виді зрощення переломів за рахунок періостального мозоля; масивний періостальний кістковий мозоль в умовах блокуючого інтрамедулярного остеосинтезу та є реакцією відповіддю на ранне функціональне навантаження кінцівки.

Глюк І.І.

ВПЛИВ БЕЗСИМПТОМНОЇ БАКТЕРІУРІЇ НА РОЗВИТОК ГЕСТАЦІЙНОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ

Кафедра урології та нейрохірургії

Буковинський державний медичний університет

Вступ. До факторів ризику розвитку гестаційного пієлонефриту належать безсимптомна бактеріурія, наявність у вагітної нелікованих вогнищ інфекції: каріозні зуби, хронічні запальні захворювання дихальних шляхів, шлунково-кишкового тракту, органів малого таза та інфекції, що передаються статевим шляхом. Безсимптомна бактеріурія – ріст бактерій в бактеріологічному аналізі сечі при відсутності симптомів інфекції сечової системи.

Мета дослідження. Безсимптомну бактеріурію виявляють у вагітних під час профілактичних обстежень. Після виявлення бактеріурії вагітній слід повторити загальний аналіз сечі після ретельної гігієни зовнішніх статевих органів, оскільки результати аналізів можуть бути хибними внаслідок наявності додаткових виділень. При повторному виявленні патологічних змін у загальному аналізі сечі необхідно виконати бактеріологічне дослідження сечі з метою виявлення ступеня бактеріурії та чутливості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів.

Матеріал і методи дослідження. За даними епідеміологічних досліджень поширеність безсимптомної бактеріурії серед вагітних становить біля 8%. Доведено, що частота пієлонефриту, залежить від виявлення та лікування у вагітних безсимптомної бактеріурії. У вагітних із бактеріурією, які отримували лікування, менше ніж у 5% випадків

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 анатомо-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