



товстої кишки та її колонізаційну резистентність є важливим компонентом патогенетичного лікування, оскільки дозволяє значно знизити потенціал мікрофлори безпосередньо у основному її джерелі.

Таким чином, у хворих похилого та старечого віку найбільш ефективним для антибіотикопрофілактики абдомінального сепсису є комбіноване застосування парентерального введення препаратів та застосування колоносанаційних заходів.

**Коваль О.А., Васюк В. Л**  
**ОСОБЛИВОСТІ КРОВОПОСТАЧАННЯ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЕПІФІЗА КІСТОК ГОМІЛКИ ТА ДІЛЯНКИ ГОМІЛКОВО-СТОПНОГО СУГЛОБА**

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

Метою та завданням роботи є вивчення особливостей кровопостачання нижньої третини гомілки, а також з'ясування топографії проникних артерій в ділянці нижньої третини кісток гомілки та гомілковостопного суглоба. Опрацьовувались препарати 15 плодів людини 4-9 місяців внутрішньоутробного розвитку з колекції кафедри гістології, цитології та ембріології; 26 кісткових препаратів нижніх кінцівок людей різного віку та статі з музею кафедри анатомії людини ім. М.Г. Туркевича ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»; тривимірні реконструкції КТ та МРТ з Університетської лікарні. Макроскопія, антропометрія, морфометрія, ін'єкція кровоносних судин препаратів плодів людини сумішшю на основі свинцевого сурику, рентгенологічні методики, тривимірне комп'ютерне реконструювання, статистичний аналіз.

В плодовому періоді пренатального розвитку людини відбувається хрящовий остеогенез, в якому кровоносні судини відіграють вирішальну морфофункціональну роль. На етапі енхондрального окостеніння кісток гомілки відбувається проростання судин кісткової манжетки всередину діафіза хрящової моделі кістки і виходу за їх межі остеогенних клітин. За рахунок діяльності остеокластів у хрящі виникають порожнини резорбції, які, зливаючись, утворюють кісткомозкову порожнину. На останньому етапі формування кістки (третій триместр пренатального розвитку) кровоносні судини врастають в епіфізарну частину хрящової моделі, утворюється епіфізарний центр окостеніння. Між епіфізарним та діафізарним центрами окостеніння формується метафізарна пластинка росту, яка має складну морфологічну будову та розвинуті внутрішньокісткові анастомози між діафізарними та метафізарними кровоносними судинами. Характерною особливістю топографії судин в ділянці метафізу є позакісткові анастомози – артеріальні гілочки, які є над- та підметафізарними відгалуженнями живильних кровоносних судин. Останні в свою чергу є низхідними гілками магістральних артерій гомілки.

В результаті дослідження в постнатальному періоді найчастіше ми зустрічали локалізації живильних артерій на передньо-бічній поверхні великогомілкової кістки, або ж їх поєднання – наявність одночасно живильних кісткових артерій на задньомедіальній та задньолатеральних поверхнях кістки. На малоомілкової кістці, крім задньо-медіальної локалізації живильних артерій, зустрічалися варіанти з "високим" (вище метафіза) розміщенням місця входження судини в речовину кістки.

Отже джерелами кровопостачання нижньої третини великогомілкової кістки є передня великогомілкова артерія, малоомілкової – малоомілкова артерія, та живильна артерія на передньо-бічній поверхні великогомілкової кістки, і задньо-медіальна живильна артерія малоомілкової кістки.

**Ковальчук П.Є., Гасько М.В., Тулюлюк С.В., Черней В.Ю.**  
**ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНА В УМОВАХ ЙОД- ТА СЕЛЕНОДЕФІЦИТУ**

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

Проблема загоєння переломів кісток є однією з актуальних в травматології. Вирішенням даної проблеми є вивчення факторів, що впливають на остеогенез.

Метою дослідження було оприлюднення результатів аналізу лікування переломів проксимального відділу стегна у пацієнтів в умовах йод- та селенодефіцитного регіону.

В основу дослідження покладено аналіз результатів хірургічного лікування 326 пацієнтів у віці від 40 до 75 років із закритими переломами шийки стегнової кістки (ПШСК) та через-міжвертельних переломів (ЧМВ), що знаходилися на лікуванні з 2011 по 2015 рік в травматологічному відділенні для дорослих ЛШМД м. Чернівці. 125 (100%) пацієнтів з варифікованим йод- та селенодефіцитом. Визначення концентрації селену в плазмі крові пацієнтів проводилось флуориметричним методом на спектрофлуориметри SFM25 ("Kontron ІНСТРУМЕНТИ" США), що показало середнє значення рівня селену -  $78,3 \pm 5,1$  мкг / л, яке нижче оптимального значення (115-130 мкг / л) і відповідає легкій формі недостатності селену. З метою усунення селенодефіциту було призначено препарати селену (55 мкг/кг/ добу). Для варифікації йоддефіциту у пацієнтів використовувався Йод-тест. Недостатність компенсували препаратами йоду (200 мкг/добу).

Остеосинтез виконувався фіксаторами: трьома кан'юльованими спонгіозними гвинтами діаметром 6,5 мм – 8 (6,4 %) пацієнтів, динамічним стегових гвинтом (DHS) – 6 (5,2 %) пацієнтів; трьома некан'юльованими спонгіозними гвинтами діаметром 6,5 мм – 11 (8,4 %); трилопатеви́м цв'яхом з діафізарною накладкою – 4



(3,2%) і без діафізарної накладки – 1 (0,8 %) пацієнт, 25 (20,0 %) – фіксаторами PFN, 70 (56,0 %) пацієнтам виконано тотальне ендопротезування кульшового суглоба.

Концентрації селену в плазмі крові, йоду в сечі та результати остеосинтезу пацієнтів нами вивчені в терміни від 1 до 1,5 років у 125 (100%) пацієнтів. Середнє значення рівня селену у 24 (42,8%) пацієнтів становило  $91,4 \pm 6,8$  мкг / л – легка форма недостатності селену, а відповідно у 32 (57,2%) пацієнтів становило  $119,2 \pm 3,4$  мкг / л – норма. За результатами експрес-тестування нами отримано – у 125 (100 %) пацієнтів нормальний показник йоду в сечі.

Застосування даного підходу сприяло зрощенню переломів без ускладнень у 118 (94,4 %) оперованих хворих. Незрощення з розвитком посттравматичного артрозу спостерігалось у 7 (5,6 %) пацієнтів.

**Кулачек Я.В., Кулачек Ф.Г.\***

### **ОЦІНКИ СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ РАНЬОГО ПЕРІОДУ ТРАВМАТИЧНОЇ ХВОРОБИ У ПОСТРАЖДАЛИХ З ТРАВМОЮ ПЕЧІНКИ.**

*Кафедра хірургії №2*

*Кафедра загальної хірургії\**

*Вищий державний навчальний заклад України*

*"Буковинський державний медичний університет"*

При наданні хірургічної допомоги постраждалим з абдомінальною травмою, особливо літнього і старечого віку, надзвичайно важливою є оцінка ступеня тяжкості ушкоджень, об'єктивізація загального стану пацієнта. Складною та до кінця не вирішеною проблемою є пошкодження печінки, що пов'язано із особливістю її розташування. Відомі системи оцінки тяжкості стану постраждалих не завжди дозволяють успішно використати їх у практиці, що пов'язано зі специфікою надання невідкладної допомоги у загально хірургічних відділеннях, а також не адаптованістю цих систем до постраждалих літнього віку. Тому нами проведений порівняльний аналіз запропонованих раніше шкал стану пацієнтів, визначення найбільш об'єктивних, а також їх модифікації з урахуванням потреб, які виникають в процесі лікування. В нашому дослідженні взяло участь 20 постраждалих із травмою печінки. Середній вік хворих склав 48 років.

У відповідності з критеріями, що визначались стосовно статусу постраждалих на основі системи бальної оцінки нами визначена вірогідність летального виходу (Px) за формулою:

$$Px = eAW / (1 + eAW), \text{ де}$$

AW = APACHE II  $\times$  0,146 + W1 + W2 + W3; W1 = -3,517 (неспецифічний коефіцієнт); W2 = +0,603 (коефіцієнт для ургентної операції); W3 = діагностичний коефіцієнт для невідкладних станів; W3 = +0,503 для захворювань шлунково-кишкового тракту; W3 = -0,203 для внутрішньочеревних інфекцій.

Враховуючи вік і наявність хронічних захворювань встановлюємо сумарну кількість балів, яку множать на коефіцієнт, що відповідає категорії політравми. Згідно визначеної суми балів у постраждалих нами виділені групи ризику розвитку летального виходу. Невисокий ризик (до 20 балів) діагностований у 6 пацієнтів групи порівняння (ретроспективно) та у 4 потерпілих основної групи (в процесі лікування). Помірний ризик (від 20 до 25 балів) діагностований у 7 постраждалих групи порівняння та 6 - основної групи. Високий ризик (від 30 до 35 балів), який діагностовано у 9-ти пацієнтів групи порівняння та 3 основної групи. Вкрай високий ризик (від 35 до 40 балів) діагностований у 2 постраждалих групи порівняння та 1 - основної групи.

У потерпілих з невисоким ризиком летального виходу вважали необхідністю виконувати оперативні втручання за традиційними хірургічними методиками, які включали своєчасність оперативного лікування, адекватні лікувальні заходи, традиційне післяопераційне ведення.

**Кучук О. П.**

### **КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОГО МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ДЕМОДЕКОЗНОГО БЛЕФАРОКОН'ЮНКТИВІТУ**

*Кафедра офтальмології ім. Б.Л.Радзіховського*

*Буковинський державний медичний університет*

Демодекозний блефарит викликається *Demodex folliculorum hominis*, *Demodex brevis*. Кліщ – залозниця вугрова паразитує в протоках сальних та мейбомієвих залоз, а також у волосяних фолікулах. Захворювання може супроводжуватись трихіазом, мадарозом, хронічним кон'юнктивітом, красним кератитом, синдромом «сухого ока». Демодекозний блефарит в 60 % випадках супроводжується з ураженням кліщем шкіри обличчя.

Медикаментозне лікування демодекоза перебігає складно через те, що кліщі розташовуються глибоко, і місцеве застосування будь-яких, навіть найбільш ефективних засобів не може подіяти одночасно на всіх паразитів, зазвичай гинуть лише найбільш поверхнево розташовані. Лікування ускладнюється ще й тим, що препарати, що містять сірку чи дьоготь не можуть бути застосовані в офтальмології, бо є шкідливими для очей, а ефективність офтальмологічних лікарських засобів недостатня через їх слабе проникнення у мейбомієві залози і власне фолікули. Зважаючи на вищевказані причини нами був запропонований комплекс лікування демодекозу шляхом послідовного нанесення на шкіру повік препаратів Спрегаль або гелю «Stop demodex» та подальшого проведення дарсонвалізації повік. За потреби аналогічні процедури проводяться на ураженій шкірі обличчя.