

**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

are two options of thromboprophylaxis which are typically combined – mechanical and pharmacologic.

Conclusions. In the era of big and complicated urological operations venous thromboembolism remains serious and sometimes fatal complication. Recommendations for DVT prophylaxis varies in different guidelines and depend on type of operation and risk factors. Decisions regarding pharmacologic thromboprophylaxis in urologic surgery is a ballance between decreased risk of venous thromboembolism and increased risk of bleeding.

Васюк В.Л.

НОВА ТЕХНОЛОГІЯ МАЛОІНВАЗИВНОГО ОСТЕОСИНТЕЗУ

ЕПІМЕТАФІЗАРНИХ ПЕРЕЛОМІВ

Кафедра травматології та ортопедії

Буковинський державний університет

Вступ. Сучасна травматологія містить великий арсенал технологій остеосинтезу для виконання стабільної фіксації переломів дистального відділу кісток гомілки, проте, переломи даної локалізації є лідерами за кількістю ускладнень (до 30%) та незадовільних наслідків. Причинами такого становища є у першу чергу порушення кровопостачання в зоні перелому та технічні проблеми при виконанні оперативного втручання.

Мета дослідження. Покращення анатомо-функціональних результатів лікування пацієнтів з осколковими внутрішньосуглобовими переломами дистального відділу кісток гомілки шляхом зменшення додаткового порушення кровопостачання відламків під час оперативного втручання.

Матеріали і методи дослідження. Базуючись на методах комп'ютерного реконструювання судинної сітки дистального метаепіфізу гомілки, удосконалено технологію малоінвазивного остеосинтезу. На математичній моделі вивчено механічні особливості різних варіантів остеосинтезу великогомілкової кістки з переломом дистального метаепіфізу типів А, В і С за класифікацією АО, на основі чого проведено біомеханічне обґрунтування удосконаленої технології малоінвазивного остеосинтезу. Проведено порівняльний аналіз результатів лікування 267 пацієнтів трьох клінічних груп з переломами дистального епіметафізу кісток гомілки з використанням розроблених та традиційної технологій. На засадах доказової медицини проведено статистичний та кореляційно-регресійний аналіз окремих досліджуваних показників віддалених наслідків прооперованого гомілковостопного суглобу.

Результати дослідження. Проведений статистичний аналіз отриманих даних у пацієнтів трьох груп з приводу оперативного втручання на гомілковостопному суглобі показав вірогідно кращі результати у 1-ої клінічної групи. Відповідно це виражалося у суттєво нижчому рівні болю (нижче від показника шкали Ankle-Hindfoot Scale на 17,7%), вірогідно кращій функціональній активності пацієнтів (нижче від показника шкали Ankle-Hindfoot Scale лише на 10,84%) та при суттєво якісному осьовому балансі (нижче від показника шкали Ankle-Hindfoot Scale лише на 3,8%). Аналогічні показники у пацієнтів 2-ої клінічної групи через 14-21 день були суттєво гіршими, як від показників 1, так і 3 прооперованих нами груп. Зокрема, рівень болю у цих пацієнтів удвічі був більш виражений (на 34,38%), функціональний стан гомілковостопного суглоба після оперативного втручання був нижчим від показника шкали Ankle-Hindfoot Scale на 28,90%, і відповідно осьовий баланс був знижений на 11,60%. Пацієнти 3-ої клінічної групи мали практично аналогічні з 1 групою окремі показники функціонування гомілковостопного суглоба, проте вірогідно значно нижчі показники осьового балансу (на 8,7%), а також зниженою рухливістю у задньому відділі стопи (на 16,17%).

Проведений кореляційно-регресійний аналіз окремих досліджуваних показників віддалених наслідків прооперованого гомілковостопного суглобу та заднього відділу стопи за шкалою AOFAS Ankle-Hindfoot Scale показав чіткий та вірогідний кореляційно-регресійний зв'язок між сумарним показником якості життя пацієнтів та

окремими складовими – рівнем болю, обмеженням активності, можливістю пересуватися, змінами ходи, осьовим балансом. Особливо чітко це проявлялося у пацієнтів 1 клінічної групи, дещо нижче – у пацієнтів 3 групи, і набагато гірше відповідно у пацієнтів 2 клінічної групи. Внесок цих показників у сумарний показник згідно проведеного нами статистичного аналізу розподілилися наступним чином (від 100% згідно шкали AOFAS Ankle-Hindfoot Scale): 1 клінічна група – 87,12%, 2 клінічна група – 70,34% та 3 клінічна група – 84,92%.

Висновки. Результати досліджень дозволяють адекватно, відповідно до визначених клінічних особливостей ураження дистального відділу кісток гомілки та суміжних структур проводити вибір технології остеосинтезу із використанням нової технології.

Гасько М.В

ДИНАМІКА РЕГЕНЕРАЦІЇ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ПРИ МНОЖИННИХ ПЕРЕЛОМАХ КІСТОК НИЖНІХ КІНЦІВОК З ЗАСТОСУВАННЯМ БЛОКУЮЧОГО ІНТРАМЕДУЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗУ

Кафедра травматології та ортопедії

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Аналіз вітчизняної та зарубіжної літератури вказує на велику медичну та соціально-економічну актуальність проблеми лікування множинних переломів кісток нижніх кінцівок і поєднаних пошкоджень. Але не дивлячись на велику кількість публікацій, реабілітація хворих множинними переломами кісток нижніх кінцівок залишається не вирішеною. Про це свідчить велика кількість невдалих результатів лікування а частота незрощень та контрактур суглобів становить до 15%.

Мета дослідження. Удосконалити тактику функціонального лікування хворих з множинними переломи кісток нижніх кінцівок за допомогою блокуючого інтрамедулярного металополімерного остеосинтезу.

Матеріали і методи дослідження. В травматологічному відділенні для дорослих ЛШМД за період з 2015 по 2020 рр. перебували на лікуванні 48 хворих з множинними переломами довгих кісток нижніх кінцівок. З метою вивчення клініко-рентгенологічної динаміки репаративного процесу всі хворі були розподілені на дві клінічні групи. В першу групу ввійшли 26 (54,2%) хворих із діафізарними, однобічними та двобічними переломи кісток нижніх кінцівок. Другу групу склали 22 (45,8%) хворих, у яких діафізарний перелом одного сегмента поєднувався з внутрішньосуглобовими переломами інших сегментів. У 11 (22,9%) хворих першої групи та 9 (18,7%) хворих другої групи мали місце поєднані пошкодження (черепно-мозкова травма та пошкодження внутрішніх органів). Травматичний шок II-III ступеня спостерігався у 43 (89,6%) хворих.

Результати дослідження. У всіх хворих лікування ми розпочинали з проведення протишокових заходів. При відкритих переломах в ургентному порядку виконували ПХО ран з накладанням компресійно-дистракційних апаратів Ілізарова або стрижневих апаратів. У хворих двох клінічних груп, де мали місце закриті однобічні та двобічні переломи стегнової кістки і кісток однієї гомілки, двобічні переломи обох стегнових кісток, поєднання діафізарного перелома з внутрішньосуглобовим перелом із зміщенням відламків, після проведення протишокових заходів застосовували закритий інтрамедулярний блокуючий остеосинтез. При внутрішньосуглобових переломах із зміщенням відламків застосовували канульовані гвинти, L-подібні пластини АО.

За допомогою рентгенологічного обстеження оцінювали репозицію відламків після оперативного втручання, якість та динаміку формування кісткового мозоля в різні терміни після операції, вплив функціонального навантаження на темпи регенерації кісткової тканини. Аналіз рентгенограм показав, що динаміка та особливості рентгенологічної картини загоєння переломів залежить від ряду факторів: важкості травми, характеру та локалізації переломів, типу перелому, застосування; методу лікування переломів, ступеня стабільності відламків та термінів функціонального навантаження пошкоджених кінцівок.