

**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

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 внутрішньо-суглобовим 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.

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