

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



МАТЕРІАЛИ

100 – ї

підсумкової наукової конференції

професорсько-викладацького персоналу

Вищого державного навчального закладу України

«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

11, 13, 18 лютого 2019 року

(присвячена 75 - річчю БДМУ)

Чернівці – 2019

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м. Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2019. – 544 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м.Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Бойчук Т.М., професор Івашук 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.

д.мед.н. Годованець О.І.

ISBN 978-966-697-543-3

© Буковинський державний медичний
університет, 2019



Тулюлюк С.В.
**НАШ ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ
З ПЕРЕЛОМАМИ П'ЯТКОВОЇ КІСТКИ**

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

Відомо, що переломи п'яткових кісток призводять до анатомічних змін і порушень біомеханіки руху. Але за останні роки в літературі мало висвітлюється проблема таких пошкоджень. Стопа втрачає нормальну адаптаційну функцію стояння та ходи, що призводить до тривалих функціональних розладів та інвалідності. У зв'язку з цим триває пошук більш ефективних методів оперативного лікування переломів п'яркової кістки.

Метою нашого дослідження було розробити оптимальну тактику хірургічного лікування переломів п'яркової кістки.

За період з 2011 по 2016 рр. у травматологічному відділенні ОКУ «Лікарня швидкої медичної допомоги» (ЛШМД) м. Чернівці проліковано 45 пацієнтів із переломами п'яткових кісток, яким проводилось оперативне втручання. З метою вивчення ефективності лікування осіб із переломами п'яткових кісток усі пацієнти були розподілені на три клінічні групи. До першої групи увійшли 12 (26,60%) осіб із позасуглобовими переломами п'яткових кісток, яким проводилось оперативне втручання з використанням гвинтів та дротяної петлі. Друга група представлена 19 (42,30%) пацієнтами, із внутрішньосуглобовими переломами п'яткових кісток, яким виконувалася закрыта репозиція під ЕОП-контролем та фіксація спицями. До третьої групи увійшли 14 (31,10%) пацієнтів із внутрішньосуглобовими переломами п'яткових кісток, яким проводилася відкрита репозиція та остеосинтез пластинами та гвинтами. Середній вік пацієнтів становив 34,4 року і коливався від 19 до 62 років. Більшість із них чоловіки – 39 (86,60%), причому основну частину становили чоловіки працездатного віку – 34 (75,50%) пацієнти. Аналіз причин переломів п'яткових кісток показав, що в більшості випадків травма зумовлена падінням із висоти – 38 (84,40%) та дорожньо-транспортними пригодами – 7 (15,60%) пацієнтів. У всіх клінічних групах лікування хворих розпочинали із протинабрякової терапії, підвищеного положення нижньої кінцівки та лікування супутніх захворювань, а оперативні втручання проводилися на 9-11-ту добу після госпіталізації. Критеріями вибору способу остеосинтезу були вік пацієнта, наявність супутніх захворювань, наявність фліктен, кількість внутрішньосуглобових фрагментів за класифікацією Sanders. У пацієнтів першої клінічної групи, у більшості випадків, мали місце переломи горба п'яркової кістки з малим або великим відірваним уламком. Лікування таких хворих проводили методом закрытої або відкритої репозиції та фіксації уламка двома гвинтами, спицями та 8-подібною дротяною петлею. У післяопераційному періоді проводили іммобілізацію кінцівки гіпсовою лонгетою до зняття швів, після чого розпочинали активні та пасивні рухи в гомілковостопному суглобі. Дозоване навантаження на кінцівку дозволяли через 8 тижнів, повне через – 10-12 тижнів. Хворим 2-ї клінічної групи під ЕОП-контролем проводили закрыту репозицію перелому та фіксацію спицями. У післяопераційному періоді гіпсової лонгети не застосовували. Через шість тижнів, після видалення спиць, розпочинали рухи в суглобах стопи, повне навантаження на кінцівку дозволяли з 12-го тижня.

У пацієнтів третьої групи із внутрішньосуглобовими переломами проводили відкриту репозицію та стабілізацію переломів накістковими пластинами. Після оперативного втручання протягом трьох діб кінцівка знаходилась на шині Беллера, хворому призначали знеболювальну терапію, антибіотики, протинабрякову терапію, іммобілізацію кінцівки гіпсовою лонгетою до зняття швів. Ходьбу на милицях дозволяли з 4-го дня після операції, дозоване навантаження на кінцівку розпочинали з 8-го тижня, а повне – з 12-го тижня.

Віддалені результати лікування вивчені за період від шести місяців до двох років після оперативного втручання. Результати лікування оцінювались за Американською шкалою AOFAS. Із 12 пацієнтів першої групи віддалені результати показали, що в 10 (83,3%)



осіб результати лікування. оцінювались як добрі (80 балів за шкалою AOFAS). У 2 (16,7%) пацієнтів, у ранньому післяопераційному періоді спостерігали нагноєння м'яких тканин, яке було своєчасно ліквідовано впродовж 10 днів і не вплинуло на результати лікування.

У 19 осіб другої клінічної групи, яким застосовувалася закрита репозиція внутрішньосуглобових переломів та фіксація спицями, ранніх післяопераційних ускладнень не спостерігали. У 16 (84,2%) пацієнтів отримані добрі результати лікування (74 бали за шкалою AOFAS). Тільки у 3 (15,8 %) осіб через 1-2 роки виник деформівний артроз із больовим синдромом (58 балів).

Із 14 пацієнтів третьої клінічної групи в 4 (28,6%) осіб 81 у післяопераційному періоді спостерігали некрози шкіри, у 3 (21,4%) – настав деформівний артроз підтаранного суглоба з вираженим больовим синдромом та порушенням ходи, і тільки в 7 (50,0%) пацієнтів отримані добрі результати лікування – 79 балів за шкалою AOFAS.

Таким чином, аналіз віддалених результатів оперативного лікування внутрішньосуглобових переломів п'яtkової кістки показав, що застосування закритої репозиції під ЕОП-контролем та фіксації спицями призводить до покращення результатів лікування та зменшення термінів непрацездатності.

Фундюр В.Д.
ОСОБЛИВОСТІ ВИКОНАННЯ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОЇ АМПУТАЦІЇ СТОПИ
У ПОЄДНАННІ З РЕГІОНАРНОЮ ПРОЛОНГОВАНОЮ ОЗОНОТЕРАПІЄЮ
ТА ЛОКАЛЬНОЮ ВАКУУМНОЮ САНАЦІЄЮ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ РАНИ
У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНО-ГАНГРЕНОЗНУ ФОРМУ
СИНДРОМА ДІАБЕТИЧНОЇ СОПИ

Кафедра хірургії № 2

*Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

У 108 хворих з IV ступенем визначеності ішемічного процесу дистальної та середньої третини стопи за класифікацією Meggitt-Wagner, в основній групі – 56 (26,66%) пацієнтів, та контрольній – 52 (24,76%) виконувалась органозберігаюча ампутація стопи з опилом середньої ділянки кубовидної та човникоподібної кісток з обов'язковим збереженням г. plantaris profundus a. dorsalis ptdis. В післяопераційному періоді, хворим основної групи проводили озонотерапію з внутрішньовенною інфузією озонованого фізіологічного розчину та локальною озонотерапією за стандартними методиками.

При виконанні половинного поперечного опилу кубовидної та човникоподібної кісток, за умови збереження колатерального кровотоку та функціонування г. plantaris profundus a. dorsalis pedis, створюються умови для формування надійної опорної функції кукси прооперованої стопи з наступною вигідною кутовою дислокацією такого варіанту їх опилу. Зазначений варіант операційного втручання поєднаний з локальною та системною озонотерапією надав можливість максимально зберегти анатомічні особливості функціонування стопи після її ампутації за межами Шопарова суглоба.

За умови дотримання зазначеного варіанту операційної методики, її виконання надає можливість для повноцінного збереження опорної функції прооперованої стопи. Через два роки після виконання органозберігаючої ампутації стопи за даною методикою, у 48 (92,3%) хворих основної групи та 28 (53,8%) контрольній, підтверджено формування функціонально спроможних для ходи кукс.