

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



МАТЕРІАЛИ

97 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
вищого державного навчального закладу України
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

15, 17, 22 лютого 2016 року

Чернівці – 2016

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Івашук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний
університет, 2016



Бродовський С.П.
НОВІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ АНАЛЬНОЇ ТРІЩИНИ

Кафедра хірургії
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

Хронічна анальна тріщина є одним із найпоширеніших захворювань прямої кишки. Ця проблема, окрім медичної, має і велику соціальну вагу, оскільки на тріщину заднього проходу страждають переважно особи працездатного віку.

Широке розповсюдження цього захворювання і пов'язана з ним болючість призвели до появи великої кількості різноманітних методів лікування хворих. Консервативні методи лікування, включаючи найсучасніші препарати для медикаментозної релаксації внутрішнього анального сфінктера, не забезпечують достатньої ефективності. При цьому частота рецидивів захворювання, протягом першого року після завершення лікування перевищує 30-40 %. Тому золотим стандартом лікування хронічних анальних тріщин вважають хірургічне висічення тріщини з одночасною сфінктеротомією. Хоча існує низка способів хірургічного розсічення анального сфінктера, навіть найдосконаліші з них із частотою до 15 % спричиняють анальне нетримання, а рецидив тріщини у віддалені строки після цих операцій може досягати 11,7 %.

Метою роботи є підвищення ефективності лікування хворих на хронічну анальну тріщину шляхом малотравматичного висічення хронічної анальної тріщини з допомогою ультразвукового скальпеля.

Вивчено результати лікування хронічної анальної тріщини за 2013-2015 в проктологічному відділенні ОКЛ. Основну групу склали 28 хворих, яким виконано висічення тріщини ультразвуковим скальпелем, використовуючи апарат «Surgitron» американської компанії «Ellman international», контрольну – 34 пацієнти, що лікувалися згідно загальноприйнятих методик. Групи були однотипними за віком та статтю, жінок було 39 (63%), а чоловіків 23 (37%). В ранньому післяопераційному періоді хворим по необхідності проводили адекватне знеболення та рекомендували проводити теплі сидячі ванночки 3-4 рази на день з розчином перманганату калію та відваром ромашки, оскільки вони зменшують тонус сфінктера, сприяють очищенню та загоєнню дефекту.

За даними візуально-аналогової шкали інтенсивність больового синдрому в першій післяопераційній день в основній групі хворих склала $5,9 \pm 0,8$ балів, в контрольній групі – $6,3 \pm 0,8$ балів ($p > 0,05$), а на третю добу післяопераційного періоду інтенсивність болю була $2,7 \pm 0,5$ балів, проти $5,1 \pm 0,8$ балів у контрольній групі. Потреба в знеболюючих препаратах відповідно у пацієнтів основної групи також була значно меншою. Проведений аналіз опитувальника SF-36 свідчить, що всі показники якості життя у пацієнтів, оперованих із використанням ультразвукового скальпеля були значно вищими (у 1,2-1,8 разу), аніж у пацієнтів групи контролю. Запропонований метод лікування не призвів до виникнення анальної недостатності в жодному випадку, тоді як у контрольній групі ознаки анального нетримання різного ступеню спостерігалися в трьох пацієнтів.

Отже, при висіченні анальної тріщини радіохвильовим скальпелем «Surgitron» ефект розрізу досягається без фізичного розчавлення та дроблення тканин. Розпад клітин та розділення тканин відбувається під впливом тепла, що виділяється при опорі тканин проникненню високочастотних хвиль. Використання апарату «Surgitron» у різних режимах роботи дозволяє уникнути появи зони коагуляційного некрозу в ділянці втручання та забезпечити ретельний гемостаз, завдяки чому операція відбувається практично безкровно. Застосування запропонованого способу хірургічного лікування анальних тріщин підвищує ефективність лікування та покращує якість життя пацієнтів.

Васюк В.Л., Васильчишин Я.М., Процюк В.В.

ВИКОРИСТАННЯ КІСТКОВОГО БАНКУ В ТРАВМАТОЛОГІЧНІЙ ТА ОРТОПЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

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

Застосування донорської кістки того ж біологічного виду в ендопротезуванні кульшового суглобу було завжди виправдано при наявності дефектів, пов'язаних з диспластичними змінами вертлюгової западини, лізисом кістки при ревматоїдному артриті, дефектів, що виникли при асептичній нестабільності компонентів ендопротезу.

Для заготівлі кісткового матеріалу, їх обробки та зберігання існують спеціальні лабораторії – кісткові банки. Основним методом консервації донорської кістки є заморожування при температурі $-70\text{ }^{\circ}\text{C}$, з наступним зберіганням при температурі $-30\text{ }^{\circ}\text{C}$ в ліофілізованому вигляді в пластмасових брикетах, з подальшим використанням протягом тривалого часу.

За період з 2010 по 2015 роки було забрано біологічний матеріал (головку стегнової кістки) у 68 (100%) пацієнтів, обстежено в лабораторії «Букінтермед» згідно алгоритму та визнано придатними до використання 56 (82,3%), з 12 (17,7%) непридатних 8 (11,8%) головок дали позитивний бактеріологічний засів.

В основу даного дослідження покладено аналіз результатів хірургічного лікування пацієнтів з використанням донорської кістки, що знаходилися на лікуванні з 2010 по 2015 рік в шведсько-українському медичному центрі «Енгельхольм». Кісткова пластика була використана під час ревізійного ендопротезування кульшового суглоба у 43 (76,8%) хворих для пластики вертлюгової западини, ревізійного ендопротезування

колінного суглоба для пластики кістки при встановленні феморального та тібіального компонентів ендопротезу у 4 (7,1%) хворих, з метою пластики дефекту стегнової кістки при переломах дистального метаепіфізу стегнової кістки у 3 (5,4%) хворих, пластики дефекту великогомілкової кістки при заміщенні дефекту проксимального мета епіфізу у 4 (7,1%) хворих та артродезуванні колінного суглобу у 2 (3,6%) хворих з метою заміщення дефектів після ендопротезування колінного суглобу.

Наявність кісткового банку значно здешевлює ревізійні операції та дає можливість мати велику кількість донорської кістки при значних дефектах дна та даху вертлюгової западини.

Дотримання алгоритму консервації та обстеження є запорукою уникнення інфекційних, алергічних та імунологічних реакцій.

Васюк В.Л., Васильчишин Я.М., Процюк В.В.

РЕВІЗІЙНЕ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ В РАЗІ ЙОГО НЕСТАБІЛЬНОСТІ

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

Первинне ендопротезування кульшового суглобу є ефективним і поширеним методом лікування термінальних стадій захворювань кульшового суглобу, що усуває біль та покращує його функцію

Метою дослідження є покращення результатів ревізійного ендопротезування кульшового суглоба при асептичній нестабільності компонентів ендопротезу шляхом визначення помилок та ускладнень первинного протезування.

За період з 2010 по 2015 роки в шведсько-українському медичному центрі «Енгельхольм» було виконано 94 оперативні втручання з приводу асептичного розхитування компонентів ендопротезу кульшового суглоба. Ці пацієнти були поділені на III групи: I – ті, в яких нестабільність виникла безпосередньо пов'язана з самим пацієнтом, II – ті, в яких нестабільність розвинулася внаслідок проблем з імплантом та його механічними пошкодженнями, III – ті, в яких нестабільність виникла внаслідок помилок в хірургічній техніці.

До першої групи були віднесено 63 (59 %) пацієнти, в яких відмічався остеоліз навколо компонентів ендопротезу та остеопоротичні зміни в тазовій та стегновій кістках, що було підтверджено по результатам денситометричного дослідження стану кісткової тканини перед ревізійною операцією, перипротезні переломи з пошкодженням цементної мантії та нестабільні при безцементному ендопротезуванні. Середній вік пацієнтів цієї групи складав 67 років. До другої групи були віднесені 24 (23%) пацієнти, безпосередньо причинами ревізій яких були механічні ушкодження компонентів ендопротезу (злам конструкцій або пошкодження цементної мантії у випадку поганої якості акрилового цементу), зношування однієї або обох «пар тертя», відсутність остеоінтеграції при безцементному ендопротезуванні. Середній вік пацієнтів цієї групи складав 62 роки. До третьої групи були віднесені 7 (8%) пацієнтів, причинами ревізій яких стали повторні вивихи голівки ендопротезу з розвитком асептичної нестабільності компонентів ендопротезу, помилковим позиціонуванням компонентів ендопротезу та іншими технічними погрішностями. Середній вік пацієнтів 58 років.

Аналіз причин розвитку нестабільності чашки ендопротеза показує, що в більшості випадків до нестабільності веде вилучення субхондральної пластинки і неповне (менш, ніж на половину) заглиблення чашки у кульшову западину. Рідше причиною служить неправильна кутова орієнтація чашки. Нестабільність нижки ендопротеза, як правило, розвивається у випадку установки її у варусному положенні. Нестабільність обох компонентів пов'язана, передусім, з наявністю остеопорозу і застосуванням ендопротеза з безцементним кріпленням з тих випадках, коли показано використання кісткового цементу.

Отже, запорукою гарного результату та тривалої експлуатації штучного суглобу є не тільки вдало та кваліфіковано виконане оперативне втручання, а вагоме значення має також передопераційне планування, вибір методу фіксації, моделі ендопротезу, матеріалу з якого виготовлений, пари тертя, реабілітації в ранньому після операційному періоді з дозованим осьовим навантаженням, остеотропною терапією в подальшому на протязі всього життя.

Васюк В.Л., Коваль О.А.

ОБҐРУНТУВАННЯ МАЛОІНВАЗИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ОСТЕОСИНТЕЗУ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЕПІФІЗУ КІСТОК ГОМІЛКИ

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

В останні роки з'являється все більше наукових робіт, присвячених різним аспектам лікування переломів дистального метаепіфіза великогомілкової кістки – так званого пілона [Романенко К.К., 2012; Лоскутов О.Є., 2010; Кондратьєв І.П., 2014; Неверов В.А. з співав., 2008; Нелин Н.И., 2008; Blauth M. et al., 2008; Kline A.J. et al., 2009; Amorosa L.F. et al., 2010; Calori G.M. et al., 2010 и др.]. Основними механізмами виникнення цих переломів є травма водіїв або пасажирів автомобіля під час дорожньо транспортних пригод і падіння з висоти. Характерно, що переломи пілона досить часто є компонентом політравми.

Сучасна травматологія містить великий арсенал технологій остеосинтезу для виконання стабільної фіксації переломів дистального відділу кісток гомілки [Лоскутов О.Є., 2010; Здоровенко А.П. з співав., 2009; Рубекина Л.Н., Бабовников А.В., 2010; Mitkovic M.B. et al., 2002; Gardner M.J. et al., 2008; Cannada L.K., 2010;