

**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



Evans J.M. et al., 2010; Zhang Z.D. et al., 2011]. Проте, переломи даної локалізації є лідерами за кількістю ускладнень (до 30%) та незадовільних наслідків. Деякі автори повідомляють про розвиток деформуючого артозу з переходом у фіброзний анкілоз у 16% випадків. [Артемьев А.А. з співавт., 2009; Thordarson D.B., 2000; Bhattacharya T. et al., 2006; Barei D.P., 2008]. Причинами такого становища є у першу чергу порушення кровопостачання в зоні перелому та технічні проблеми при виконанні оперативного втручання Метою дослідження є покращення анатомо-функціональних результатів лікування пацієнтів з осколковими внутрішньо суглобовими переломами дистального відділу кісток гомілки шляхом зменшення додаткового порушення кровопостачання відламків під час оперативного втручання за рахунок визначення архітекtonіки артеріальної сітки, точок входження живильних артерій в компактну речовину великогомілкової та малогомілкової кісток та диференційованого застосування розроблених технологій відкритого та закритого внутрішнього малоінвазивного остеосинтезу.

Результати досліджень дозволять адекватно, відповідно до визначених клінічних особливостей ураження дистального відділу кісток гомілки, проводити вибір технології остеосинтезу та створюють можливості для підвищення ефективності лікування зазначеного виду uszkodження. Отримані результати можна буде використати у відділеннях травматології лікувальних установ районного, міського та обласного рівня.

Впровадження результатів роботи в практику дозволить скоротити термін стаціонарного лікування, непрацездатності зменшення ризику інвалідизації пацієнтів.

Візнюк В.В., Федорук О.С., Владиченко К.А., Степанченко М.С.

ЛІКУВАННЯ ПЕРЕДЧАСНОЇ ЄЯКУЛЯЦІЇ

Кафедра хірургії та урології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Передчасна еякуляція – це стан, при якому статевий акт триває недостатньо довго – кілька секунд або хвилин, також наявна незадоволеність від статевих актів в обох партнерів або хоча б в одного з них. Існує кілька визначень передчасної еякуляції, кожне з яких тією чи іншою мірою відображає проблему швидкого сім'явиверження і незадоволеність цим станом у сексуальних партнерів. Причини передчасної еякуляції: відсутність досвіду контролю сім'явиверження, висока чутливість статевих органів, запальні захворювання статевої системи, неврологічні захворювання і травми, алкоголізм і наркоманія.

Для діагностики гіперчутливості головки статевого члена проводиться лідокаїновий тест. Метод застосовують із діагностичною та лікувальною метою. Безпосередньо перед статевим актом на головку статевого члена наноситься гелю з місцевим анестетиком. У разі збільшення тривалості статевого акту вважається доведеною гіперчутливість головки статевого члена як провідна причина ранньої еякуляції.

Сучасним методом лікування передчасної еякуляції при позитивному лідокаїновому тесті є імплантація гіалуронової кислоти в найбільш чутливі ділянки головки статевого члена. Ефективність цього методу сягає 75-80%. Ця маніпуляція рекомендується для використання як первинний метод лікування передчасної еякуляції, що володіє доведеною високою ефективністю, безпекою та швидкою реабілітацією пацієнта.

Цей метод дозволяє відокремити чутливі рецептори від поверхневого шару шкіри, що веде до зниження чутливості органа і подовжує тривалість статевого акту. У сучасній медичній практиці залежно від побажань пацієнта можливе введення різних видів гелю, розрахованих на різний термін повного розсмоктування. Після розсмоктування гелю гіалуронової кислоти у більшості пацієнтів формується стійка (часом довічна) установка на тривалій статевий акт.

Владиченко К.А., Юзько В.О.*

АНАЛІЗ ВИПАДКІВ АЗОСПЕРМІЇ

Кафедра хірургії та урології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

*Медичний центр лікування безпліддя, м. Чернівці**

Близько 15-20% подружніх пар у всьому світі мають проблеми з природним настанням вагітності. Порівняно з досягнутими успіхами в лікуванні жіночого безпліддя терапія чоловічого безпліддя залишається малоефективною.

Проаналізовано результати обстеження 3002 чоловіків, яким проведено дослідження спермограми згідно з рекомендаціями ВООЗ 2000 р., за допомогою інвертованого мікроскопа Olympus CKX41 у камері Makler. Розглянуто 293 випадки азооспермії. Середній вік чоловіків, які звернулися для обстеження, становив 31,74±8,26 року. За період з 2010 р. по 2013 р. серед 3002 обстежених чоловіків виявлено 293 випадки (9,76%) азооспермії. При порівняльному аналізі виявлено тенденцію до збільшення відсотка випадків азооспермії серед чоловіків, які проходили обстеження.

Переважаю найбільш випадків азооспермії зумовлено секреторною формою безпліддя (229 пацієнтів – 78,15%). Усім пацієнтам із обструктивною формою безпліддя запропоновано екстракцію сперматозоїдів шляхом оперативного втручання (PESA, TESA, MESA). За цієї форми безпліддя отримано життєздатні сперматозоїди у всіх пацієнтів. Пацієнтам із необструктивною формою чоловічого безпліддя екстракція сперматозоїдів переважно проводилася безпосередньо з тканин яєчка. На жаль, при секреторній формі тільки в



39% випадків отримано сперматозоїди та тільки у 12% випадків їх можна було застосувати в циклі IVF – ICSI. У 34 хворих (14,84%) із секреторною формою безпліддя при каріотипуванні виявлено хромосомні аномалії.

У 79 пацієнтів із азооспермією (26,96%) діагностовано гіпергонадотропний гіпогонадізм. Ці пацієнти мали значні морфологічні зміни яєчок, тому, враховуючи прогностично низьку вірогідність екстракції сперматозоїдів, було рекомендовано проведення програм допоміжних репродуктивних технологій із використанням донорської сперми.

При обстеженні двох пацієнтів із азооспермією встановлено діагноз ретроградної еякуляції. У цих осіб в анамнезі була травма поперекового відділу хребта. Сперматозоїди виявлено при дослідженні посторгазменної сечі. У двох пацієнтів виявлено тимчасову азооспермію внаслідок прийому анаболічних стероїдів, яка тривала 6-8 місяців.

У 21 пацієнта (7,16%) з азооспермією діагностовано наявність інфекцій, які передаються статевим шляхом (ІПСШ). Лікування ІПСШ не призвело до змін показників спермограм.

Чітке з'ясування етіології азооспермії дає змогу запропонувати пацієнту найбільш оптимальний алгоритм лікування. У пацієнтів із обструктивною формою безпліддя екстракція сперматозоїдів шляхом оперативного втручання має ефективність 100%, а при секреторній формі – 39%.

Войтів Я.Ю.

ВИБІР ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ

Кафедра хірургії

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Післяопераційні вентральні грижі (ПВГ) є однією з найбільш актуальних проблем сучасної абдомінальної хірургії. Кількість ПВГ продовжує збільшуватись і вони вже займають друге місце після пахвинних гриж, складаючи 20–22% від загальної кількості. За даними літератури, висока частота ускладнень і рецидивів ПВГ пов'язана із застосуванням традиційних методик автопластичного закриття дефектів методом натягнення тканин, які здебільшого є дегенеративно зміненими, що зумовлює згодом неспроможність швів, утворення сером, гематом і нагноєння ран. З огляду на це, більшість хірургів все частіше надає перевагу застосуванню сучасних полімерних матеріалів для алопластичного закриття грижових воріт у лікуванні пацієнтів із ПВГ, що посприяло зниженню загальної частоти рецидивів до 5–8%. Вибір тактики лікування ПВГ принципово визначають: ширина грижових воріт, локалізація грижі, розміри діастазу прямих м'язів живота, об'єм органів, що розміщуються поза межами черевної порожнини, рівень внутрішньочеревного тиску. Отже, для кожного пацієнта потрібно приймати індивідуальне рішення.

Нами ретроспективно проаналізовано методи операційних втручань та результати хірургічного лікування 230 хворих з ПВГ у хірургічному відділенні Чернівецької обласної клінічної лікарні впродовж (ЧОКЛ) 2009-2013 років. Вік пацієнтів коливався від 30 до 89 років. Чоловіків було 44 (19,2%), жінок – 186 (80,8%). Більшість (82,6%) склали ПВГ з середньою локалізацією грижового дефекту.

Згідно SWR-classification ПВГ було розподілено на малі (до 5 см в поперечнику) – у 32 (14,1%), середні (5-10 см) – у 126 (54,7%), великі (10-20 см) – у 45 (19,5%), гігантські (більше 20 см) – у (11,7%).

При малих (W1 – дефект<5 см) та середніх (W2 – дефект 5-10 см) післяопераційних вентральних грижах частіше використовували автопластичні методики (Мейо, Сапежко) та операції з розташуванням сітчастих алотрансплантантів поверх апоневрозу (“onlay”). При великих (W3 - дефект>10 см) та гігантських (W4 - дефект>20 см) післяопераційних вентральних грижах перевагу надавали розташуванню протезу “sublay” (ретромускулярно чи преперитонеально) та “inlay” (пластика дефекту черевної стінки протезом без його закриття тканинами апоневрозу). Всі операції з використанням сітчастих алотрансплантантів завершували дренажуванням ложа сітчастих імплантантів і підшкірної жирової клітковини з використанням вакуумної аспірації (дренажі Редона). Звертає на себе увагу динамічне зростання абсолютних і відносних показників кількості аллопластичних методів герніопластики при ПВГ. Так, у 2009 році у хірургічному відділенні ЧОКЛ аллопластичні методи пластики склали 13% від загальної кількості операцій при ПВГ, у 2010 році – 29%, у 2011 році – 40%, у 2012 році – 48%, у 2013 році – 54%.

Отже, правильний вибір способу операційного лікування потребує індивідуального підходу до кожного конкретного хворого, а належна передопераційна підготовка та післяопераційне лікування дозволяє звести до мінімуму післяопераційні ускладнення та зменшити частоту виникнення рецидивів.

Гирла Я.В.

ШЛЯХИ ПОПЕРЕДЖЕННЯ РЕЦИДИВУ ТИРЕОТОКСИКОЗА У ХВОРИХ ОПЕРОВАНИХ З ПРИВУДУ ТОКСИЧНИХ ФОРМ ЗОБА

Кафедра хірургії

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

У значній частині пацієнтів, що перенесли оперативне втручання на щитоподібній залозі (ЩЗ) з приводу гіпертиреодних форм зоба, у різні строки післяопераційного періоду виявляються різні функціональні порушення ЩЗ. Найбільш частим є зниження тиреоїдної функції (гіпотиреоз), який після операції, залежно від