



товстої кишки та її колонізаційну резистентність є важливим компонентом патогенетичного лікування, оскільки дозволяє значно знизити потенціал мікрофлори безпосередньо у основному її джерелі.

Таким чином, у хворих похилого та старечого віку найбільш ефективним для антибіотикопрофілактики абдомінального сепсису є комбіноване застосування парентерального введення препаратів та застосування колоносанаційних заходів.

Коваль О.А., Васюк В. Л
ОСОБЛИВОСТІ КРОВОПОСТАЧАННЯ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЕПІФІЗА КІСТОК ГОМІЛКИ ТА ДІЛЯНКИ ГОМІЛКОВО-СТОПНОГО СУГЛОБА

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

Метою та завданням роботи є вивчення особливостей кровопостачання нижньої третини гомілки, а також з'ясування топографії проникних артерій в ділянці нижньої третини кісток гомілки та гомілковостопного суглоба. Опрацьовувались препарати 15 плодів людини 4-9 місяців внутрішньоутробного розвитку з колекції кафедри гістології, цитології та ембріології; 26 кісткових препаратів нижніх кінцівок людей різного віку та статі з музею кафедри анатомії людини ім. М.Г. Туркевича ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»; тривимірні реконструкції КТ та МРТ з Університетської лікарні. Макроскопія, антропометрія, морфометрія, ін'єкція кровоносних судин препаратів плодів людини сумішшю на основі свинцевого сурику, рентгенологічні методики, тривимірне комп'ютерне реконструювання, статистичний аналіз.

В плодовому періоді пренатального розвитку людини відбувається хрящовий остеогенез, в якому кровоносні судини відіграють вирішальну морфофункціональну роль. На етапі енхондрального окостеніння кісток гомілки відбувається проростання судин кісткової манжетки всередину діафіза хрящової моделі кістки і виходу за їх межі остеогенних клітин. За рахунок діяльності остеокластів у хрящі виникають порожнини резорбції, які, зливаючись, утворюють кістковомозкову порожнину. На останньому етапі формування кістки (третій триместр пренатального розвитку) кровоносні судини врастають в епіфізарну частину хрящової моделі, утворюється епіфізарний центр окостеніння. Між епіфізарним та діафізарним центрами окостеніння формується метафізарна пластинка росту, яка має складну морфологічну будову та розвинуті внутрішньокісткові анастомози між діафізарними та метафізарними кровоносними судинами. Характерною особливістю топографії судин в ділянці метафізу є позакісткові анастомози – артеріальні гілочки, які є над- та підметафізарними відгалуженнями живильних кровоносних судин. Останні в свою чергу є низхідними гілками магістральних артерій гомілки.

В результаті дослідження в постнатальному періоді найчастіше ми зустрічали локалізації живильних артерій на передньо-бічній поверхні великогомілкової кістки, або ж їх поєднання – наявність одночасно живильних кісткових артерій на задньомедіальній та задньолатеральних поверхнях кістки. На малоомілкової кістці, крім задньо-медіальної локалізації живильних артерій, зустрічалися варіанти з "високим" (вище метафіза) розміщенням місця входження судини в речовину кістки.

Отже джерелами кровопостачання нижньої третини великогомілкової кістки є передня великогомілкова артерія, малоомілкової – малоомілкова артерія, та живильна артерія на передньо-бічній поверхні великогомілкової кістки, і задньо-медіальна живильна артерія малоомілкової кістки.

Ковальчук П.Є., Гасько М.В., Тулюлюк С.В., Черней В.Ю.
ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНА В УМОВАХ ЙОД- ТА СЕЛЕНОДЕФІЦИТУ

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

Проблема загоєння переломів кісток є однією з актуальних в травматології. Вирішенням даної проблеми є вивчення факторів, що впливають на остеогенез.

Метою дослідження було оприлюднення результатів аналізу лікування переломів проксимального відділу стегна у пацієнтів в умовах йод- та селенідефіцитного регіону.

В основу дослідження покладено аналіз результатів хірургічного лікування 326 пацієнтів у віці від 40 до 75 років із закритими переломами шийки стегнової кістки (ПШСК) та через-міжвертельних переломів (ЧМВ), що знаходилися на лікуванні з 2011 по 2015 рік в травматологічному відділенні для дорослих ЛШМД м. Чернівці. 125 (100%) пацієнтів з варифікованим йод- та селенідефіцитом. Визначення концентрації селену в плазмі крові пацієнтів проводилось флуориметричним методом на спектрофлуориметри SFM25 ("Kontron ІНСТРУМЕНТИ" США), що показало середнє значення рівня селену - $78,3 \pm 5,1$ мкг / л, яке нижче оптимального значення (115-130 мкг / л) і відповідає легкій формі недостатності селену. З метою усунення селенідефіциту було призначено препарати селену (55 мкг/кг/ добу). Для варифікації йоддефіциту у пацієнтів використовувався Йод-тест. Недостатність компенсували препаратами йоду (200 мкг/добу).

Остеосинтез виконувався фіксаторами: трьома кан'юльованими спонгіозними гвинтами діаметром 6,5 мм – 8 (6,4 %) пацієнтів, динамічним стегнових гвинтом (DHS) – 6 (5,2 %) пацієнтів; трьома некан'юльованими спонгіозними гвинтами діаметром 6,5 мм – 11 (8,4 %); трилопатевим цв'яхом з діафізарною накладкою – 4