

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



МАТЕРІАЛИ

101 – ї

підсумкової наукової конференції

професорсько-викладацького персоналу

Вищого державного навчального закладу України

«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

10, 12, 17 лютого 2020 року

Чернівці – 2020

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 101 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (м. Чернівці, 10, 12, 17 лютого 2020 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2020. – 488 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 101 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (м.Чернівці, 10, 12, 17 лютого 2020 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

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

професор Годованець О.І.

ISBN 978-966-697-843-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2020



An inflammation process in scrotum organs has been diagnosed in 129 (62,7%) of the examined patients. The changes were diagnosed most often in the prostate (in 85,1% of patients), rarely in the epididymitis (in 56,3%) and in the testicles (in 11,5%). An average volume of the prostate was $14,5 \pm 3,9$ cm³. The most typical changes were nonhomogeneity of the parenchyma (85,1%). Areas of significantly increased thickness ("hyperechogenic structures") from 1 to 4-5 mm in size were found rather often. Hyperechogenic areas in the prostate of high thickness ("stones") were found more seldom (in 21,2% of patients). Other rather typical changes were damages of the shape and contours of the prostate (in 40,4% of patients). Changes of testicles were observed comparatively rarely. Among them nonhomogeneity of the parenchyma was most typical (in 11,5% of patients). Changes of epididymis were found rather often. In 56,3% of cases the structure of the epididymis was heterogeneous with uneven increase of its echogeneity. 20,2% of patients had cystic formations of different size (mainly from 3 to 7 mm). As a rule, it was more typical for patients with a prolonged inflammatory process who have been treated many times. Different stages of varicocele were observed in 9,1% of patients. We don't consider that development of varicocele to be associated with CP, though its presence may produce a negative effect on clinical signs of the disease.

Thus, our study has revealed a high frequency of scrotum organs damage in patients with CP (in 56% of patients).

Васюк В. Л.

ЗАСТОСУВАННЯ АЛОТРАНСПЛАНТАТІВ З КІСТКОВОГО БАНКУ ПРИ РЕВІЗІЙНОМУ ЕНДОПРОТЕЗУВАННІ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА

Кафедра травматології та ортопедії

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

На сучасному етапі розвитку травматології та ортопедії дедалі гостро постає питання заміщення кісткових дефектів як при первинному, та, особливо, при ревізійному ендопротезуванні кульшового суглобу, так і при інших ортопедичних операціях.

Застосування кісткової пластики при ендопротезуванні кульшового суглобу завжди було виправдано при наявності дефектів, пов'язаних з дисплазією вертлюгової западини, лізисом кістки при ревматоїдному артриті, дефектів, що виникли при асептичній нестабільності компонентів ендопротезу (Гайко Г.В. та інші. 2014, Корж А.А., 1973, 2006, Лекишвили М.В. та інші. 2007, Schreurs B.W. et all. 2009.).

За відсутності кісткового банку під час первинного ендопротезування кульшового суглобу головка кульшової кістки утилізується, у той час як за наявності кісткового банку з'являється можливість головку стегнової кістки зберігати протягом тривалого часу для подальшого її використання під час оперативного втручання, як кісткового матеріалу у вигляді стружки, пластин або структурних трансплантатів у залежності від характеру дефекту.

Застосування донорської кістки того ж біологічного виду в ортопедичній практиці (так звана гомопластика) було завжди виправдано при наявності дефектів, пов'язаних з деструктивними ураженнями кісткової тканини, диспластичними змінами вертлюгової западини, дефектів, що виникли при асептичній нестабільності компонентів ендопротеза кульшового суглоба (Uchiyama K., 2013, Pope D., 2014)

Метою нашого дослідження є покращення результатів первинного та ревізійного ендопротезування кульшового суглоба шляхом удосконалення технології заготівлі, обстеження та зберігання аллотрансплантатів з голівок стегнових кісток для заповнення дефектів кісткової тканини.

За період з 2012 по 2018 роки для зберігання кісткової тканини у кістковому банку Шведсько-Українського медичного центру «Ангельхольм» було забрано біологічний матеріал (головку стегнової кістки) у 128 (100%) пацієнтів, обстежено в лабораторії



«Букінтермед» згідно алгоритму та визнано придатними до використання – 112 (87,5%). З 16 (12,5%) непридатних 8 (6,25%) головок дали позитивний бактеріологічний засів.

В основу даного дослідження покладено аналіз результатів хірургічного лікування пацієнтів з використанням донорської кістки, що знаходилися на лікуванні з 2013 по 2018 рік. Кісткова аллопластика була використана під час ревізійного ендопротезування кульшового суглоба хворих для пластики вертлюгової западини та проксимального метаепіфізу стегнової кістки у 74 (81,3%); для пластики кістки при встановленні феморального та тібіального компонентів ендопротезу під час ревізійного ендопротезування колінного суглоба у 8 (8,7%) хворих; з метою пластики дефекту стегнової кістки при переломах дистального метаепіфізу стегнової кістки у 3 (3,3%) хворих; пластики дефекту великогомілкової кістки при заміщенні дефекту проксимального мета епіфізу у 4 (4,4%) хворих та артродезуванні колінного суглобу з метою заміщення дефектів після ендопротезування колінного суглобу у 2 (2,3%) хворих.

Отже, кісткова алопластика дефектів кісткової тканини при ревізійному ендопротезуванні кульшового суглоба трансплантатами з кісткового банку дає можливість мати велику кількість донорської кістки при значних дефектах дна та даху вертлюгової западини та проксимального метаепіфізу стегнової кістки, що здешевлює ревізійні операції у порівнянні з використанням синтетичних та інших трансплантатів. Дотримання алгоритму консервації та обстеження донорського матеріалу є запорукою уникнення інфекційних ускладнень, можливих алергічних та імунологічних реакцій.

Владиченко К.А.

ІНТРАТЕСТИКУЛЯРНА ОБСТРУКТИВНА АЗОСПЕРМІЯ

Кафедра урології та нейрохірургії

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Обструктивна азооспермія – відсутність сперматозоїдів і герміногенних клітин в еякуляті та постеякуляторній сечі в зв'язку з двосторонньою обструкцією сім'явивідних протоків. Обструктивна форма трапляється рідше, ніж необструктивна форма азооспермії, і спостерігається у 15-20% чоловіків з азооспермією (G.R. Dohle, 2011).

Рівень обструкції може бути на різних ділянках. Обструкція на рівні придатків яєчок або сім'яносних проток найчастіше є набутою внаслідок постзапальних або посттравматичних факторів. Інтрастестикулярна форма обструкції (порушення з'єднання rete testis і додатка яєчка) частіше має вроджений характер. Інтрастестикулярна обструкція становить 15% всіх випадків обструктивної азооспермії.

При обстеженні цих пацієнтів необхідно дотримуватися рекомендаційEAU. Діагноз підтверджується проведенням 2 спермограм з інтервалом в 2-3 міс. Під час їх виконання проводиться тест на криптозооспермію (пошук сперматозоїдів після центрифугування при 400-кратному оптичному збільшенні) та виключається ретроградна еякуляція (пошук сперматозоїдів у посторгазменній сечі).

Рекомендується визначення концентрації альфа-глюкозидази в сім'яній плазмі. Зниження референтних показників вказує на можливість обструкції сім'яносних шляхів.

Проведення каріотипування, визначення делецій AZF abc, гена CFTR дозволяє виключити генетичні фактори.

Обов'язковим є визначення рівня гормонів «маркерів сперматогенезу». При обструктивній азооспермії концентрація ФСГ та Інгібіну Б у сироватці крові, зазвичай, відповідає референтним показникам. Високий рівень ФСГ має зворотну кореляцію з вірогідністю отримати клітини сперматогенезу при виконанні оперативних втручань екстракції сперматозоїдів.

При УЗД мошонки ознаками обструкції буде розширення мережі яєчка, збільшення придатка яєчка, наявність кіст або відсутність сім'явивідної протоки. Для виключення