



хворих із важкими пошкодженнями внутрішніх органів або черепно-мозковою травмою в першу чергу проводили невідкладні оперативні втручання хірургами (лапаротомію, декомпресійне трепанацію черепа, спленектомію, ушивання розривів печінки), після чого проводились ПХО рани при відкритих переломах та стабілізацію усіх переломів апаратами зовнішньої фіксації. Після покращення загального стану хворого виконували демонтаж апаратів зовнішньої фіксації та остеосинтез із застосуванням інтрамедулярних фіксаторів та пластин.

Віддалені результати показали, що рання стабілізація переломів та індивідуальний підхід до застосування методів оперативного лікування при важких поєднаних пошкодженнях дозволяє оптимізувати терміни зрощення переломів та відновлення функції кінцівки. У 37 хворих (86%) отримані добрі та задовільні результати і у 6 (14%) – незадовільні. Незадовільні результати були пов'язані з виникненням остеомієліту при відкритих переломах та контрактурами колінних суглобів у хворих з внутрішньо суглобовими переломами.

Гребенюк В.І.

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ЛАКТОСТАЗУ ТА ЛАКТАЦІЙНОГО МАСТИТУ

Кафедра хірургії № 2

Буковинський державний медичний університет

Проблема грудного вигодовування має соціальний та фізіологічний аспекти. Не викликає сумнівів, що грудне вигодовування відіграє важливу роль у формуванні здоров'я дитини. Майже кожна жінка в ранні терміни після пологів стикається з проблемами лактостазу і не завжди вдається їх усунути самотужки. Грудне вигодовування також має позитивні аспекти. Тому особливого значення набуває індивідуалізація лікувальної тактики у пацієнок зі збереженням грудного вигодовування.

Метою нашого дослідження було покращення результатів лікування хворих на лактостаз та лактаційний мастит. Завданням було лікування лактостазу та лактаційного маститу з використанням власних напрацювань щодо лікування цієї патології.

Проліковано 38 пацієнок за 2020 рік з лактостазом та лактаційним маститом на клінічній базі кафедри хірургії № 2 (зав. – Заслужений лікар України, проф. Іфтодій А.Г.). Проблеми з евакуацією молока мали 35 жінок після перших пологів, 3 – народжували повторно. У віці до 30 років було 32 пацієнтки. Переважна більшість – 29 жінок звернулись з проблемами впродовж першого місяця після пологів. Двобічні проблеми мали 11 жінок. В клінічній картині переважали набряк та порушення евакуації молока з верхньо-зовнішнього квадранта грудних залоз (23), патологія центральної (субареолярної) зони була у 5 жінок. Прояви лактостазу супроводжувались гіпертермією в межах 38-39°C. У 27 пацієнок визначались тріщини соска, що потребувало додаткового лікування.

Лікувальний комплекс розпочинався зі зцідження молока шляхом масажу грудної залози. Тривалість процедури 15-30 хв. Ефективність оцінювали за суб'єктивними відчуттями пацієнтки (зменшення або щезання відчуття розпирання в залозі та болю) та об'єктивними (розм'якшення блокованої ділянки) та появою при зціджуванні макроскопічно не зміненого молока. Після зцідження при збереженні болючого інфільтрата проводилось ультразвукове обстеження грудних залоз. При виявленні нерозцідженого галактоцеле або підозрі на абсцедування під місцевою анестезією проводилась пункція порожнинного утворення з евакуацією вмісту (12) під сонографічним контролем. Вміст спрямовувався на бактеріальне дослідження. Порожнина промивалась декасаном з аспірацією залишкової рідини після промивання.

При вираженому перифокальному запаленні виконували ретромаммарну новокаїнову блокаду 0,25% розчином новокаїну, при макроскопічних ознаках інфікування додавали напівсинтетичні антибіотики пеніцилінового ряду. Після виконання блокади здійснювали сеанс внутрішньотканинного електрофорезу. Використовували прокладки площею 100 см². Тривалість сеансу 40-60 хв. Позитивний електрод розташовували над інфільтратом,



від'ємний – з протилежного боку грудної залози або на спині. При гіпогалакції застосовували струм низької щільності, про нормо- або гіпергалакції – струм високої щільності. У 8 пацієнок було достатньо однієї блокади, у 4 – наступної доби блокаду повторювали. Кількість сеансів впливу електричного поля постійного струму визначалась індивідуально (в середньому 3-5). В окремих випадках застосовували Прожестожель місцево.

Отже, вибір адекватного обсягу лікувальних заходів в поєднанні з внутрішньотканинним електрофорезом дозволив нам зберегти лактацію та грудне вигодовування у 34 жінок.

Ковальчук П.Є.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ БОЛЬОВИХ СИНДРОМІВ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Кафедра травматології та ортопедії

Буковинський державний медичний університет

В сучасному модернізованому суспільстві больові синдроми поперекового відділу хребта (БСПВХ) посідають одне з найперших місць у скаргах зв'язаних з опорно-руховим апаратом. Їх кількість сягає 40–80%, а щорічна захворюваність становить 5%. За матеріалами VIII Всесвітнього конгресу, присвяченого болю, БСПВХ є 2-ю за частотою, після респіраторних захворювань, причиною звертання до лікарів і 3-ю причиною госпіталізації. Високий рівень тимчасової та постійної втрати працездатності серед хворих із БСПВХ зумовлює велику соціальну значущість цієї проблеми. У 85% пацієнтів неможливо визначити точний патологоанатомічний діагноз, оскільки зв'язок між клінічними симптомами й результатами візуальних досліджень низький.

Мета дослідження - визначити динаміку тонуусу м'язів поперекового відділу хребта, таза та нижніх кінцівок за допомогою методів прикладної кінезіології. Було обстежено 150 пацієнтів віком від 20 до 27 років з БСПВХ, які пройшли опитування на визначення болю в спині за опитувальником «Paindetect». Всі пацієнти були поділені на дві групи: основна (О) – 98, і контрольна (К) – 52 особи. Було проведено м'язове тестування наступних м'язів: m.latae, m.ileus psoas, m. quad.vemoris з обох сторін, завдяки якому, визначилися порушення вісцеромоторних взаємозв'язків. У контрольній групі виявили однобічне ослаблення тонуусу даних м'язів. Це було спричинено біомеханічними порушеннями хребців поперекового відділу хребта, а у 98 пацієнтів основної групи двобічне зниження тонуусу діагностованих м'язів, обумовлене порушеннями вісцеромоторних взаємозв'язків. Встановлено дисфункцію товстої кишки, яка і привела до зниження активності вісцеромоторних рефлексів, що проявилися гіпотонією відповідних (асоційованих з органом) м'язів. Головною причиною дисфункції товстої кишки була паразитарна інвазія. Після проведеної етіопатогенної терапії відновилась тоногенність гіпотонічних м'язів і аналіз віддалених результатів показав, що у 94% пацієнтів основної групи відсутні ознаки болю в спині.

Отже, індикатором функціональної спроможності та провокатором больових симптомів є функціональна слабкість м'язів. Метод м'язового тестування дозволив отримати позитивні результати у 96% пацієнтів з БСПВХ.

Курікеру М.А.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ

Кафедра урології та нейрохірургії

Буковинський державний медичний університет

Дослідження перебігу черепно-мозкової травми в залежності від ступеня важкості алкогольної інтоксикації серед населення міста Чернівці та на основі отриманих даних оптимізувати якість надання спеціалізованої нейрохірургічної допомоги, хворим з черепно-мозковою травмою з алкогольною інтоксикацією.