



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.



Проаналізовано 300 випадків черепно-мозкової травми у поєднанні з алкогольною інтоксикацією у місті Чернівці протягом 2015 – 2019 років на базі нейрохірургічного відділення «Чернівецької лікарні швидкої медичної допомоги». Використовувались регресивний, дисперсійний і ранговий аналіз відповідно до критеріїв і вимог доказової медицини із застосуванням комп'ютерних технологій. Історії хвороб 300 пацієнтів, що склало 13,6 % від загальної кількості потерпілих з черепно-мозковою травмою та алкогольним сп'янінням. Із них 246 осіб – чоловіки (82%), 54 – жінки (18%). Під час аналізу частоти виникнення черепно-мозкової травми у поєднанні з алкогольною інтоксикацією було виявлено, що вік постраждалих становить у середньому 25-55 років (267 осіб – 89%), інші – 18-25 років (21 особа – 7%), старше 55 – 12 потерпілих (4%)

За ступенем тяжкості отриманих ушкоджень та рівнем алкоголю в крові потерпілих ми сформуваємо у три групи: *легку черепно-мозкову травму* – отримали 156 (52%) постраждалих (струс головного мозку, забій головного мозку легкого ступеня); *черепно-мозкову травму середнього ступеня тяжкості* – отримали 95 (32%) осіб (забій головного мозку середнього ступеня, підгостре і хронічне стиснення мозку); *важку черепно-мозкову травму* – отримали 49 (16%) людей (забій головного мозку важкого ступеня, дифузне аксональне пошкодження мозку, гостре стиснення мозку).

Отже, алкогольна інтоксикація має значний вплив на перебіг черепно-мозкової травми, оскільки значно ускладнює її діагностику, маскує клінічні прояви та спричинює ряд ускладнень. Черепно-мозкова травма у комбінації з алкогольним сп'янінням виникає переважно у потерпілих молодого та середнього віку, тобто, соціально активної категорії населення. Особливі діагностичні труднощі виникають при лікуванні хворих, які перебувають у важкому стані, так як буває не легко встановити, чим обумовлено порушення свідомості - травмою, крововтратою або алкогольною інтоксикацією.

**Мишковський Ю.М.**

## **СПОСІБ ЗАПОБІГАННЯ РАНЬОГО РЕЦИДИВУ КРОВОТЕЧІ З ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИХ УРАЖЕНЬ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ЛІТНІХ ХВОРИХ**

*Кафедра загальної хірургії*

*Буковинський державний медичний університет*

З огляду сучасного стану проблеми гострокровоточивої дуоденальної виразки відомо, що одним із найбільш ефективних способів ендоскопічного гемостазу у хворих з ендоскопічною стигматою за Forrest (F) I визнано поєднання термічного та ін'єкційного методів.

Метою дослідження є розробка ефективного способу запобігання раннього рецидиву кровотечі з виразки дванадцятипалої кишки. Спосіб здійснювали наступним чином: використали окрім моноактивної гідродіатермокоагуляції, ендоскопічну ін'єкційну терапію розчином 5% транексамової кислоти, яка є інгібітором фібринолізу. Методика проведення ін'єкційного методу полягала у обколюванні кровоточивої судини з наступним стисненням її набряклими оточуючими тканинами. Виконували від 3 до 10 пульсів гідродіатермокоагуляції (в середньому - 5), а також вводили від 0,4 до 2,8 мл 5% транексамової кислоти (в середньому – 1,4±0,3 мл). Проводили обколювання в 3-4 точках по периметру виразки та протилежної стінки кишки.

Пацієнти з успішним ендоскопічним гемостазом, ендоскопічними стигматами F II та F III відносяться до групи ризику розвитку кровотечі. Тому, для попередження рецидиву кровотечі застосовували тривале підведення інгібіторів фібринолізу в комплексі “second look” ендоскопій (1 раз на добу) та постійного дуоденального зонду (500 мг транексамової кислоти кожні 8 годин) протягом 5 днів. За розробленим способом запобігання раннього рецидиву кровотечі з виразки дванадцятипалої кишки проліковано 12 хворих із гостро кровоточивою дуоденальною виразкою, рецидив кровотечі виявлено у 1 пацієнта.