

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



**МАТЕРІАЛИ
95 – ї
підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
(присвячена 70-річчю БДМУ)**

17, 19, 24 лютого 2014 року

Чернівці – 2014

УДК 001:378.12(477.85)
ББК 72:74.58
М 34

Матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2014. – 328 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 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 Андрієць О.А.
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.
чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.
доктор медичних наук, професор Польовий В.П.
доктор медичних наук, професор Слободян О.М.
доктор медичних наук, професор Ташук В.К.
доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.
доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.
доктор медичних наук, професор Шаплавський М.В.

ISBN 978-966-697-533-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2014



прогностичну важливість щодо виникнення подальшого погіршення стану пацієнта. Усі операції було проведено під епідуральною анестезією, одним з позитивних моментів якої є можливість нагляду за загальним станом та скаргами пацієнта. При аналізі даних зі всіх порушень найбільш важливими було визначено показники гемодинаміки та загальний стан пацієнта.

Таким чином, саме моніторинг показників гемодинаміки (хвилинна робота лівого шлуночка, частота серцевих скорочень, артеріальний тиск) та загального стану пацієнта під час операції лягли в основу запропонованої класифікації тяжкості перебігу ТУР-синдрому, прояви якого можна розділити на 3 ступеня: *легкий ступінь* – незначні клінічні ознаки (психічний дискомфорт, легке відчуття нудоти, зниження частоти серцевих скорочень (більше 50 ударів за 1 хв), зменшення хвилинної роботи лівого шлуночка в межах 15-25%), які не вимагають додаткової корекції та проходять самостійно при умові подальшого адекватного ведення операції; *середній ступінь* – помірні клінічні ознаки (ознаки збудження, нудота, брадикардія до 50 ударів за 1 хв, зниження систолічного артеріального тиску до 90 мм рт.ст., зменшення хвилинної роботи лівого шлуночка в межах 25-40%), своєчасно проведена корекція яких дозволяє стабілізувати стан хворого, оперативне втручання слід продовжувати, але максимально уникати подальшого всмоктування промивної рідини; *тяжкий ступінь* – тяжкий загальний стан (різке збудження або навпаки загальмованість, блювання, резистентне до вазопресорів зниження систолічного артеріального тиску, виражена брадикардія, зменшення хвилинної роботи лівого шлуночка більше ніж на 40%, розвиток набряку мозку та легень, у подальшому – виникнення гострої ниркової недостатності), котрий вимагає інтенсивного лікування і подальшого спостереження в умовах реанімаційного відділення. Розвиток такого ступеня ТУР синдрому вимагає максимально швидкого закінчення оперативного втручання для запобігання погіршення стану хворого.

Практичне впровадження даної оцінки перебігу синдрому трансуретральної резекції повинно довести її клінічну ефективність для об'єктивізації стану хворих під час ТУРПЗ та профілактики і вчасного лікування інтра- та післяопераційних ускладнень.

Івашук С.І.

МОРФОМЕТРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Кафедра сімейної медицини

Буковинський державний медичний університет

Метою дослідження було дослідити на трупному матеріалі морфометричні параметри підшлункової залози (ПЗ), на основі яких, запропонувати уніфіковану формулу визначення розташування задньої поверхні ПЗ, на межі тіло-хвіст, в сагітальній площині, для подальшого клінічного застосування.

Опрацьовано 45 препаратів трупів обох статей, що поступили на аутопсію за період 2012-2013 роки. Серед них чоловіки становили 21 (46,67%), жінки – 24 (53,33%).

Визначали наступні морфометричні параметри: відстань від мечеподібного відростка до кінця остистого відростка XII грудного хребця (М-О), від мечеподібного відростка до переднього кінця XII ребра (М-Р) та відстань від задньої поверхні ПЗ, на межі тіло-хвіст, до площини остистого відростка XII грудного хребця (П-О).

Статистичну обробку даних проводили за допомогою ліцензованого програмного забезпечення Microsoft Excel 2003 та MYSTAT 12. Виразували середню арифметичну (М), стандартну похибку середньої арифметичної (m), коефіцієнт вірогідності різниці (t - критерій Стьюдента), вірогідність помилки (p). Різницю вважали вірогідною за $p < 0,05$.

Враховуючи існуючу різницю конституційного типу будови обстеженого матеріалу, прагнули вирахувати уніфіковані морфометричні параметри розташування задньої поверхні ПЗ з боку спини. Для цього було обрано співвідношення відстаней у відсотках: від задньої поверхні ПЗ до кінця остистого відростка XII грудного хребця та від мечеподібного відростка до кінця остистого відростка XII грудного хребця, що обраховується за формулою $k_1 = \frac{П-О}{М-О} \times 100\%$; від задньої поверхні ПЗ до кінця остистого відростка XII грудного хребця та від мечеподібного відростка до переднього кінця XII ребра, що обраховується за формулою $k_2 = \frac{П-О}{М-Р} \times 100\%$. Відстань від задньої поверхні ПЗ, на межі тіло-хвіст, до кінця остистого відростка XII грудного хребця (П-О) у чоловіків вірогідно становить половину виміру М-О, а у жінок – навіть має тенденцію до перевищення половини вказаного параметра М-О. Аналогічно, у чоловіків і жінок відстань П-О вірогідно відповідає половині виміру М-Р.

Отже, для забезпечення точнішого визначення глибини залягання задньої поверхні ПЗ, на межі тіло-хвіст, зі сторони спини у чоловіків, варто послуговуватися обрахуванням середнього суми показників $k_1 + k_2$.

Каратєєва С.Ю., Хомко О.Й., Малейкий М.В., Малейкий І.М.

ЛІКУВАННЯ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ З ВИКОРИСТАННЯМ ОЗОНОТЕРАПІЇ

Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти

Буковинський державний медичний університет

Цукровий діабет характеризується порушенням толерантності до глюкози і супроводжується не тільки вираженими клінічними, але й імунними розладами. У патогенезі захворювання важливе місце посідають зміни клітинної та гуморальної імунної відповіді, формування аутоімунних реакцій, про що свідчить тісний зв'язок



ЦД з іншими органоспецифічними та органонеспецифічними аутоімунними захворюваннями; лімфоцитарна інфільтрація панкреатичних ostrivciv; виявлення у хворих на ЦД циркулюючих антитіл проти інсуліну, клітинних сегментів панкреатичних ostrivciv та тканин різних органів; наявність сенсibilізованого клону реактивних лімфоцитів до інсуліну та клітин панкреатичних ostrivciv.

Аналіз одержаних результатів визначення абсолютної та відносної кількості імунокомпетентних клітин за методом опрацьованих імуногематологічних індексів та коефіцієнтів показав наявність різного ступеня тяжкості бактеріальної інфекції та зниження функцій факторів і механізмів неспецифічного протиінфекційного захисту, на фоні якого формуються гнійно-запальні процеси, які призводять до інтоксикації середнього ступеня та до різнонаправлених змін абсолютної та відносної кількості імунокомпетентних клітин та імуногематологічних індексів та коефіцієнтів. Перераховане вимагає проведення етіотропної антибіотикотерапії та імунореабілітації при лікуванні гнійно-запальних процесів у хворих на ЦД.

Для комплексного лікування гнійно-запальних процесів у хворих на ЦД відібрана група у кількості 53 пацієнти, в яких примінено традиційна лікувальна тактика з включенням додатково озонотерапії.

Таким чином, імуногематологічні індекси і коефіцієнти підтверджують про підвищення ефективності лікувальної тактики гнійно-запальних процесів у хворих на ЦД за рахунок примінення озонотерапії. За абсолютними та відносними показниками основних імунокомпетентних клітин у периферійній крові та імуногематологічними індексами і коефіцієнтами розроблений комплексний метод лікування з включенням озонотерапії має певну ефективність і сприяє нормалізації вказаних показників.

Карлійчук М.А., Луйжис А.А.

ІНТРАВІТРЕАЛЬНЕ ВВЕДЕННЯ ТРІАМЦИНОЛОНУ АЦЕТОНІДУ В ЛІКУВАННІ ПСЕВДОФАКІЧНОГО МАКУЛЯРНОГО НАБРЯКУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Кафедра офтальмології ім. Б.Л. Радзівовського

Буковинський державний медичний університет

Діабетичний макулярний набряк (ДМН) домінує серед причин зниження гостроти зору до 0,02-0,1 після хірургії катаракти у хворих на цукровий діабет (ЦД) 2-го типу. Основна ланка патогенезу ДМН – підвищена проникність судин, зумовлена проривом гематоретинального бар'єру внаслідок локальної гіпоксії сітківки, осмотичного стресу, експресії судинного ендотеліального фактора росту та прозапальних цитокінів. В лікуванні ДМН застосовуються інтравітреальні введення стероїдних протизапальних препаратів, інгібіторів ендотеліального фактора росту судин, лазеркоагуляція (ЛК) центральної зони сітківки, проте на теперішній час не досягнуто консенсусу щодо однозначної стратегії його лікування.

Мета дослідження полягала у вивченні ефективності інтравітреального введення тріамцінолону ацетоніду в лікуванні псевдофакічного макулярного набряку у хворих на ЦД 2-го типу.

Під спостереженням знаходились 22 хворих (27 очей) на ЦД 2-го типу (стан субкомпенсації, тривалість ЦД - $12,4 \pm 6,7$ років) віком $58,2 \pm 7,6$ після мікрокоаксіальної ультразвукової факоемульсифікації з імплантацією інтраокулярної лінзи з псевдофакічним макулярним набряком. Пацієнтам проводили стандартне офтальмологічне обстеження, а також офтальмоскопію за допомогою панфундус-лінзи та оптичну когерентну томографію (ОКТ) на приладі RTVue-100 (Optovue, США). Пацієнти були поділені на 2 групи: хворим 1-ї групи (15 очей, 11 пацієнтів) за 1-3 роки до виконання хірургії катаракти була проведена панретинальна ЛК; хворі 2-ї групи (12 очей, 11 пацієнтів) раніше отримували тільки медикаментозну терапію. Через 2 місяця після хірургії катаракти всім хворим в умовах стерильної операційної було виконано інтравітреальне введення 4 мг тріамцінолону ацетоніду за допомогою голки 27 калібру транскон'юнктивально. Основними критеріями ефективності лікування слугували: найкраща гострота зору з корекцією та товщина сітківки в макулярній зоні за даними ОКТ на 1, 3 та 6-й місяць після інтравітреального введення.

Через 2 місяця після хірургії катаракти гострота зору з корекцією складала $0,27 \pm 0,22$, товщина макулярної зони сітківки - $472,2 \pm 62,1$ мкм. Після лікування спостерігалось вірогідне покращання гостроти зору та стану макулярної зони сітківки на 1-й та 3-й місяці спостереження. Через 1 місяць після інтравітреального введення тріамцінолону ацетоніду середнє зменшення товщини макулярної зони сітківки було $302,34 \pm 42,21$ мкм у хворих 2-ї групи та $278,44 \pm 32,02$ мкм у хворих 1-ї групи ($p < 0,05$ за критерієм Вілкоксона). Через 3 місяця середнє зниження товщини макулярної зони сітківки виявило таку ж тенденцію ($p < 0,05$) між групами. У хворих спостерігалось покращання гостроти зору зі статистично вірогідною різницею ($p < 0,05$) між групами: в 1-й групі в 11 очах гострота зору підвищилась до 0,4-0,8; в 4 очах не покращилась внаслідок скупчення парафовеолярних твердих ексудатів та наявність дегенеративних змін нейроепітелію. У 2-й групі гострота зору покращилась у 8 очах до 0,3-0,6. Через 6 місяців вірогідного покращання гостроти зору у хворих не спостерігалось. Отже, пацієнти, яким попередньо була виконана панретинальна лазеркоагуляція, демонстрували кращі результати через 1 та 3 місяця після лікування, в той час як через 6 місяців статистично вірогідної різниці в гостроті зору та товщині макулярної зони сітківки між групами виявлено не було.

Таким чином, інтравітреальне введення тріамцінолону ацетоніду є ефективним методом лікування псевдофакічного макулярного набряку у хворих на ЦД 2-го типу. Кращий терапевтичний ефект



за даними гостроти зору та товщини макулярної зони сітківки спостерігався в ранні періоди спостереження (1, 3 місяці) у хворих, яким раніше була виконана панретинальна лазеркоагуляція.

Кнут Р.П., Сидорчук Р.І., Воляннюк П.М.

ОСОБЛИВОСТІ ІНКОРПОРАЦІЇ АЛОТРАНСПЛАНТАТА ПРИ ПЛАСТИЦІ ГРИЖ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ

Кафедра загальної хірургії

Буковинський державний медичний університет

Упродовж останніх років все частіше постає питання застосування альтернативних методів фіксації алотрансплантата при виконанні пластики гриж передньої черевної стінки, оскільки використання проленових лігатур призводить до додаткової травматизації тканин та нервових волокон в ділянці пластики, що може в свою чергу призвести до виникнення ускладнень післяопераційного періоду.

Мета - дослідити інкорпорацію алотрансплантата для подальшої розробки більш ефективних методів хірургічного лікування гриж передньої черевної стінки. Встановити терміни проростання алотрансплантата фібриновими та колагеновими волокнами.

Дослідження носить експериментальний характер. Матеріалом дослідження стали 26 білих шурів лінії Wistar, яким у м'язи передньої черевної стінки було імплантовано проленові алотрансплантати розмірами 0,5×0,5 см. Забір матеріалу для гістологічного дослідження проводили шляхом біопсії ділянки м'язів із імплантованим алотрансплантатом через 1, 3, 5, 7 та 10 діб з моменту моделювання експерименту. Зрізи товщиною 3-5 мкм фарбували за стандартними методиками. Дослідження проводили при збільшенні ×100 із застосуванням описової методики виявлення змін.

Результати проведеного дослідження свідчать, що упродовж перших чотирьох діб з моменту моделювання експерименту фіксація алотрансплантата відбувалася переважно за рахунок фібринових волокон. При взятті біопсії у цей період алотрансплантат легко зміщувався. Починаючи з 5 доби з моменту моделювання експерименту у біоптатах тканин відмічалася переважання колагенових волокон. При взятті біопсії алотрансплантат був фіксований до тканин ложа і не зміщувався.

Таким чином, впродовж перших чотирьох діб з моменту операції фіксація алотрансплантата є недостатньо ефективною, що може спричинити його зміщення або скручування та призвести до виникнення рецидиву грижі, в зв'язку з чим, доцільним є застосування хірургічних клеїв (зокрема, фібринового та альбумінового) для його фіксації та попередження виникнення ускладнень післяопераційного періоду.

Ковальчук П.Є., Гасько М.В., Тулюлюк С.В.

ПЕРЕЛОМИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ, ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ В УМОВАХ ЙОД-СЕЛЕНОДИФИЦИТНОГО РЕГІОНУ

Кафедра травматології, ортопедії та нейрохірургії

Буковинський державний медичний університет

Селен, як найбільш суперечливий мікроелемент має дуже вузький діапазон між есенціальною дозою і токсичною. Незамінність елементу було встановлено лише 1957 року. У 1973 р. було відкрито глутатіонпероксидазу — специфічний селенопротеїн, і лише через тридцять років — інші селенпротеїни. Тоді прийшло розуміння ролі селену у харчуванні та здоров'ї. Це можна вважати справжньою селеновою революцією, яка породила безліч гіпотез і стимулювала нові дослідження й практичне застосування його у медицині. Фізіологічна потреба у селені становить 70 мкг для дорослих чоловіків та 55 мкг для жінок. Під час вагітності та лактації потрібен більш високий рівень до 200 мкг.

На теперішній час заслуговує на увагу припущення стосовно того, що дефіцит селену є одним з чинників розвитку та прогресування тиреопатій. Практично усі континентальні держави, до яких належить і Україна, є селенодефіцитними. Особливо мало Se в ґрунтах і рослинах Вінницької, Волинської, Київської, Луганської, Одеської, Полтавської, Тернопільської, Хмельницької, Чернівецької, Харківської, Чернігівської, Сумської областей і в Криму. ЩЗ має особливо високу потребу в селені і належить до органів із найвищим рівнем цього елементу на 1 г тканини. Селен, як і йод, є необхідним для нормальної тиреоїдної функції, тиреоїдного гомеостазу. Встановлено, що всі три дейодинази, які конвертують T4 у T3, вміщують селеноцистеїн. Це демонструє, що наскільки продукції активного тиреоїдного гормону залежать від селен-статусу. Селеномісні йодтироксиндейодинази (Ds) присутні у більшості тканин і забезпечують механізм регуляції активації тиреоїдних гормонів. Гормони щитовидної залози стимулюють як формування КТ, так і її резорбцію.

Проблема загоєння переломів кісток є однією з актуальних в травматології. Одним з підходів до її вирішення є вивчення факторів, що впливають на остеогенез.

В основу даного дослідження покладено аналіз результатів хірургічного лікування 28 пацієнтів у віці від 40 до 75 років із закритими переломами шийки стегнової кістки (ПШСК), що знаходилися на лікуванні з 2011 по 2012 рік в травматологічному відділенні для дорослих ЛШМД м. Чернівці, де їм був проведений остеосинтез шийки стегнової кістки. 28 (100%) пацієнтів з верифікованим у анамнезі гіпотиреозом та ймовірним вторинним остеопорозом. З метою діагностики вторинного остеопорозу, всім пацієнтам була проведена рентгенівська денситометрія (DEXA). На підставі даних денситометрії у 27



(96,4%) хворих мінеральна щільність кісткової тканини в шийці стегнової кістки і поперекових хребців (L1-L4) відповідала остеопорозу, а у 1 (3,6%) - остеопенії. Нормальна пікова кісткова маса (Т-критерій) в одиницях стандартних відхилень (SD) у пацієнтів з остеопорозом була <-2,5 SD, у пацієнтів з остеопенією в межах від -1 до -2,5 SD.

Відповідно до класифікації Garden переломів I типу відзначено 3 (10,7%), II типу - 2 (7,1%), III типу - 16 (57,1%), IV типу - 7 (24,9%). Таким чином, більшість (82%) склали пацієнти з переломами III і IV типів, що супроводжуються розладами кровообігу в голівці стегнової кістки і які є прогностично несприятливими.

Остеосинтез виконувався фіксаторами: трьома канюльованими спонгіозний гвинтами діаметром 6,5 мм – 16 (57,1%) пацієнтів, динамічним стегновим гвинтом (DHS) - 5 (17,8%) пацієнтів; трьома неканюльованими спонгіозними гвинтами діаметром 6,5 мм – 2 (7,1%); трилопатеvim цв'яхом з діафізарною накладкою – 4 (14,2%) і без діафізарної накладки – 1 (3,5%) пацієнт. У групі досліджуваних хворих 3 (10,7%) осіб були прооперовані в термін до 24 годин після отримання травми, 13 (46,4%) осіб прооперовані на 2-5 добу, 11 (39,2%) пацієнтам операція проведена на 6-12 добу і 1 (3,5%) хворим операція зроблена в термін більше 12 діб. Мінімальний час з моменту отримання травми до операції склало 21 годину, максимальне - 16 діб, середній ліжко-день до операції склав 5,86 ± 1,63 дня.

Результати остеосинтезу в терміни від 1 до 1,5 років нами вивчені у 28 (100%) пацієнтів. Зрощення перелому без ускладнень відмічено у 16 (57,1%) оперованих хворих. У 12 прооперованих остеосинтез був проведений трьома спонгіозними канюльованими гвинтами - 75% від числа пацієнтів, у яких застосовувався даний фіксатор, при використанні DHS переломи зрослися у 2 осіб (40%), великими спонгіозними гвинтами - консолидація наступила у 2 (100%) пацієнтів. У пацієнтів, яким остеосинтез був зроблений трилопатеvim цв'яхом з діафізарною накладкою і без неї, зрощення не спостерігалось. Середні строки зрощення у пацієнтів до 50 років були 24,6 ± 1,8 тижнів, у віці 51-60 років - 25,3 ± 1,8 тижнів, 60-77 років - 25,1 ± 2,5 тижнів. Ускладнення виявлено у 12 хворих (42,9%). Незрощення з остеолізом головки відзначені у 4 (25%) пацієнтів, з них у 1 остеосинтез був виконаний канюльованими гвинтами, у 2 - трилопатеvim цв'яхом з діафізарною накладкою, у 1 - трилопатеvim цв'яхом. Асептичні некрози з розвитком важкого посттравматичного артрозу - у 4 (14,2%) пацієнтів, з них у 3 пацієнтів остеосинтез був виконаний DHS, а у 1 (67,5%) - канюльованими гвинтами.

Отже однією з основних причин ПШСК у пацієнтів в умовах йод-селенодефіцитного регіону є вторинний остеопороз. Без адекватної медикаментозної терапії остеопорозу він може погіршити результати хірургічного лікування та сповільнювати терміни консолидації.

Козловська І.М., Іфтодій А.Г., Білик О.В.

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ТРІЩИН ПРЯМОЇ КИШКИ

Кафедра хірургії та урології

Буковинський державний медичний університет

Лікування хронічних анальних тріщин має багатовікову історію й досі залишається актуальною та складною проблемою сучасної проктології. Хворі з хронічними тріщинами прямої кишки складають 5–10% пацієнтів стаціонарів спеціалізованих проктологічних відділень. Хронічна анальна тріщина проявляється вираженим больовим синдромом, затяжним перебігом з частими рецидивами і найчастіше зустрічається у людей працездатного віку, що має вагоме соціальне значення.

Широка розповсюдженість даної патології та актуальність проблеми привели до появи великої кількості різноманітних методів лікування. Так W.P. Mazier нарахував більше 30 комбінацій хірургічного лікування анальних тріщин. Однак далеко не в усіх випадках ці методи мали патогенетичне підґрунтя, чим і пояснюється висока частота незадовільних наслідків лікування (від 15 до 48%).

Необхідно відмітити, що віддалених позитивних результатів можна добитися тільки при комплексному патогенетично обґрунтованому лікуванні. У даний час провідною патогенетичною ланкою виникнення хронічних анальних тріщин прийнято вважати дисфункцію анального каналу, що проявляється підвищенням тону внутрішнього анального сфінктера, а також наявність больового синдрому та ішемії анодерми. Вище зазначене вказує на недостатню вивченість проблеми, пов'язаної як з хірургічним, так і з медикаментозним лікуванням пацієнтів з хронічними анальними тріщинами.

Мета - удосконалення хірургічного лікування хворих із хронічними тріщинами прямої кишки та їх наслідками, зменшення ризику виникнення як ранніх, так і пізніх післяопераційних ускладнень; покращити результати консервативного та операційного лікування хронічних анальних тріщин шляхом розробки та впровадження в практичне використання техніки етіопатогенетично обґрунтованого внутрішньотканинного електрофорезу.

Проведено обстеження та анкетування 54 пацієнтів, що лікувалися з приводу хронічних ускладнених анальних тріщин. Усі пацієнти були поділені на 2 групи. До I групи увійшли 26 чоловік, оперованих за методикою кафедри, у комплексне лікування яких було включено поєднане застосування електричного поля постійного струму та етіопатогенетично обґрунтованих лікарських засобів. У II групі, яка була контрольною і становила 28 чоловік, застосовували загальноприйняті методи лікування хронічних ускладнених анальних тріщин. Групи були однотипними за віком та статтю, тривалістю захворювання. Середній вік обстежених хворих становив 42,07±1,80 року.