

доновой кислоти. 2) Хирургические методы улучшения перфузионного давления поврежденных тканей – некротомии и некрофасциофенестротомии для профилактики компартмент синдрома. 3) Хирургические методы профилактики развития септических осложнений: это при грубых нарушениях кровообращения в сегментах конечностей и угрозе восходящих инфекционных осложнений – ранние некрэктоми в виде экзартикуляций и нетипичных ампутаций на фоне обработки ран декасаном и октенисептом. 4) Хирургические методы восстановления функций конечностей – пластика несвободными кожными лоскутами, фалангизация.

В первой группе оперативная активность имела следующую структуру: аутодермопластики 6 человек (28,57%), ампутации 4 человека (19,04%). При этом ампутации проводились в основном на концевых фалангах с минимальной потерей функций кисти. Во второй группе: аутодермопластики – 5 (21,7%), ампутации – 9 (39,1%). При этом ампутации проводились в основном на уровне средних и основных фаланг с более значительной потерей функциональности кисти. В третьей группе: аутодермопластики – 4 (19,2%), ампутации – 18 (81,8%). При этом чаще приходилось прибегать к вычленению, ампутациям на уровне головок пястных костей, пластике китайским (18,1%) и итальянским лоскутами (9,09%), фалангизации (12,4%).

Благодаря разработанным принципам в I группе по сравнению со II ампутаций было меньше на 20%, в II по сравнению с III – на 41%. Своевременная доставка пациента в клинику и проведения всей программы разработанного лечения обеспечивает значительное снижение инвалидизации последствий холодовой травмы с максимальным сохранением функций конечности.

## **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОЛІОРГАННОЇ ПАТОЛОГІЇ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-ТЕРАПЕВТА**

*Коломоєць М. Ю., Трефаненко І. В., Павлюкович Н. Д.*

*Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами (Київ),  
Буковинський державний медичний університет (Чернівці)*

Хронічний холецистит (ХХ) зустрічається частіше, ніж діагностується, особливо в похилому та старечому віці. Не дивлячись на досить яскраву клінічну симптоматику, ХХ часто маскується симптомами ішемічної хвороби серця (ІХС). Для обох нозологій існують ряд спільних факторів ризику: спадковість, зловживання алкоголем, їжею, багатою на жири та сіль, з недостатністю свіжих овочів, ненасичених жирних кислот; нервово-психічні та фізичні перенавантаження, паління. Як відомо, в міокарді посилюються процеси аритмогенезу під впливом екстракардіальних факторів, серед яких рефлекторний вплив зі сторони слизової шлунково-кишкового тракту через парасимпатичну іннервацію. Виявлений зв'язок між перебігом ІХС та ХХ дає змогу вивчити особливості їх перебігу та вплинути як на окремі ланки дестабілізації, так і запропонувати патофізіологічне обґрунтування концепції лікування. Ймовірно, що ХХ є патофізіологічним фактором інших метаболічних та гемодинамічних розладів, які також можуть вважатися факторами ризику та стати ключовим ланцюгом в розвитку та прогресуванні ІХС. Нами вивчено порушення моторної функції біліарного тракту у хворих з поєднаним перебігом ІХС та ХХ. Обстежено 40 хворих на ІХС та ХХ, яких було розподілено на дві групи. I група – 20 хворих з стабільною стенокардією напруги II та III функціональних класів; II група – 20 чоловік з післяінфарктним кардіосклерозом (давністю  $3,4 \pm 1,2$  років). Всім

пи були виявлені наступні синдроми: больовий у 70%, шлункової диспепсії у 30%, кишкової диспепсії у 65%. З анамнезу встановлено, що загострення ХХ співпадали з нападами стенокардії. При опитуванні хворих II групи встановили, що больовий синдром був виявлений у 80%, шлункова диспепсія у 55%, кишкова диспепсія у 75% хворих. Зв'язок між загостреннями ХХ та появою нападів стенокардії мав мінливий характер. При БДЗ в обох групах було виявлено дискінезію жовчовивідних шляхів (ДЖВШ). За типом ДЖВШ хворих було розподілено на дві основні групи – за гіпертонічним та гіпокінетичним типом. В I групі це співвідношення склало 1:1,5, в II групі 2,3:1. Таким чином, у хворих, які тривалий час приймають серцеві препарати ДЖВШ перебігає за гіпертонічним типом. У хворих I групи, які приймають ліки тільки за потребою, ДЖВШ обумовлена дисбалансом парасимпатичної та симпатичної системи з переважанням останньої.

## **ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ КИШКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПРИ ГОСТРІЙ ТОНКОКИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ**

*Коломоєць О. М.*

*Буковинський державний медичний університет (Чернівці)*

**Мета:** Оптимізувати лікування синдрому кишкової недостатності при гострій тонкокишкової непрохідності у осіб похилого віку шляхом використання медикаментозної корекції та гальванічного струму.

Обстежено 30 хворих похилого віку із синдромом кишкової недостатності, які знаходились на лікуванні у хірургічних відділеннях лікарні швидкої медичної допомоги м. Чернівці. Основну групу склали 15 осіб, яким проводилась оптимізація корекції, у контрольну групу увійшли 15 пацієнтів, які лікувалися традиційно.

Всім хворим із синдромом кишкової недостатності при гострій тонкокишкової непрохідності було проведено оперативне втручання із відновленням прохідності кишкової трубки без резекції кишки та з ліквідацією вогнища непрохідності із накладанням тонкокишкового анастомозу. Хворим контрольної групи призначалися анальгетики, розчини для відновлення ОЦК, антибактеріальні препарати.

Хворі основної групи перед, під час та після оперативного втручання отримували окрім традиційного лікування розчин сорбітолу внутрішньовенно, препарати, які впливають на мікроциркуляцію, а в післяопераційному періоді додатково з 2-ї доби після оперативного втручання застосовували гальванічний струм із орієнтацією силових ліній у задньолатеральному напрямку на межі мезо- та гіпогастрію.

У хворих основної групи встановлено більш ранній початок перистальтичної активності, позитивна динаміка результатів біохімічних досліджень, значно менший відсоток післяопераційних ускладнень, скорочений термін перебування у стаціонарі.

**Висновки:** 1. Лікування синдрому кишкової недостатності при гострій тонкокишкової непрохідності вимагає корекції у зв'язку із потенціюванням поліорганної недостатності.

2. Використання розчину сорбітолу, препаратів, які впливають на мікроциркуляцію крові, у поєднанні із гальванічним струмом значно покращує післяопераційний перебіг, зменшує відсоток ускладнень та термін перебування пацієнтів у стаціонарі.