

пацієнта. Всі опитані віддали перевагу апаратному методу введення. Отже, можна дійти висновку про значну перевагу апарату “The Wand Plus” над карпульним шприцом. Його застосування дає змогу набагато комфортніше проводити прийом пацієнта.

ХВОРОБИ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ ТА ЇХ МІСЦЕ У СТРУКТУРІ СМЕРТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА ПЕРІОД 2000-2011 рр.

В.С.Михайлищук

Прикарпатський національний університет ім. Василя Стефаника, м. Івано-Франківськ

За даними офіційної статистики, в Україні щорічно реєструється 49-51 тис. випадків гострого інфаркту міокарда, в Івано-Франківській області – 1200-1300. Показник захворюваності на гострий інфаркт міокарда зріс в Україні за 2000-2010 рр. на 14,8%, в Івано-Франківській області за 2000-2011 рр. – на 17%. В 2011 році по області зареєстровано 1213 випадків гострого інфаркту міокарда, що становить 111,5 на 100 тис. дорослих (-4,9% проти 2010 року). Загальна захворюваність на артеріальну гіпертонію в Україні за 2000-2011 рр. зросла на 70,9%, а за 2009-2010 рр. – на 2,2%. По області за 2000-2011 рр. її показник зріс на 98% і становить 31813,8 на 100 тис. дорослих (+0,9% до 2010 р.). Загальна захворюваність на ішемічну хворобу серця в Україні 2000-2011 рр. зросла на 61,0%, за 2009-2010 рр. – на 2,3%. В Івано-Франківській області за 2000-2011 рр. її показник зріс на 67,4% та становить 20832,5 на 100 тис. дорослих (+0,7% проти 2010 р.). Питома вага померлих від хвороб системи кровообігу (ХСК) у загальній структурі смертності населення України за 2010 рік найвища і посідає I місце (66,6%), на II місці – новоутворення (12,6%), на III – травми та отруєння (10,1%). Аналогічна структура загальної смертності в Івано-Франківській області. В Україні за 2000-2010 рр. зареєстровано ріст хвороб органів травлення (+31,0%), ХСК (+9,4%); зниження хвороб органів дихання (-44,0%) та онкопатології (-1,6%). В області за 2000-2011 рр. виявлено зростання частоти ХСК (+17,5%), хвороб органів травлення (+11,1%) та онкозахворювань (+8,3%); зниження – хвороб органів дихання (більше ніж втричі).

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕНДОСКОПІЧНОГО ГЕМОСТАЗУ ПРИ ГОСТРОКРОВОТОЧИВІЙ ДУОДЕНАЛЬНІЙ ВИРАЗЦІ У ЛІТНІХ ХВОРИХ

Ю.М.Мишковський, В.П.Польовий, О.А.Карлійчук, А.С.Паляниця

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Пацієнти віком понад 60 років, які поступають у стаціонар з активною кровотечею Forrest I (F1), є складною проблемою для хірургії, оскільки їм необхідно виконати термінову ендоскопію з метою припинення кровотечі, ком-

плекс повторних ендоскопій для запобігання ранньому рецидиву кровотечі, а при їх неефективності – виконати хірургічне втручання “на висоті кровотечі”. Відомо, що найефективнішим методом ендоскопічного гемостазу у хворих з кровотечею FI визнано поєднання термічного та ін’екційного методів. Тому в лікуванні таких пацієнтів ми використали, окрім моноактивної гідродіатермокоагуляції, ендоскопічну ін’екційну терапію (ЕІТ) 5% розчином транексамової кислоти. Методика проведення ін’екційного методу полягала в обколюванні кровоточивої судини з наступним стисненням її набряклими прилеглими тканинами. Обколювання проводили в 3-4 точках по периметру виразки. Виконували від 3 до 10 імпульсів гідродіатермокоагуляції, вводили від 0,4 до 2,8 мл 5% транексамової кислоти. Ефективність локального ендоскопічного гемостазу залежала від типу виразки (“стареча” – 66,7% , “застаріла” – 76,9%), що пояснюється особливістю виразкової кровотечі у хворих літнього віку, наявністю пацієнтів з ендоскопічною стигматою FI-A. Ранній рецидив кровотечі відмічався після проведення повторних ендоскопій з використанням ЕІТ 5% транексамової кислоти задньої стінки ДПК (27,8%), з ЕІТ передньої та задньої стінок ДПК (16,7%).

СПОСІБ ЛОКАЛЬНОГО ХІРУРГІЧНОГО ГЕМОСТАЗУ ГОСТРОКРОТОЧИВОЇ ДУОДЕНАЛЬНОЇ ВИРАЗКИ У ЛІТНІХ ХВОРИХ

Ю.М.Мишковський, В.П.Польовий, О.М.Плегуца, Ю.В.Білоока

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Критерії вибору методу лікування виразки ДПК з гострою кровотечею у хворих віком понад 60 років розроблені недостатньо. Пріоритетними вважаються органозберігальні хірургічні прийоми, широко використовуються резекційні методи. Нами розроблення способу локального хірургічного гемостазу гострокровоточивої дуоденальної виразки у літніх хворих. Після пальпаторного визначення локалізації виразки і її розмірів на передній стінці ДПК, абсорбальніше виразки на 3-5 мм проводимо поперечну дуоденотомію. Шляхом діатермокоагуляції спиняємо кровотечу з виразки задньої стінки ДПК. Вузловими швами краї дуоденотомного дефекту підшиваємо до задньої стінки ДПК так, щоб у шов захопити наскрізно всю передню стінку обох країв дуоденотомного розрізу, а з боку задньої стінки – тільки слизовий і підслизовий шари макроскопічно незміненої слизової оболонки. Після цього оральніше виразки на 2-4 мм накладають наскрізний 8-подібний шов, забезпечуючи тим самим тісний контакт тампонованих поверхонь. Перитонізація окремими вузловими швами. Для відновлення прохідності кишкової трубки накладають передній передободовокишковий гастроентероанастомоз з браунівським сполученням. Для контролю гемостазу після операції в ДПК вводять зонд через гастроентероанастомоз. Операційну рану зашивають. Як правило, прохідність ДПК відновлюється через 2-3 місяці. За даним способом прооперовано 7 літніх хворих з гострокровоточивою дуоденальною виразкою, рецидиву кровотечі не виявлено.