

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



## **МАТЕРІАЛИ**

**96 – ї**

**підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

**16, 18, 23 лютого 2015 року**

**Чернівці – 2015**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2015. – 352 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 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. Іващук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

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 Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-588-4

© Буковинський державний медичний  
університет, 2015



або гінекологічної патології (33 – 9,1%). За ступенем тяжкості перебігу 127 хворих було з II ступенем тяжкості; 96 хворих - III А ступенем і 138 хворих - III Б ступенем.

Інтраопераційно перитоніт розцінено як розлитий в 31% хворих, дифузний в 39%, місцевим не відмежованим у 17%, відмежованим – у 13% випадків. Летальність склала 9,1%.

Дослідження вмісту цитокінів (прозапальних – інтерлейкінів 2 та 6, фактор некрозу пухлин та протизапальних інтерлейкінів 10) у плазмі крові проводили на імуноферментному аналізаторі АИФР – 01 «Униплан» Росія. Протеолітичну та фібринолітичну активність визначали за азоказеїном (лізис високомолекулярних білків); азоальбуміном (лізис низькомолекулярних білків); та азоколом (лізис колагену). (Методика О.Л. Кухарчука). Рівень ліпопероксидації оцінювали за вмістом у еритроцитах одного із вторинних продуктів перикисного окислення ліпідів малонового альдегіду (МА). (Метод І. Д. Стальної та Т. Г. Горишвилі). Інтенсивність пероксидації протеїнів визначали за рівнем окислювальної модифікації білку плазми крові. (І. Ф. Мещишен)

Усім хворим на момент госпіталізації проводилось фізикальні огляди і комплексне загальноприйняте лабораторно-інструментальне обстеження. Серед лабораторних параметрів особливого діагностично-прогностичного значення надавали динамічному моніторингу токсико-запальних показників: лейкоцити крові та зміни лейкоцитарної формули; гемоглобін; кольоровий показник; білірубін, креатинін та сечовина крові; загальний білок; гематокрит, а також ультрасонографія, рентгенографія, при потребі – комп'ютерна томографія живота. В процесі об'єктивного обстеження пацієнта звертали увагу на наявність симптомів гострого перитоніту.

Передопераційна підготовка полягала у максимально можливій корекції водно-електролітного балансу, функцій основних життєзабезпечуючих органів і систем, емпіричній антибіотикотерапії. Усім хворих оперовано під ендотрахеальним наркозом в межах 6 годин від госпіталізації.

Невідкладне оперативне втручання полягало в ліквідації джерела гострого перитоніту і його санації та дренажу черевної порожнини. У кожному випадку проводилась аспірація ексудату черевної порожнини для бактеріологічного дослідження та визначення чутливості патогенної мікрофлори до антибіотиків. Запрограмована лапаротомія, як складова компоненту оперативного втручання, використана у 152 хворих. Вимушені релaparотомії у зв'язку з прогресуванням перитоніту (неспроможність швів), розвитком кишкової непрохідності та евентрацією застосовано 25 хворих. Померли 19 хворих з післяопераційним перитонітом. Основною причиною смерті визнано поліорганну недостатність, зумовлену тяжкою мікробною та ендогенною інтоксикацією.

За даними наших спостережень встановлено, що дуже важко діагностувати хірургічні захворювання у осіб похилого віку та у хворих з супутніми системними захворюваннями. У них також спостерігається збільшення частоти ускладнень що можна обґрунтувати наступними чинниками: має місце зміна клінічного перебігу хвороби; наявність суттєвих відмінностей клінічної маніфестації хірургічних захворювань; стертість клінічних проявів запальних процесів та їх невідповідність вираженості морфо-функціональним змінам в тканинах і органах; спотворення лабораторних показників, в першу чергу, лейкоцитарної формули крові.

А це в свою чергу призводить до наступних наслідків: діагностичних помилок; неадекватності лікувальних заходів; зростання частоти ускладнень; зростання летальності; подовження строків лікування. Зважаючи, що малоінвазивні оперативні втручання забезпечують радикальність при меншій травматичності, дають менше ускладнень ми ширше ставили покази до їх використання в ургентному порядку. Це дозволило діагностувати хірургічну патологію в очеревинній порожнині у 112 хворих.

При оцінці ефективності запропонованої лікувальної тактики встановлено, що застосування напрацьованих підходів дозволило суттєво покращити результати лікування, так як рання діагностика хірургічних захворювань та її об'єктивізація підвищена шляхом розширення показів до використання діагностичних відеолапароскопій, які при необхідності переходять у лапароскопічні або лапаротомні оперативні втручання.

**Гринчук Ф.В., Преутесей В.В., Гринчук А.Ф.**

### **КОМПЛЕКСНА ДІАГНОСТИКА І ПРОФІЛАКТИКА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ**

*Кафедра хірургії*

*Буковинський державний медичний університет*

Для діагностики і профілактики післяопераційних ускладнень (ПОУ) запропоновано багато різноманітних способів. Проте їхня ефективність внаслідок низки причин залишається недостатньою. Водночас основною передумовою попередження ПОУ є можливість їх своєчасного передбачення. Наявні численні профілактичні заходи також не повністю задовольняють потреби сьогодення, що зумовлює необхідність подальших досліджень.

Нами обстежено 127 хворих, прооперованих з приводу хірургічної патології органів черевної порожнини, в тому числі 48 пацієнтів з ПОУ: нагноєнням рани (9), евентрацією (5), абсцесами черевної порожнини (12), неспроможністю кишкових швів (16), післяопераційним перитонітом (6). Усім пацієнтам проведено обстеження і базове лікування згідно протоколів МОЗ України. Окрім цього визначали величини оптичної густини плазми венозної крові (ОГПВК) на довжині хвилі  $\lambda = 280$  нм, Мангаймський перитонітний



індекс (МПІ), клас супутньої патології (КСП). Для побудови експертної системи прогнозування наявності ускладнень використовували метод розділення опуклих оболонок гіперплощиною.

Для профілактики ПОУ нами застосований напрацьований комплексний підхід, який передбачає вірогідне визначення життєздатності (ЖЗД) ділянок порожнистих органів, на які накладаються шви, за власною методикою; використання розробленого шва; застосування шовного матеріалу, який здатен стимулювати процеси регенерації у зоні з'єднання; вдосконалений спосіб санації очеревинної порожнини.

Провівши аналізі досліджених прогностичних критеріїв ПОУ, одержали наступну діагностичну шкалу. Якщо  $114,8 \times$  показник часу рекальцифікації плазми  $+ 840,8 \times$  МПІ  $- 346,0 \times$  показник гематокриту  $+ 1363,2 \times$  КСП  $- 13531,6 > 0$ , слід прогнозувати виникнення ПОУ. Якщо значення  $< 0$ , слід прогнозувати сприятливий перебіг післяопераційного періоду. Діагностична ефективність методу становила 96,4%.

У хворих групи ризику нами проводився моніторинг ОГПВК. Виявлено, що через 2-3 доби після операції параметри показника зростали понад 0,58 Од, практично у всіх випадках. В подальшому за відсутності ПОУ показники знижувались. Виникнення інтраабдомінальних запальних ускладнень супроводжувалося повторним істотним зростанням ОГПВК, яке передувало клінічній маніфестації. Діагностична ефективність методу становила майже 95%.

Субопераційно визначення ЖЗТ проводили за допомогою індексу, який являє співвідношення параметрів інтенсивності люмінесценції на різних довжинах хвиль, що дозволяє виділити у органі зони некрозу, відносної та абсолютної життєздатності і, відповідно, обрати оптимальний обсяг резекції та місце накладання швів. Важливо, що об'єктивізація оцінки ЖЗТ дозволяє, в деяких випадках, виконувати ошадні операції внаслідок зменшення обсягу резекції органа.

З метою збільшення надійності з'єднання використовували дворядний адаптуючий безперервно – вузловий шов, який забезпечує високу фізичну і біологічну герметичність. При цьому застосовували шовний матеріал, імпрегнований засобами, що сприяють регенераційним процесам.

Для пролонгованої санації черевної порожнини вдавались до модифікованої дренажної системи, яка дозволяє збільшити ефективність локального впливу та проводити санацію в післяопераційний період.

Означений підхід дозволив уникнути виникнення інтраабдомінальних ускладнень у всіх випадках місцевого і дифузного перитоніту. Не відмічено жодного випадку неспроможності кишкових швів. В одному випадку розлитого перитоніту відмічений залишковий абсцес черевної порожнини, що потребувало повторної операції.

Викладене свідчить, що застосування запропонованого комплексного підходу до профілактики ПОУ дозволяє суттєво знизити ризик їх виникнення. Така лікувальна тактика може бути рекомендована до широкого впровадження. Слід також відзначити, що розроблені методики прогнозування, діагностики та профілактики ПОУ відрізняються технічною простотою, не потребують використання складних вартісних засобів.

**Зайцев В.І., Басель Алькуд Касем, Ілюк І.І.**

### **ВПЛИВ ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХВОРИХ НА ДОБРОЯКІСНУ ГІПЕРПЛАЗІЮ ПРОСТАТИ НА ВИНИКНЕННЯ ТУР-СИНДРОМУ**

*Кафедра хірургії та урології*

*Буковинський державний медичний університет*

Трансуретральна резекція простати (ТУР) на даний час залишається «золотим стандартом» оперативного лікування доброякісної гіперплазії простати (ДГП), незважаючи на появу великої кількості нових методів малоінвазивного лікування цього захворювання. Дана операція має відносно невелику кількість ускладнень, з яких найбільш небезпечним є розвиток ТУР – синдрому, який розвиненій стадії полягає у раптовому зниженні АТ внаслідок попадання великої кількості промивної рідини у загальний кровоток. За різними оцінками, розвиток ТУР синдрому визначається у 1-3% випадків і може супроводжуватись важкими ускладненнями аж до смерті пацієнта. Тому прогнозування виникнення та його профілактика залишаються актуальними питаннями сучасної урології.

З метою визначення доопераційних факторів ризику появи ТУР-синдрому періоду у хворих на ДГП, нами було проаналізовано 100 історій хвороб пацієнтів урологічного відділення ОКЛ м.Чернівці. Аналізувались всі основні характеристики хворих, які могли вплинути на перебіг оперативного втручання. Серед них демографічні (вік, вага), особливості основного захворювання (тривалість, наявність ускладнень, розміри простати тощо), особливості супутніх захворювань, головні показники аналізів крові та сечі до операції, вітальні показники до, під час та після операції, особливості проведення анестезії, перебіг післяопераційного періоду (всього 29 показників).

За даними інтраопераційного моніторингу гемодинаміки було виділено 3 групи хворих. У 69 пацієнтів операція пройшла без особливостей (1 група), у 23 було проведено додаткові заходи для корекції гемодинаміки, що дозволило уникнути можливого розвитку ТУР-синдрому (2 група), а у 8 пацієнтів розвилась початкова стадія даного ускладнення, яка була успішно пролікована інтраопераційно (3 група). Вираженого ТУР-синдрому у жодного хворого не спостерігалося.

Аналіз означених показників дозволив виявити певні їх відмінності між групами пацієнтів. У групах вік хворих вірогідно не відрізнявся (середній вік складав відповідно 67,9 р., 68,7 та 67,3 р.). У той же час, вага у пацієнтів 3 групи було вірогідно більше ( $p < 0,05$ ) – 68,1 та 67,3 кг у 1 та 2 групі проти 78,5 у 3 групі. Можливим підґрунтям для цього є відносно зменшення об'єму крові, яка циркулює при збільшенні ваги пацієнта за рахунок



відносного переважання кількості жирової клітковини. Тому при зменшенні ОЦК гемодилуція виникає швидше і з більшою вірогідністю розвитку ТУР-синдрому.

Тривалість захворювання у 3 групі була вірогідно більшою ніж у перших двох (639 днів проти 564 днів та 449 днів у 1 та 2 групі). Інші показники перебігу хвороби та її ускладнень не відрізнялись між групами, хоча можна було би очікувати впливу наявності та активності запального процесу у сечовому міхурі та нирках на появу інтраопераційних ускладнень. Передопераційні показники крові та сечі також не виявили вірогідних розбіжностей між групами.

Ще однією відмінністю серед базисних показників був об'єм простати – у 3 групі він виявився вірогідно більшим – 56,1 см<sup>3</sup> проти 47,1 см<sup>3</sup> у 1 групі та 42,8 см<sup>3</sup> у другій. Крім того, відсоток пацієнтів з об'ємом простати більше 50 см<sup>3</sup> також був вірогідно більшим у третій групі – 50% проти 30,4% та 26,1% відповідно. Дані відмінності цілком очікувані, адже зі збільшенням об'єму простати збільшується тривалість операції та кількість судин, які під час ТУР пошкоджуються.

Аналіз головних показників гемодинаміки під час оперативного втручання також виявив певні закономірності. Якщо систолічний артеріальний тиск між групами не відрізнявся достовірно, діастолічний в третій групі був вірогідно більшим (93 мм рт.ст. проти 85 мм рт.ст. в першій та 83 мм рт.ст. в другій). Звертає на себе увагу також тенденція до зменшення пульсового тиску – з 57 мм рт.ст. в першій до 52 мм рт.ст. в другій і 50 мм рт.ст. в третій. Дані відмінності свідчать про важливість оцінки діастолічного та пульсового тиску, зміни яких в певних випадках більш показові для визначення ранніх стадій порушення гемодинаміки під час оперативного втручання.

Тривалість самого оперативного втручання також корелювала з появою змін гемодинаміки і вірогідно відрізнялась між групами. Вона виросла з 34 хв. в першій групі та 37 хв. в другій до 56 хв. в третій. Критичним вважається тривалість ТУР в 55-60 хв., а у третій групі 50% хворих мали більшу тривалість операції.

При аналізі головних показників післяопераційного періоду більшість з них вірогідно не відрізнялись між групами. Післяопераційний ліжкодень у першій групі склав у середньому 8,4 дб проти 7,9 у другій та 8,0 у третій, кількість ускладнень також не відрізнялась.

Таким чином, проведене дослідження дозволило зробити певні висновки щодо факторів ризику ТУР синдрому: 1. Розвиток ускладнень, зокрема ТУР-синдрому має пряму залежність від тривалості оперативного втручання та об'єму простати. 2. Тривалість операції більше 55 хв. призводить до гіпергідратації (за рахунок потрапляння великої кількості промивної рідини до судинного русла), що значно підвищує ризик розвитку ТУР-синдрому. 3. Початковими ознаками розвитку ТУР-синдрому є розвиток (навіть за умов медикаментозної корекції гемодинаміки): брадикардії, гіпотонії, гіпертензії із підвищенням діастолічного тиску і одночасним зменшенням пульсового тиску. 4. Одним із прогностичних методів розвитку ТУР-синдрому слід вважати інтраопераційний моніторинг гемодинаміки (АТ, ЧСС, визначення фракції викиду).

**Івашук С.І.**

### **СТРУКТУРНІ ЗМІНИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ З УРАХУВАННЯМ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ**

*Кафедра сімейної медицини*

*Буковинський державний медичний університет*

Метою дослідження було дослідити структурно-функціональні зміни підшлункової залози у хворих на гострий панкреатит з урахуванням ліпідного профілю.

Обстежено 85 хворих, які були госпіталізовані у хірургічні відділення ЛШМД м. Чернівці за період 2012-2014 роки. Серед них чоловіки становили 40 (47,06%), жінки – 45 (52,94%).

Структурні зміни підшлункової залози вивчали за даними ультразвукового дослідження підшлункової залози хворих на набряковий гострий панкреатит, чи загостренням хронічного: збільшення розмірів головки, і/чи тіла та/чи хвостової ділянки, неоднорідність структури, ехогенність, розширення Вірсунгової протоки, наявність кіст, вільної рідини у черевній порожнині, конкрементів у просвіті Вірсунгової протоки, чи дрібних дуктулярних структурах паренхіми.

Дослідження ліпідів сироватки включало визначення загального холестеролу (ЗХС), триацилгліцеролів (ТГ) та ХС ліпопротеїнів високої і низької густини (ХС ЛПВГ, ХС ЛПНГ) методом фотометричного аналізу. Індекс атерогенності (ІА) вираховували за формулою А.Н. Клімова:  $IA = (ЗХС - ХС ЛПВГ) / ХС ЛПНГ$ .

Статистичну обробку даних проводили за допомогою програмного забезпечення MSTAT 12. Вираховували середню арифметичну (M), стандартну похибку середньої арифметичної (m), 95% довірчий інтервал (LCL, UCL), коефіцієнт вірогідності різниці (t - критерій Стьюдента), вірогідність помилки (p). Різницю вважали вірогідною за  $p < 0,05$ .

Неоднорідність структури підшлункової залози спостерігали у 1,78 рази частіше за біліарного панкреатиту ( $p=0,015$ ). Натомість, парапанкреатичну гідрофільність у 1,94 рази частіше виявляли за ГП алкогольного походження ( $p=0,027$ ). У хворих на ГП алкогольного генезу ультрасонографічно діагностували прості кісти, чого не спостерігали у пацієнтів із ГП біліарного походження. За рештою УЗД показників суттєвих відмінностей не встановили.

У переважній частині обстежених спостерігали клінічно і лабораторно значиму дисліпідемію: вміст ЗХС перевищував нормальні показники ( $>5$  ммоль/л) у 64,7% чоловіків та у 17,1% жінок, ХС ЛПНГ ( $>3$  ммоль/л) – у 51,0% і 17,1% відповідно, ТГ ( $>1,7$  ммоль/л) – у 56,9% і 17,1%, ІА ( $>3,0$  у.о.) – у 49,0% і 34,3%, при



низькому рівні антиатерогенного ХС ЛПВЩ ( $<1,03$  для чоловіків і  $<1,2$  для жінок) – у 33,3% чоловіків і 17,1% жінок, відповідно. При цьому, залежно від етіологічного чинника ГП чи загострення ХП, вірогідної різниці у чоловіків за рівнем ЗХС, ТГ і розрахункового ІА не встановили. Вміст ХС ЛПВЩ у чоловіків із біліарним ГП на 36,4% нижче, ніж у таких із алкогольним ГП ( $p=0,014$ ), а ХС ЛПНЩ навпаки вище – на 18,3% ( $p=0,051$ ). У жінок хворих на біліарний ГП рівні ХС ЛПНЩ та ТГ нижчі, ніж у чоловіків даної групи на 38,2% ( $p=0,011$ ) і 41,8% ( $p=0,01$ ) відповідно. Неспецифічний показник системної запальної відповіді СРП перевищував референтні дані (10 мг/л) у десятки разів у 72 (83,7%) хворих на ГП із вірогідно більшим значенням у пацієнтів із біліарною формою ГП, ніж алкогольною у 2,25 рази ( $p=0,027$ ).

Отже, перебіг гострого набрякового панкреатиту та загострення хронічного панкреатиту супроводжується дисрегуляцією ліпідного обміну. Структурні зміни за алкогольного гострого панкреатиту характеризуються помірно вираженою запальною реакцією паренхіми, парапанкреатичною гідрофільністю та появою дрібних кіст. Біліарний гострий панкреатит асоціює з більшою частотою гостро-запальних змін структури: зниженням ехогенності та її неоднорідністю.

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

### **КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ХРОНІЧНИХ АНАЛЬНИХ ТРІЩИН**

*Кафедра хірургії та урології*

*Буковинський державний медичний університет*

Анальна тріщина – одне з найбільш поширених захворювань у практиці колопроктолога, що значно знижує якість життя (ЯЖ) пацієнтів через різко виражений біль під час дефекації та кровотечі, спазм анального сфінктера. Існують різні погляди на патогенез анальної тріщини – хронічної виразки анального каналу, що тривало не загоюється. Найбільш поширеними теоріями виникнення хронічних анальних тріщин є: механічна, нейрорефлекторна, інфекційна, токсична, психосоматична, судинна, поліетіологічна, ін. Лікування хронічних тріщин прямої кишки повинно бути спрямоване саме на основні патогенетичні ланки їх розвитку. У зв'язку з цим нами запропонований новий метод комплексного лікування даної патології з етіопатогенетично обґрунтованим застосуванням лікарського засобу.

Поліпшення ефективності лікування хро нічниханальних тріщин шляхом розробки і впровадження в практику методів лікування, що ґрунтуються на патогенетичних аспектах даної патології. Провести порівняльну оцінку ефективності лікування пацієнтів за традиційною методикою та запропонованим нами комплексним методом лікування.

Проведено обстеження та лікування 86 пацієнтів з ХАТ в I та II хірургічних відділеннях лікарні швидкої медичної допомоги м.Чернівці, в проктологічному відділенні обласної клінічної лікарні м.Чернівці та проктологічному відділенні Київської міської клінічної лікарні №18 з 2008 по 2013 роки. Всі хворі спостерігались нами ще протягом 6 місяців після стаціонарного лікування. Основна група включала 43 пацієнти, що були оперовані запропонованим новим методом [Патент України № U201400068 Спосіб хірургічного лікування хронічних тріщин прямої кишки, опубл. 10.07.2014, Бюл. № 13.], суть якого полягає у висіченні патологічного анального комплексу (анальна бахромок, анальна тріщина, анальний сосочок) вершиною до анального сосочка, обов'язково захопивши краї тріщини. Дистально від розрізу шкіри мобілізували шкірний клапоть з жировою клітковиною на глибину 2-3 см для його рухомості. При цьому виконували ретельний гемостаз (діатермією чи лігатурою) ділянки операційної рани. При оптимальній експозиції волокон внутрішнього сфінктера за допомогою скальпеля виконували дозовану сфінктеротомію протяжністю 1,5-2 см по ширині. Додатковий гемостаз. Далі виконували анопластику шляхом підшивання шкірного клаптя та слизово-язового клаптя анального каналу безперервним внутрішньостінковим швом з наступним укріпленням лінії анопластики трьома окремими вузловими швами із шовного матеріалу, що не розсмоктується. У комплексне лікування хронічних тріщин відхідника також були включені, починаючи з 2 доби після операційного лікування, 5 сеансів внутрішньотканинного електрофорезу з розчином Діоксизоль®-Дарниця (Україна), густиною струму 0,025–0,05 мА/см<sup>2</sup> протягом 60 хв. щоденно використовуючи апарат для гальванізації Поток-1 (Україна) [Патент України № 87377 Спосіб внутрішньотканинного електрофорезу в лікуванні ускладнених хронічних тріщин прямої кишки в до- і післяопераційному періоді]. У контрольній групі (43 пацієнти) застосовували загальноприйняті методи лікування. Групи пацієнтів були однотипними за віком, статтю та локалізацією тріщини.

Пацієнтам була запропонована дієта №3 за Певзнером. З метою зменшення подразнювальної дії калових мас рекомендували виключити з раціону гостру, солону, смажену їжу, спеції, алкоголь та надати перевагу їжі кисло-молочно-рослинного характеру. Також рекомендували проводити теплі сидячі ванночки 3-4 рази на день, оскільки в комплексному лікуванні вони мають вагоме значення, ванночки насамперед зменшують тонус сфінктера, сприяють очищенню та загоєнню дефекту.

Встановлено, що в пацієнтів основної групи, починаючи вже з першої доби проведення сеансів внутрішньотканинного електрофорезу з діоксизолем, зменшується інтенсивність болювого синдрому з 6,3–6,4 до 5,7 бала порівняно з контрольною групою, де даний результат досягається тільки після 10 дб. Болювий синдром в основній групі швидко зменшується в основній групі протягом 5 днів після операційного лікуванн до 1,8 бала, тоді як в контрольній групі це зменшення відбувається значно повільніше і довше.