

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ  
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



## **МАТЕРІАЛИ**

**97 – ї**

**підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
вищого державного навчального закладу України  
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

**15, 17, 22 лютого 2016 року**

**Чернівці – 2016**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 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 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.

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 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний  
університет, 2016



Результати досліджень спектрів люмінесценції засвідчили, що в межах довжин хвиль  $\lambda = 474 - 488$  нм визначається характерне збільшення її інтенсивності в запально змінених ділянках очеревини. Це дозволяє чітко визначати межі поширення запального процесу, засновуючись на вірогідному об'єктивному показнику.

Однак застосування такої методики в клінічних умовах унеможливується технічними причинами, пов'язаними з конструкцією лазера ЛГН-503. Тому нами проводиться розробка моделі пристрою, який дозволить би проводити дослідження в клініці.

**Домбровський Д.Б., Оліник Ю.В.**

### **ТРАНСПЛАНТАЦІЯ КЛІТИН КОРДОВОЇ КРОВІ ПРИ ВЕНОЗНИХ ТРОФІЧНИХ РОЗЛАДАХ ТКАНИН КІНЦІВОК В ЕКСПЕРИМЕНТІ ТА КЛІНІЦІ**

*Кафедра хірургії*

*Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Трофічні венозні виразки становлять понад 70% усіх виразок нижніх кінцівок. Під впливом консервативної терапії тривалістю до 4-х місяців загоєння венозних трофічних виразок відбувається лише у 50% випадків. Після 2-х років лікування не загоюється 20%, а після 5-ти років 8% виразок.

Метою нашого дослідження було дослідити на моделі трофічної виразки, поєднаної з венозною гіпертензією, процеси що відбуваються на гістологічному та імуногістохімічному рівні до та після трансплантації стовбурових клітин кордової крові, як основу для подальших досліджень клітинної терапії.

Експериментальні дослідження проведені на білих щурах масою 200-240г. Всім тваринам змодельовано трофічну виразку. Тварини поділені на дві групи: дослідній вводилась клітинна суспензія, контрольній – фізіологічний розчин. Забір матеріалу проводили на 3, 5, 10, 14, 21, 25 добу. Проводилось гістологічне дослідження за методом Слімченка, а також імуногістохімічно визначалась експресія віментину та фактору Віллебранда в отриманих тканинах.

При дослідженні біоптатів отриманих на 3-5 добу в контрольній групі тварин клітини попередники мезенхімальних клітин не виявлені. Проте в дослідній групі вони з'являються вже на 5 добу, а на 10 добу їх вже у 2-3 рази більше, ніж у тварин контрольної групи. На 14 добу по контуру виразкового дефекту та в м'язах під виразкою кількість клітин попередників у дослідній групі тварин продовжує зростати, що підтверджується імуногістохімічним методом виявлення експресії віментину. Така картина в контрольній групі тварин спостерігалась лише на 20-25 добу.

Експресія віментину була найбільшою у тварин контрольної групи на 25 добу, що свідчить про активацію процесів, спрямованих на відновлення клітинної та тканинної цілісності, коли у біоптатах тварин дослідної групи даний показник з'являється раніше, вже на 14 добу.

При дослідженні м'язів кінцівки тварин дослідної групи на 14 добу імуногістохімічно спостерігається виражена експресія фактору Віллебранда в ендотеліальних клітинах, що вказує на активний ангиогенез. Відповідно в контрольній групі тварин ці явища спостерігались тільки на 21-25 добу.

Клінічні дослідження проводяться із залученням пацієнтів з трофічними виразками венозного генезу, які перенесли оперативні втручання щодо корекції венозного відтоку та у яких традиційна консервативна терапія є мало- або неефективною. В дослідній групі хворих, яким вводяться стовбурові клітини кордової крові, спостерігається активація регенеративного процесу з перших діб після трансплантації, виразкові дефекти загоюються чи значно зменшуються в об'ємі. Далі визначається математичний індекс швидкості загоєння виразкового дефекту за формулою Попової в модифікації Кравцова, який вірогідно зростає у пацієнтів дослідної групи порівняно з групою контролю ( $p < 0.05$ ).

Таким чином, в експерименті гістологічно та імуногістохімічно доведено, що трансплантація клітин кордової крові тваринам дослідної групи активізує процеси регенерації та відновлення тканин. Трансплантація клітин кордової крові призводить до стимуляції власних механізмів загоєння виразкового дефекту у пацієнтів з трофічними виразками венозного генезу, що не загоювались при застосуванні традиційної терапії.

**Dudko O.G., Pathak Bithika**

### **USE OF MODERN FIXING DEVICES IN THE TRITMENT OF HAND INJURIES**

*Department of Traumatology, Orthopaedics and Neurosurgery*

*Higher education institution in Ukraine*

*«Bukovinian State Medical University»*

Injuries of hand are very common for adults especially for men that work with electric equipment at plants and factories. Fractures of hand can be open and closed, closed fractures occur in 8.4% of cases. Most of these fractures are phalangeal fractures which form 73.6% of the total hand fractures. Metacarpal fractures forms 19%, wrist fractures – 1.4%, their combinations – 6%. Intraarticular fractures make up 31.2%, combined and multiple fractures – 15% (according to USOLTSEVA E.V., 1986). These injuries can cause such complications as malunion, delate union, stiffness in 24-36% of cases, which decreases function and ability to work.

To compare different methods of osteosynthesis hand fractures and determinate indications for use of different devices that will improve the outcome of the treatment.

Nowadays certain implants for osteosynthesis hand fractures are used for surgical treatment: K-wires (diameter in mm 1.0, 1.25, 1.5, 1.6), mini plates and mini screws without angular stability, mini plates and mini screws with



angular stability, biodegradable pins. These devices are made of different materials like: stainless steel, titanium, titanium alloys, polymeric materials (biodegradable materials and non-biodegradable). We analyzed patients with hand fractures that were surgically treated in University Emergency City Hospital within 01.01.2015-01.11.2015.

Total 60 patients underwent surgical treatment, out of them open fractures were in 37 patients in which osteosynthesis with K-wires was done in 32 patients, with screws – 3 patients, with external fixators – 1 patient, with mini screws and K-wires – 1. The rest 23 patients had closed fractures. In which osteosynthesis with K-wires was done in 8 patients, with K-wires – 6 patients, mini plates and screws – 5 patients, with mini screws – 2 patients, with mini screws and K-wires – 1 patient and removal of mini plates and screws was done in 1 patient. Osteosynthesis of hand fractures with mini plates and screws allows to start active movements in hand in  $14 \pm 3.2$  days after surgery. Use of miniscrews allows achieving precise reduction that is very important for intraarticular fractures. Interfragmentary compression with a lag screw results in primary healing of fractures. That is significantly improving outcome and decrease the period of patient disability.

Consequently, indications to use mini plates and mini screws are closed fractures of fingers phalanges and metacarpal bones and malunited fractures. For open phalangeal and metacarpal fractures with oblique and spiral fracture plane it is better to use lag mini screws combined with 1.0 K-wires. In cases of open hand fractures with intensive damage of soft tissues it is better to use external fixators.

**Дудко О.Г., Стинавко П.І.**

### **ЗАСТОСУВАННЯ БІОДЕГРАДУЮЧИХ ТА МЕТАЛЕВИХ КОНСТРУКЦІЙ ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗУ ПЕРЕЛОМІВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ГОМІЛКИ**

*Кафедра травматології, ортопедії та нейрохірургії*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Значна кількість переломів проксимального відділу гомілки зі зміщенням (42,8–61,7%) потребує проведення оперативного лікування для відновлення конгруентності суглобової поверхні. Для досягнення оптимальних результатів важливим є правильний вибір фіксуючої конструкції для остеосинтезу переломів.

Проаналізувати результати оперативного лікування переломів проксимального відділу гомілки, визначити оптимальний метод фіксації в залежності від типу перелому, дизайну та матеріалу застосованої конструкції.

Проведено аналіз результатів лікування 21 хворого, що знаходилися на стаціонарному лікуванні у відділі травматології для дорослих університетської клініки лікарні швидкої медичної допомоги м. Чернівці в 2015 р. і були оперовані з приводу переломів проксимального відділу гомілки.

При остеосинтезі переломів виростків гомілки у 5 випадках застосовано металеві пластини і гвинти без кутової стабільності, у 12 пацієнтів – з кутовою стабільністю. У 5 випадках остеосинтез пластинами і гвинтами поєднувався з фіксацією стягуючим гвинтом. Остеосинтез полімерними біодеградуєчими гвинтами «Біоретек» проведено у 1 хворого (використано два канюльовані імплантати), металевими канюльованими гвинтами у одного пацієнта, у двох пацієнтів застосовано неканюльовані стягуючі гвинти. Кісткова пластика застосовувалась у 4 хворих. Зовнішня іммобілізація після остеосинтезу класичними пластинами проводилась ортезами та гіпсовими лонгетними пов'язками впродовж 4 тижнів, після остеосинтезу металевими і полімерними гвинтами – 6 тижнів, після остеосинтезу імплантатами з кутовою стабільністю 2.5 – 3 тижнів. Осьове навантаження у всіх випадках дозволялося через 12 тижнів після оперативного втручання. У всіх випадках отримано добрі результати, ускладнень не було.

Таким чином остеосинтез пластиною і гвинтами слід проводити пацієнтам з переломами обох виростків гомілки (Т і У-подібними переломами) та у випадках ізольованого перелому виростків гомілки з значною площею суглобової поверхні фрагменту (понад 50%). При остеосинтезі переломів ізольованого медіального чи латерального виростка гомілки ми віддаємо перевагу закритому малоінвазивному остеосинтезу канюльованими гвинтами. Застосування біодеградуєчих гвинтів дозволяє досягти надійної фіксації перелому, а методика операції і післяопераційний період аналогічні випадкам з застосуванням металевих гвинтів. В подальшому не потрібна повторна операція по видаленню конструкцій. Відсутність повторної операції при застосуванні полімерних фіксаторів зменшує психологічну травму пацієнта та загальні терміни непрацездатності в середньому на два тижні.

**Дутка І.І., Гринчук Ф.В.**

### **ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЕНДОСКОПІЧНОГО ГЕМОСТАЗУ ПРИ КРИВАВЛЯЧИХ ВИРАЗКАХ ШЛУНКА І ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ**

*Кафедра хірургії*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Підходи до лікування гострих кровотеч з виразок шлунка і ДПК впродовж останніх десятиріч зазнали значних змін. На сучасному етапі чільну роль у їх діагностиці й лікуванні відіграють ендоскопічні технології, з впровадженням яких результати лікування значно покращились. Проте радикального вирішення проблемних питань досягнути не вдалось. Частота рецидивів кровотеч після ендоскопічного гемостазу залишається досить значною, що потребує подальших досліджень цієї проблеми.





Технології ендоскопічного гемостазу за останні роки суттєво вдосконалились. З цією метою використовують кліпсування, діатермокоагуляцію, фотокоагуляцію, кріокоагуляцію, пломбування виразок, зрошення, присипки тощо. Але основою гемостазу є обколювання виразки. Ефект досягається, в основному, стискуванням судин по периферії кратера виразки, що призводить до зупинки кровотечі. Проте досить значна частота рецидивів спонукає до пошуку інших, більш ефективних засобів. З урахуванням суттєвої ролі високої фібринолітичної активності тканин шлунка і дванадцятипалої кишки для цього запропоновані різні антифібринолітичні чинники. Водночас, порушення процесів тромбоутворення не обмежується коло можливих причин рецидивних кровотеч. Не звертається належна увага на інші механізми регенерації, часто не враховують локальні особливості виразок тощо. Відповідно, така ситуація потребує подальших досліджень у цьому напрямі. Застосування тих чи інших способів на додачу до обколювання пов'язано з низкою проблем. Набряк та інфільтрація тканин у зоні виразки часто унеможлиблює накладання кліпси, чи призводить до її міграції. Коагуляція виразкового дефекту загрожує перфорацією стінки органа. Попри це, внаслідок фізіологічних особливостей слизових оболонок шлунка і ДПК, зумовлених їх високою фібринолітичною активністю, може розвиватись лізис і відторгнення коагульованих тканин, що призводить до рецидивних кровотеч, збільшення виразкового дефекту. Тому на сучасному етапі значна увага приділяється присипкам і зрошуванню виразок, як методам патогенетичного спрямування.

Нами за 2 роки обстежено 855 хворих на гострі виразкові кровотечі. Виразку шлунка діагностовано у 331 (38,71%) хворого, виразку дванадцятипалої кишки – у 524 (61,29%) хворих. Для обколювання використовували суміш 0,9% NaCl з адреналіном у співвідношенні 1:10, або з препаратами транексамової кислоти (транексам, гемаксан) у такій же пропорції. Обколювання проводили по периферії виразки. Частота рецидивів становила 15%, що підтверджує необхідність подальших досліджень, спрямованих на вдосконалення методики. Важливим моментом лікування є адекватне прогнозування рецидиву кровотечі. Жодна з відомих прогностичних шкал не набула загального визнання. Найбільш поширеним способом оцінки гемостазу є шкала Forrest. Проте вона не враховує наслідки застосування ендоскопічного гемостазу, локальні особливості, механізми виникнення кровотечі. Більш доцільним вважається використання шкал Glasgow Blatchford і Rockall. Такі методи засновані, переважно, на клінічних спостереженнях, не враховують активність механізмів гемостазу, процесів регенерації тощо. Це не дозволяє оцінити їхні потенційні можливості, визначити можливу неспроможність.

Отже, проведені дослідження свідчать, що проблеми ендоскопічного лікування гострих кровотеч з виразок шлунка і дванадцятипалої кишки залишаються не вирішеними. Це спричинено низкою причин, серед яких недостатньо глибоке дослідження патогенезу кровотеч, відсутність чітких уявлень про можливі механізми рецидиву, що, в свою чергу, призводить до відсутності надійних методів їх прогнозування та профілактики.

**Івашук С.І.**

**АСОЦІАЦІЯ ГЕНІВ IL-4 (C-590T), TNF- $\alpha$  (G-308A), PRSS1 (R122H) ТА CFTR (delF508C) ІЗ АКТИВНІСТЮ ЦИТОЛІТИЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ НАБРЯКОВИЙ ПАНКРЕАТИТ**

*Кафедра сімейної медицини  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Метою дослідження зміни окремих біохімічних показників синдрому цитолізу у хворих на гострий панкреатит (ГП) і загострення хронічного панкреатиту (ЗХП) залежно від поліморфізму генів IL-4 (C-590T), TNF- $\alpha$  (G-308A), PRSS1 (R122H) і CFTR (delF508C), етіологічного чинника та статі.

Обстежено 101 хворого, які були госпіталізовані у хірургічні відділення ЛШМД м. Чернівців за період 2013-2015 роки. Серед них чоловіки становили 82 (81,2%), жінки – 19 (18,8%). Молекулярно-генетичне дослідження, що включало визначення поліморфних варіантів чотирьох генів: PRSS1 (R122H), CFTR (delF508C), IL-4 (C-590T) і TNF- $\alpha$  (G-308A), виконали на базі лабораторії Державного закладу «Референс центр з молекулярної діагностики МОЗ України». Геномну ДНК виділяли з лейкоцитів периферійної крові. Для визначення поліморфних варіантів генів використовували модифіковані протоколи з олігонуклеотидними праймерами із застосуванням методу полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) та наступним аналізом довжини рестрикційних фрагментів. Ампліфікацію досліджуваних ділянок генів проводили із застосуванням специфічних праймерів. Продукти ампліфікації фрагментів ДНК генів підлягали гідролітичному розщепленню за допомогою ендонуклеаз. Стан ампліфікаційних фрагментів аналізували в агарозному гелі з додаванням бромистого етидію, маркера молекулярної ваги GeneRuler 50 bpDNALadder.

Біохімічні дослідження активності окремих ферментів цитолізу: аспартатамінотрансфераза (АсАТ) та аланінамінонотрансфераза (АлАТ) виконували на біохімічному аналізаторі KONELAB 20i із набором реактивів "ThermoFisherScientific" (Фінляндія). За співвідношенням АсАТ до АлАТ (АсАТ/АлАТ) розраховували коефіцієнт де Рітиса, як один із додаткових портальних чинників панкреатичної агресії.

Статистичну обробку виконували за допомогою прикладних програм MYSTAT 12 (SystatSoftwareInc., USA) і Scout 2008 Version 1.00.01 (U.S.EnvironmentalProtectionAgency, США). Достовірність даних для незалежних вибірок розраховували за t-критерієм Student (при розподілі масивів близьких до нормальних), чи U-критерію Wilcoxon-Mann-Whitney (при нерівномірному розподілі). Аналіз якісних ознак – за критерієм  $\chi^2$ . Різницю вважали достовірною при  $p < 0,05$ .



Розподіл генотипів серед обстежених хворих і практично здорових був наступним: за геном PRSS1 (R122H) у всіх групах виявили GG-генотип (100%); за геном CFTR (delF508) – у 3 осіб NN-генотип (2,97%), у 98 – NN-генотип (97,03%), у групі здорових зустрічали тільки NN носіїв; за геном TNF- $\alpha$  (G-308A) – у 9 (81,82%) осіб GG-генотип, у 2 (18,18%) осіб GA-генотип; за геном IL-4 (C-590T) серед хворих виявили 58 (57,43%) осіб із CC-генотипом, 34 (33,66%) – із CT-генотипом, 9 (8,91%) – із мутаційним TT-генотипом, серед здорових – 26 (65%), 11 (27,5%) і 3 (7,5%), відповідно ( $\chi^2=0,684$ ,  $p>0,05$ ).

Асоціації поліморфізму генів CFTR (delF508) та TNF- $\alpha$  (G-308A) із підвищеною активністю трансаміназ АлАТ та АсАТ, етіологією ГП і статтю не встановили.

Активність окремих біохімічних показників цитолізу у хворих на ГП/ЗХП залежно від C-590T поліморфізму гена IL-4 з урахуванням генезу захворювання і статі була наступною: у хворих на ГП і ЗХП загалом у носіїв T-алеля (TC- і TT-генотипи) гена IL-4 активність АсАТ перевищувала таку у власників CC-генотипу у 2,03 ( $p=0,005$ ) і 2,77 разів ( $p=0,011$ ) відповідно; при цьому активність АсАТ не залежала від етіології панкреатиту (алкогольний, біліарний) та статі, однак, синергічно зберігалась залежність від генотипів аналізованого гена; у хворих на АГП та БГП, чоловіків і жінок носіїв T-алеля активність АсАТ була вищою, ніж у хворих із CC-генотипом у 2,05-2,90 разів ( $p \leq 0,05-0,003$ ) відповідно.

Активність АлАТ, загалом, теж була вищою у власників T-алеля гена IL-4, ніж у хворих із CC-генотипом у 1,77 ( $p=0,009$ ) і 2,33 разів ( $p=0,008$ ): за алкогольного ГП – у 1,92 і 2,11 разів ( $p \leq 0,05-0,006$ ) відповідно, а за біліарного ГП/АЛП був вищим тільки у власників мутантного TT-генотипу у 2,31 разів ( $p=0,012$ ). Активність АлАТ, як і АсАТ не залежала від генезу ГП і статі. Коефіцієнт де Рітиса, як інтегральний показник панкреатичної агресії, не залежав від генотипів гена IL-4 загалом та етіології ГП, однак у жінок-носіїв TT-генотипу він перевищував такий у власників C-алеля на 37,42% ( $p=0,006$ ) і 43,92% ( $p=0,018$ ) та такий у чоловіків із TT-генотипом – на 26,79% ( $p=0,01$ ), відповідно. Частота перевищення показника норми активності ферментів АсАТ і АлАТ залежно від C-590T поліморфізму гена IL-4 та статі виявилася наступною: серед хворих на ГП та ЗХП із «несприятливим» T-алелем гена IL-4 вірогідно частіше зустрічали осіб із перевищенням показників норми активності ферментів АсАТ та АлАТ, ніж серед осіб із CC-генотипом – на 27,94% ( $\chi^2=8,52$ ,  $p=0,003$ ) і 24,33% ( $\chi^2=22,08$ ,  $p<0,0001$ ), особливо серед чоловіків – на 35,29% ( $\chi^2=10,85$ ,  $p<0,001$ ) і 30,76% ( $\chi^2=19,87$ ,  $p<0,001$ ).

Отже, поліморфізм генів CFTR (delF508), PRSS1 (R122H) та TNF- $\alpha$  (G-308A) не асоціюють із активністю цитолітичного синдрому у хворих на гострий панкреатит чи загострення хронічного панкреатиту. Наявність T-алеля гена IL-4 (rs 2243250) у хворих на гострий панкреатит характеризується вищою активністю АсАТ незалежно від етіології панкреатиту (алкогольний, біліарний), чи статі у 2,03-2,9 разів, а також вищою активністю АлАТ: за алкогольного панкреатиту – у 1,92 і 2,11 разів, а за біліарного панкреатиту АлАТ вищий тільки у власників мутаційного TT-генотипу – у 2,31 разів. Серед хворих на гострий панкреатит із «несприятливим» T-алелем гена IL-4 частіше зустрічаються особи із перевищенням показників норми активності трансаміназ АсАТ та АлАТ, ніж серед осіб із CC-генотипом, особливо серед чоловіків – на 35,29% і 30,76%.

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

**НОВИЙ СПОСІБ ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ХРОНІЧНИХ АНАЛЬНИХ ТРІЩИН**

*Кафедра хірургії та урології  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Анальні тріщини – одне із найбільш розповсюджених захворювань прямої кишки. Частка захворюваності анальними тріщинами у структурі колопроктологічних захворювань коливається від 11 до 17%, а серед чинників госпітальної проктологічної захворюваності – від 5 до 7%. У структурі захворювань прямої кишки дана патологія є третьою після геморою та парапроктиту. Загалом захворюваність становить 20-23 випадків на 1000 дорослого населення. У жінок тріщини прямої кишки трапляються у 1,5-2 рази частіше (60-70%), ніж у чоловіків. Протягом останніх років відзначають зростання частоти захворювань на хронічну анальну тріщину в осіб молодого та середнього віку.

Аналіз багатьох праць вітчизняних та зарубіжних авторів показав, що єдиним радикальним методом лікування хронічних анальних тріщин, на думку більшості клініцистів та вчених, є операційне. Необхідно відзначити, що віддалені позитивні результати можуть бути досягнуті лише при комплексному патогенетично обґрунтованому лікуванні.

Поліпшити безпосередні та віддалені результати комплексного хірургічного лікування хворих з ускладненими формами хронічних анальних тріщин шляхом розробки, обґрунтування та впровадження нових методів передопераційної підготовки і радикального операційного лікування.

Вивчено результати лікування ускладнених форм хронічних анальних тріщин за 2012-2015 рр. Ми провели комплексне обстеження 91 пацієнта, з них – 43 особи (47,25%) – пацієнти, яким в якості передопераційної підготовки проводили сеанси внутрішньотканинного електрофорезу із розчином діоксидолу, а анопластику після висічення тріщини виконували із ушиванням слизово-м'язового та шкірного лоскутів внутрішньостінковим швом із укріпленням лінії анопластики окремими вузловими швами, та 48 осіб (52,75%) – хворі, для лікування яких застосовували загальноприйняті підходи та методики.