

Таблиця 1. Домінуючі синдроми залежно від типу виразки за Johnson

	I тип	II тип	III тип
Больовий	17		8
Геморагічний	19	3	4
Змішаний	5	7	
Гастритичний			18
Маскоподібний	15		

логічні та морфометричні показники, стан клітинного гомеостазу (проліферації та апоптозу) слизової оболонки шлунка шляхом вивчення серії біопсій, що проводились у процесі консервативної терапії. Отримані дані допомагали оцінювати ефективність консервативної терапії, доцільність її продовження. При наявності даних за стійке порушення клітинного гомеостазу, високий ризик виникнення ускладнень проводилось органощадне оперативне втручання у більш ранні терміни (до 2 тижнів).

Показаннями до органозберігаючих операцій вважали кровоточиву і проривну виразку, до органощадних: I – II типи виразок шлунка за Johnson з відсутнім або помірним ступенем вираженості дисплазії епітелію слизової оболонки шлунка, відсутність тенденції до загоєння за даними імуноморфологічного моніторингу, кровоточиві виразки шлунка I – II типів; рецидив виразки шлунка після перенесеного раніше вшивання проривного отвору виразки шлунка, пілоростеноз [2]. Резекції шлунку виконували при малігнізації виразки, кровоточивих виразках III типу, пенетрації виразки шлунка. Гастректомії виконували при малігнізації (табл. 2).

Таблиця 2. Оперативні втручання при ускладненнях виразкової хвороби

	Малігнізація	Крово-теча	Пенетрація	Перфорація	Неускладнені
Органозберігаючі			1	7	
Органощадні		6	11	5	8
Резекції	22	6	5		6
Гастректомії	7				1

Висновки

1. Значна тривалість виразкового анамнезу у хворих підвищує ймовірність виникнення ускладнених форм виразкової хвороби шлунка, що свідчить про необґрунтованість тривалого проведення консервативного лікування.

2. Для покращення результатів лікування хворих на вираз-

кову хворобу шлунка необхідно розширити покази до органозберігаючих та органощадних оперативних втручань на основі імуноморфологічного моніторингу.

Перспективи подальших досліджень

Продовження вивчення патогенезу, діагностики та лікування виразкової хвороби шлунка, обґрунтування розширення показів до органощадних та органозберігаючих оперативних втручань з метою профілактики ускладнень виразкової хвороби шлунка. Створення національних стандартів діагностики та лікування виразкової хвороби шлунка та її ускладнень.

Література

1. Березницький Я. С., Рагчик В. М. Хирургические методы в лечении язвенной болезни // Здоровья України.- 2003.- № 64.
2. Дзюбановський І.Я., Ковальчук Ю.М. Органощадний підхід до вибору об'єму операції при I–II типах виразках шлунка // Шпитальна хірургія.- 2002.- №1.- С. 101-104.
3. Патогенетичний підхід у виборі методу хірургічного лікування хворих на хронічну виразку шлунка / Короткий В.М., Колосович І.В., Фурманенко М.Ф., Красовський В.О. // Матеріали XX з'їзду хірургів України.- Том 1.- Тернопіль, 2002.- С.36-38.

Дзюбановський І.Я., Войтович Л.Е.

Патогенетическое обоснование выбора лечебной тактики у больных язвенной болезнью желудка

Резюме. Проанализированы 106 медицинских карт стационарных больных ЯБЖ. Всем пациентам проводилась ЭГДС с экспресс-биопсией язвы и периульцерозной инфильтрации.

Изучали, язвенный анамнез, частоту осложненных форм язвы желудка в возрастных группах и проведены при этом оперативные вмешательства. Объем и сроки проведения оперативного вмешательства носили индивидуальный характер с учетом органосохраняющего принципа и морфологического субстрата.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка, органосохраняющие оперативные вмешательства.

Dzyubanovskiy I.Ya., Voytovych L.Ye.

Pathogenetic Substantiation of Treatment the Patients with the Stomach Ulcer

Summary. Experience of treatment is analysed 106 patients with the stomach ulcer. We used endoscopy monitoring of activity of ulcerous process and efficiency of conservative and operative medical measures. We took biopsy with the next morphology research and knowing the degree of dysplastic processes in mucous membrane of the stomach. In treatment with success the operations with conservation of an organ were applied.

Key words: ulcer disease, surgical treatment.

Надійшла 25.06.2012 року.

УДК 616.711.6/728.2-007.29:616-089

Дибкалюк С.В., Черняк В.А., Герцен Г.І.

Актуальні питання діагностики синдрому компресії хребтової артерії

Кафедра хірургії № 4

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедра ортопедії і травматології № 1

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика

Резюме. У роботі проведений проспективний аналіз результатів лікування 1200 хворих з вертебро-базиллярною недостатністю, пов'язаною з синдромом вертеброгенної компресії хребтової артерії (ХА). 600 хворих проходили консервативне лікування і склали «контрольну групу», а 600 – основну групу (хірургічне лікування). Середній вік хворих становив 44,2±5,8 років. Чоловіків було 554 (46,2%), жінок – 646 (53,8%).

Серед клінічних варіантів синдрому компресії хребтової артерії (СКХА) виділені: функціональна рефлекторно-ангіоспастична форма; функціональна компресійно-іритативна; органічно-компресійна. Найбільшу чутливість в діагностиці СКХА мають магнітно-резонансна

ангіографія з позиційними пробами (98,3%) та ультразвукова доплерографія з ортопедичними тестами (96,6%). Хірургічне лікування – екстравазальна декомпресія ХА, призводить до суттєвого, клінічно значущого зменшення кратності змін об'ємного кровоплину по ХА (t>3) при позиційних пробах.

Ключові слова: хребтова артерія, вертебро-базиллярна недостатність, синдром компресії.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Частота ішемічних або геморагічних уражень головного мозку

у вертебро-базиллярному басейні (ВББ), підтверджених при проведенні нейровізуалізуючих методів обстеження, а саме, комп'ютерної томографії (КТ) і магнітно-резонансної томографії (МРТ), становить близько 25-30% всіх гострих порушень мозкового кровообігу. При цьому не зрозумілим залишається той факт, що частота минулих розладів у ВББ становить 70% [1-3], а транзиторні ішемічні атаки (ТІА) у ВББ трапляються у 3 рази частіше, ніж у каротидному [4;6-9].

Мета роботи: проаналізувати сучасні можливості інструментальних методів діагностики компресії ХА.

Матеріал і методи дослідження

У роботі проведений проспективний аналіз лікування 1200 хворих з вертебро-базиллярною недостатністю (ВБН), пов'язаною з синдромом вертеброгенної компресії ХА. За патогенетичним критерієм ці групи були розділені на 3 підгрупи кожна. В І групі (хірургічне лікування):

1) 43 (7,2%) хворих з функціональною рефлекторно-ангіоспастичною формою синдрому ХА (ФРАФ СХА); 2) 374 (62,2%) хворих з функціональною компресійно-іритативною формою (ФКІФ СХА); 3) 183 (30,5%) хворих з органічною компресійною формою (ОКФ СХА).

В ІІ групі (консервативне лікування, хворі з ФРАФ СХА склали 59% (354), з ФКІФ СХА, відповідно, 33,2% (199 хворих), з ОКФ СХА 7,8% (47 хворих). Критеріями введення були – клініка СХА, інструментальне підтвердження наявності позиційних змін кровоплину в ХА при проведенні ортопедичних проб.

Відповідно до рекомендації ВООЗ хворі були розподілені на три вікові групи. 724 хворих віком від 18 до 45 років склали групу молодих хворих (60,3%), 386 хворих віком 46-59 років (32,2%) – групу осіб середнього віку, 90 хворих (7,5%) віком 60-74 роки – групу осіб похилого віку. Середній вік пацієнтів становив $44,2 \pm 5,80$ років. Захворювання майже однаково спостерігалось у чоловіків та жінок. Серед пролікованих хворих чоловіків було 554 (46,2%), жінок – 646 (53,8%).

Клініку ВБН оцінювали за шкалою Hoffenberth (1990), шкалу ABCD використовували для прогнозування ризику інсульту протягом 7 днів після транзиторної ішемічної атаки. Індекс порушення життєдіяльності при болях у шії (H. Vernon, S. Mior, 1991) оцінювався разом з м'язевою силою верхньої кінцівки відповідно до шестибальної шкали (R. Braddom, 1996; A.Н.Белова, 2000).

Інструментальна діагностика СХА проводилась за допомогою ультразвукової доплерографії УЗДГ у триплексному режимі з функціонально-динамічними ортопедичними пробами, магнітно-резонансної томографії (МРТ).

Для діагностики синдрому компресії ХА був запроваджений метод магнітно-резонансної ангіографії (МРА) в режимі 3D-TOF та фазового контрастування, що дозволило визначити швидкісні показники кровотоку по ХА під час систоли і діастоли на різних сегментарних рівнях.

Статичну обробку даних проводили з використанням пакета прикладних програм Statistica 6.0 (Statsoft, США).

Результати дослідження та їх обговорення

При оцінці хворих за шкалою Hoffenberth та шкалою H. Vernon, S. Mior (1991) спостерігався зворотній, негативний зв'язок ($r = -0,781$). Це свідчило про те, що клініка ВБН зменшувалась на фоні посилення болю в шії та ригідності пасивних і активних рухів у шийному відділі хребта. Зменшення амплітуди та об'єму рухів у плечовому суглобі при наявності відповідних порушень у хворих з ВБН мало прямий позитивний кореляційний зв'язок зі знизженням сили м'язів верхньої кінцівки відповідно до шестибальної шкали ($r = 0,84$).

При проведенні УЗДГ ХА у триплексному режимі з ортопедичними пробами було зафіксовано близько 105 варіантів змін об'ємного кровоплину тільки при поворотах голови.

У групі хворих з ФКІФ СХА в 84,8% випадків переважно фіксувались два типи змін кровоплину:

І – наявність «гіпоплазії» однієї з ХА при 3-5 кратних змінах

кровоплину в іншій при поворотах голови; ІІ – наявність такого положення голови, в якому кровоплин по обох ХА стає мінімальним.

У групи хворих з ОКФСХА в 51,3% випадків фіксувалось:

І – критичне зниження об'ємного кровотоку в головній ХА; ІІ – максимальне, 3-5 кратне зменшення об'ємного кровотоку в обох ХА в крайньому правому або лівому положенні голови.

Чутливість діагностичного метода оцінювали за формулою:

$$Se = a/(a + c),$$

де a – справжньо позитивні результати (варіант компресії підтверджений під час операції); c – хибнонегативні (ознаки відсутності компресії ХА не були підтверджені під час подальшого динамічного обстеження та хірургічного лікування).

Чутливість УЗДГ, відповідно визначення СХА по одній з артерій, складала 96,6%. Чутливість МРА та селективної ангіографії складала, відповідно, 93,8% та 54,2% завдяки високим технологічним можливостям сучасного обладнання та за умови дотриманням всіх необхідних правил проведення досліджень. Специфічність методів дослідження розраховувалась за формулою:

$$Sp = d/(b + d)$$

d – кількість справжньо негативних результатів;

b – кількість хибнопозитивних результатів.

Високі дозвільні можливості проведення УЗДГ, МРА, СА на сучасному технологічному рівні майже виключають появу хибно позитивних результатів (визначення компресії ХА при відсутності компресії). Тому аналіз специфічності цих методів при діагностиці синдрому компресії ХА не набуває практичного значення.

Чутливість МРА зростала до 98,3% при проведенні дослідження з ортопедичними пробами й використанням режиму фазового контрастування для вимірювання кровотоку на різних хребтових сегментах.

Факторами, що сприяли виникненню компресійного синдрому, є унковертебральні остеофіти, передньо-бокові спондилофіти, осифіковані протрузії міжхребцевих дисків, гіпертрофовані та гачкоподібні поперечні відростки, що формувались за рахунок незрощення елементів поперечного відростку в процесі утворення поперечного каналу, додаткові шийні ребра.

Важливою стороною в проведенні динамічного спостереження за станом кровоплину у ХА в післяопераційному періоді за допомогою метода УЗДГ являється наявність позитивного кореляційного зв'язку між зменшенням кратності змін об'ємного кровоплину по ХА при поворотах голови та регресом клінічних показників у балах відповідно використаних шкал ($r > 0,7$).

Висновки

- синдром компресії ХА пов'язаний з динамічною компресією ХА, яка призводить до об'ємного кровоплину ($> 1,5-2$ рази) по ХА при змінах положення голови та (або) верхньої кінцівки, що супроводжується виникненням як специфічних синдромів ВБН, так і неспецифічних міотонічних та больових синдромів;
- в діагностиці СХА найбільшу чутливість має МРА з позиційними пробами, вимірюванням кровоплину по ХА в режимі фазового контрастування (98,3%) та УЗДГ (96,6%), яку зручно використовувати при поточному динамічному спостереженні;
- наявність позитивного кореляційного зв'язку між результатами УЗДГ та регресом клініки СХА дозволяє використовувати метод в динамічному спостереженні результатів лікування.

Перспективи подальших досліджень

Визначити шляхи подальшого покращення чутливості існуючих методів діагностики СХА відносно характеру, вираженості компресії, наявності та адекватності адаптаційно-приспосувальних механізмів компенсації мозкового кровоплину.

Література

1. Верещакін Н.В. Недостаточність кровообращення в вертебро-базиллярній системі // Consilium medicum. – 2003. – № 5(2). – С.21-

25.

2. Калашников В.И. Синдром позвоночной артерии // Therapia. – 2007. – № 10. – С. 31-33.

3. Мішалов В.Г., Яковенко Л.М., Черняк В.А., Сулік В.В., Дибкалюк С.В., Сулік Р.В., Зоргач В.Ю., Зозуля К.М. Аналіз клінічних варіантів та форм синдрому хребтової артерії у хворих з екстравазальною компресією в сегменті V₁-V₂ залежно від віку // Серце і судини. – 2011. – №2 (34). – С. 57-64.

4. Страфун С., Сергиенко Р. Адгезивный капсулит плечевого сустава. – Киев: Реферат, 2010. – 118 с.

5. Труфанов Г.Е., Шаповалов В.М., Вихтинская И.А., Пчелин И.Г., Аверкиев Д.В. Магнитно-резонансная томография в диагностике травматических изменений плечевого и коленного суставов. – СПб: ЭЛБИ. – 2010. – 142 с.

6. Шойхет Я.Н. Декомпрессия и денервация позвоночной артерии – новый метод лечения хронической вертебробазилярной недостаточности // Проблемы клинической недостаточности. – 2006. – № 1. – С.72-78.

7. Штрах В.Н., Левин О.С. Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы. – Москва: Медицинское информационное агентство, 2010. – 518 с.

8. Mitchell J. Doppler insonation of vertebral artery blood flow changes associates with cervical spine rotation: Implications for manual therapies // Physiother. Theor. Pract. – 2007. – № 23(6). – P. 303-313.

9. The European Stroke Initiative Executive Committee and the EUSI Writing Committee // Cerebrovasc. Dis. – 2003. – Vol. 16. – P. 311-333.

Дыбкалюк С.В., Черняк В.А., Герцен Г.И.

Актуальные вопросы диагностики синдрома компрессии позвоночной артерии

Резюме. В статье приведён проспективный анализ результатов лечения 1200 больных с вертебро-базилярной недостаточностью, связанной с синдромом вертеброгенной компрессии позвоночной артерии (ПА). 600 больных проходили консервативное лечение и составили «контрольную группу» 600 – хирургическое. Средний

возраст больных составил 44,2±5,8 лет. Мужчин было 554 (46,2%) женщин – 646 (53,8%). Среди клинических вариантов синдрома компрессии позвоночной артерии (СКПА) выделены: функциональная рефлекторно-ангиоспастическая форма; функциональная компрессионно-ирритативная; органическая компрессионная. Наибольшую чувствительность в диагностике СКПА имеют магнитно-резонансная ангиография с позиционными пробами (98,3%) и ультразвуковая доплерография с ортопедическими тестами (96,6%). Хирургическое лечение – экстравазальная декомпрессия ПА приводит к существенным, клинически значимым уменьшениям кратности изменений объемного кровотока по ПА ($t > 3$) при позиционных пробах.

Ключевые слова: *позвоночная артерия, вертебро-базилярная недостаточность, синдром компрессии.*

Dybkaľuk S.V., Chernyak V.A., Hercen H.I.

Actual Questions in Diagnostic of Compressive Vertebral Artery Syndrome

Summary: The title is based on the prospective analysis of 1200 patients with vertebro-basilar insufficiency, connected with vertebrogenic vertebral artery (VA) compression. 600 patients received conservative treatment (control group) and 600 patients underwent surgical treatment. The age was 44,2±5,8. The number of men was 554 (46,2%), women – 646 (53,8%).

Among clinical types of vertebral artery compression syndrome (VACS) were emanated: functional reflexible angiospastic form; functional compressional irritative form; organic – compressional form.

The largest sensitivity in diagnostic of VACS has magneto-resonans angiography with positional tests (98,3%) and ultra sound dopplerography with orthopedic tests (96,6%). Surgical treatment-extravazal decompression of VA leads to clinically significant decreasing of index of blood flow volume in VA ($t > 3$) during positional tests.

Key words: *vertebral artery, vertebro-basilar insufficiency, syndrome of compression.*

Надійшла 25.06.2012 року.

УДК 616-002.3:617.58

Желіба М.Д., Превар А.П., Ошовський І.Н., Шевня П.С.

Порушення мікроциркуляції в ділянці гнійного вогнища та його корекція

Кафедра загальної хірургії

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,

Резюме. Вивчено стан локальної мікроциркуляції у хворих з гнійно-запальними процесами м'яких тканин методом фотоплетизмографії та оцінена можливість і ефективність корекції цих порушень.

Ключові слова: *гнійно-запальні захворювання, мікроциркуляція, фотоплетизмографія.*

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Судинна реакція в зоні гнійно-запальних захворювань м'яких тканин включає наступні взаємопов'язані елементи: зміни в самих судинах, внутрішньосудинні і позасудинні зміни. Сповільнення локального кровотоку, збільшення в'язкості крові, зниження здатності еритроцитів до зворотної деформації – всі ці фактори призводять до розвитку сладж-синдрому.

При вивченні динаміки запального процесу на даний час користуються класифікацією А.М. Чернуха (1984), який запропонував виділяти п'ять стадій - розлади мікроциркуляції, порушення обмінних процесів, розвиток ацидозу, гіперкаліємії і збільшення осмотичного тиску в тканинах. У результаті зростає гіпергідратація тканин, яка призводить до загибелі клітин, розвитку та поширенню некрозів [1].

Відновлення мікроциркуляторного русла в ділянці запалення – один із важливих елементів її загоєння, оскільки утворена капілярна сітка виконує функцію доставки до клітини поживних речовин та кисню і представляє кістяк, на основі якого розвивається грануляційна тканина. Тому діагностика та лікування мікроциркуляторних розладів при гнійно-запальних процесах м'яких тканин є актуальною проблемою загальної хірургії.

Особливо актуальність зростає тоді, коли запальний процес знаходиться на кінцівках, де периферичний кровообіг недостатній, що негативно впливає на перебіг загоєння рани [6].

З метою діагностики характеру та ступеня важкості ураження судинного русла в клінічній практиці застосовують фотоплетизмографічний [ФПГ] метод, який є неінвазивним оптичним методом діагностування периферійного кровообігу. Він підвищує достовірність контроль і діагностуванню локального периферійного кровообігу при ранніх формах визначення порушення мікроциркуляції та ін. [2, 3, 4].

Мета дослідження. Визначення стану локальної мікроциркуляції у хворих з гнійно-запальними процесами м'яких тканин в ділянці нижніх кінцівок методом фотоплетизмографії до і після лікування.

Матеріал і методи дослідження

Було обстежено 32 хворих із гострими гнійно-запальними процесами м'яких тканин у ділянці нижніх кінцівок віком від 18 до 54 років, які були розподілені на 2 репрезентативні групи. Всі хворі оперовані в терміновому порядку. Основну групу склали 18 хворих, у яких до комплексу лікувальних засобів було включено латрен по 200 мл внутрішньовенно 1 раз на добу. До контрольної групи увійшли 16 хворих, що лікувались за стандартною програмою. Дослідження мікроциркуляції проводили методом фотоплетизмографії за допомогою лазерного комплексу при госпіталізації та на 10 добу лікування [5]. Рівень кровонаповнення визначали в умовних одиницях у чотирьох точках: перша точка – епіцентр запалення; друга точка – на межі запаль-