

Ivchenko A.V. Treatment of Humeral Proximal Region's Fractures in Patients with Diabetes Mellitus

Summary: The results of treatment of 34 diabetic patients with humeral proximal region's fractures were analyzed in the work. Four patients with moderate and severe degree of diabetes mellitus underwent conservative treatment by means of plaster bandages. Thirty patients got surgical treatment. The LSP plates were used as fixators. The surgical treatment of humeral proximal region's fractures using LSP plates allows to improve considerably the functional results in patients with different severity degrees of diabetes mellitus and fracture complexity.

Keywords: humeral proximal region, fractures, diabetes mellitus, LSP plate

Рецензент: проф. Швець А.М.

УДК 612.13:[616.12-08.331.1+616.342-002.44]-08

ДИНАМІКА ЗМІН ПОКАЗНИКІВ МІКРОГЕМОЦИРКУЛЯЦІЇ ТА ФУНКЦІЇ ЕНДОТЕЛІЮ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ У ПОЄДНАННІ З ПЕПТИЧНОЮ ВИРАЗКОЮ ДВАНДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Козленко Т.В.

Кафедра внутрішньої та сімейної медицини, ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Луганськ, Україна (зав. – проф. Ю.Г.Бурмак)

Резюме. За результатами роботи наведено особливості змін мікрогемоциркуляції у хворих на пептичну виразку дванадцятипалої кишки у сполученні з гіпертонічною хворобою, наведено зміни показників первинного гемостазу. Приведено динаміку аналізованих показників у процесі лікування та показано збереження порушень мікрогемодинаміки на всіх рівнях мікроциркуляторного русла після традиційного лікування.

Ключові слова: гіпертонічна хвороба, пептична виразка, мікрогемоциркуляція, лікування

Вступ. Зазначимо, що проблема коморбідності дедалі більше привертає увагу дослідників, при цьому вона вельми актуальна у хворих серцево-судинними захворюваннями та захворюваннями травної системи [6]. Вказане повною мірою стосується гіпертонічної хвороби та виразкової хвороби [8, 10]. Дійсно, найбільш поширеною патологією серцево-судинної системи в Україні є артеріальна гіпертензія – її розповсюдженість становить третину випадків [1, 9]. Серед ерозивно-виразкових захворювань травної системи виразкова хвороба є найбільш розповсюдженою і посідає одне з провідних місць і, при цьому, за останній час майже на третину відмічається зростання захворюваності на пептичну виразку [11]. Відомо, що у механізмах розвитку як гіпертонічної хвороби, так і пептичної виразки, залучена велика кількість факторів, при цьому, окрім факторів нейрогуморальної регуляції, метаболічних процесів, у тому числі пероксидації ліпідів, певну роль відіграють зміни мікроциркуляторного русла, судинно-тромбоцитірної ланки первинного гемостазу, порушення мікрогемодинаміки [2, 3, 4, 5, 7], при цьому досить інтересним є питання динаміки змін цих показників у терміни стандартного (протокол) лікування. Викладене вище стало під-

ґрунтям проведення даного дослідження.

Метою дослідження стало вивчення динаміки показників мікрогемоциркуляції та функції ендотелію у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) у поєднанні з пептичною виразкою (ПВ) дванадцятипалої кишки (ДПК).

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Роботу виконано відповідно до основного плану науководослідних робіт ДЗ «Луганський державний медичний університет» за темою: «Клініко-патогенетичні особливості перебігу захворювань внутрішніх органів із наявністю синдрому взаємного обтяження, шляхи оптимізації лікування та профілактики» (№ державної реєстрації 0104U004327).

Матеріали та методи дослідження. Група досліджених включала 27 хворих із ГХ II стадії у поєднанні з ПВ ДПК у віці від 37 до 48 років (чоловіків 18, жінок 9). У лікуванні ГХ використовувались інгібітори ангіотензинконвертуючого ферменту, блокатори β-адренергічних рецепторів, діуретики; лікування ПВ відповідало вимогам загальноприйнятого протоколу. Усім хворим проводилось дослідження мікрогемоциркуляції (ЩЛ-2М) із розрахунком кон'юнктивальних індексів КІ1, КІ2, КІ3,

відображуючи відповідно периваскулярні, судинні та внутрішньосудинні зміни, а також розраховували індекс сумарних змін – КІзаг. Отримані дані співставлялись з показниками контрольної групи (20 практично здорових осіб). Стан первинного гемостазу ураховували по активності фактору Виллебранда (ристоміцин-індукована агрегація тромбоцитів), модифікованим методом Д'юка визначали тривалість кровотечі з поверхневих судин мочки вуха після порушення їх цілісності, показник резистентності капілярів визначали за допомогою манжетного тесту Румпеля-Леєде-Кончаловського. Математична обробка здійснювалась методами варіаційної статистики за допомогою ліцензійних програм Microsoft Office 2003, Microsoft Excel Stadia 6.1/prof.

Отримані дані та їх обговорення. Відзначимо, що найбільш розповсюдженими позасудинними (КІ1) порушеннями у хворих на ГХ у поєднанні з ПВ ДПК були мутний фон, дещо рідше – пігментні п'ятна. Найбільш суттєвими були зміни на судинному та внутрішньосудинному рівнях – нерівномірність калібру судин, звитість, зниження кількості функціонуючих капілярів, наявність аневризм, артеріоловенулярних анастомозів (судинний рівень), редукція кровоплину, його зупинка, бусоподібний кровоплин (внутрішньосудинний рівень). Означене сформуло в ірогідні зміни кон'юнктивальних показників – КІ1 $2,34 \pm 0,24$ (у контролі – $0,08 \pm 0,05$), КІ2, який відповідав значенню $6,84 \pm 0,36$, та індексу внутрішньосудинних змін – КІ3 – $6,36 \pm 0,37$ (у контролі $2,28 \pm 0,15$ і $0,47 \pm 0,03$ відповідно). Індекс сумарних змін відповідав значенню $15,55 \pm 0,37$ і перевищував контрольні показники більш, ніж у п'ять разів. Такі показники, як тривалість кровотечі, кількість тромбоцитів, показник резистентності капілярів у хворих на ГХ у поєднанні з ПВ ДПК не мали достовірних розбіжностей із контролем, проте відмічалось підвищення фактору Вілебранда – до $197,3 \pm 19,2\%$.

Проведене лікування хворих на ГХ у поєднанні з ПВ ДПК привело до певних зрушень аналізованих показників мікрогемодинаміки, а саме – їх редукція. Так, ві-

дбувалось зниження КІ1 у 1,45 рази (до $1,61 \pm 0,29$), КІ2 – у 1,2 рази ($5,71 \pm 0,37$) та КІ3 у 1,28 рази ($4,89 \pm 0,41$), що призвело до вірогідного зниження індексу загальних змін до $12,31 \pm 0,38$ ($p < 0,05$). Вказана динаміка мікрогемодинаміки супроводжувалась зниженням значень ристоміцин-індукованої агрегації тромбоцитів – у 1,19 рази (до $164,5 \pm 20,36\%$). Проведене дослідження дозволяє констатувати наступне.

Висновки. 1. У хворих на ГХ у поєднанні з ПВ ДПК має місце порушення мікрогемодинаміки на всіх рівнях мікроциркуляторного русла, але переважно на судинному та внутрішньосудинному рівнях, що супроводжується підвищенням вмісту фактору Вілебранду.

2. Після проведеного лікування відбувалось зниження вираженості порушень мікрогемодинаміки на всіх рівнях мікроциркуляторного русла, що супроводжувалось зниженням у 1,19 рази вмісту ристоміцин-індукованої агрегації тромбоцитів, проте в усіх випадках фізіологічних значень вони не досягали.

Перспективи подальших досліджень. У подальших дослідженнях, з урахуванням отриманих даних, передбачається пошук методів ефективної корекції мікрогемодинаміки порушень та порушень з боку судинно-тромбоцитарної ланки первинного гемостазу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Амосова Е. Н. Внутренняя медицина. Т. 1. Болезни системы кровообращения. Болезни органов пищеварения. Болезни крови / Е. Н. Амосова. – Медицина, 2008. – 1064 с.
2. Бабак О. Я. Артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца – эндотелиальная дисфункция: современное состояние вопроса / О.Я. Бабак, Ю. Н. Шапошникова, В. Д. Немцова // Український терапевтичний журнал. – 2004. – № 1. – С. 14 - 21.
3. Морфология нарушенной микроциркуляции и гемостаза при язвенной болезни / А.С. Белоусов, Г.В. Леонтьева, М.Д. Туманян [и др.] // Советская медицина. – 1983. – №1. – С. 12-15.
4. Регионарный кровоток и секреторная функция желудка у больных с дуоденальной язвой / А.А. Гринберг, С.Г. Гришко, Л.Ф. Столярова [и др.] // Клиническая медицина. – 1987. – №4. – С.72-74.
5. Применение раниберла и липина в комплексном лечении больных язвенной болезнью / Ж.В. Загоруйко, И.И. Дегтярева, Н.В. Харченко [и др.] // Другий Український тиждень гастроентерологів: Тези допов. – Дніпропетровськ, 1997. – С. 58-59.
6. Коркушко О. В. Особенности патогенеза и морфофункциональных проявлений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого и старческого возраста / О. В. Коркушко, Л. И. Коваленко // Сучасна гастроентерологія і гепатологія. – 2001. – № 3. – С. 10-13.
7. Поливода С. Н. Эндотелиальная дисфункция при гипертонической болезни: патофизиологические механизмы формирования / С. Н. Поливода // Артериальная гипертензия. – 2009. – № 5 (7). – С. 29-34.

8. Свиницкий А. С. Патогенез язвенной болезни в свете современных представлений / А. С. Свиницкий, Г. А. Соловьева // Сучасні інфекції. – 2000. – № 1. – С. 1 - 7.
9. Селезнёв С.А. Клинические аспекты микрогемодициркуляции / С.А. Селезнёв, Т.И. Назаренко, В.С. Зайцевю – Ленинград: Медицина, 1985. – 208 с.
10. Томина О.С. Вариабельність серцевого ритму при виразковій хворобі, артеріальній гіпертензії та їхній коморбідності

/ О.С. Томина, О.Ю. Бичкова, М.І. Яблчанський // Медицина транспорту України. – 2009. – 2. – С. 76-82.

11. Філіппов Ю. О. Основні показники гастроентерологічної захворюваності в Україні / Ю. О. Філіппов, І. Ю. Скірда, Л. М. Петречук // Гаст-роентерологія : міжвід. збірник. – Дніпропетровськ, 2006. – Вип. 37. – С. 3–9.

Козленко Т.В. Динамика изменения показателей микрогемодициркуляции и функций эндотелия у больных гипертонической болезнью в сочетании с пептической язвой двенадцатиперстной кишки

Резюме. В работе представлены особенности изменения микрогемодициркуляции у больных гипертонической болезнью в сочетании с пептической язвой двенадцатиперстной кишки, приведены изменения показателей первичного гемостаза. Определена динамика анализируемых показателей в процессе лечения и показано сохранение нарушения микрогемодинамики на всех уровнях микроциркуляторного русла после традиционного лечения.

Ключевые слова: пептическая язва, гипертоническая болезнь, микрогемодициркуляция, лечение

Kozlenko T.V. Dynamic of changes some microhaemocirculation and endothelial functions indices at patients with essential hypertension in combination with duodenum peptic ulcer

Summary. This publication presents main peculiarities of changes of microcirculation and vessel-platelets haemostasis indices at the patients with essential hypertension in combination with peptic ulcer before and after treatment. The dynamics of indices and maintenance of microhaemocirculation disturbances after traditional treatment are presented.

Keywords: essential hypertension, peptic ulcer, microhaemocirculation, treatment

Рецензет: проф. Іванова Л.М.

УДК 616.342-002.44-036.11-08

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ТРОФИЧЕСКИХ И ГЕМОКОАГУЛЯЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА И ДПК У БОЛЬНЫХ С ОСТРООСЛОЖНЁННЫМИ ДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ

Кононенко Д.А., Бука Г.Ю.

Кафедра хирургии и урологии, ГЗ «Луганский государственный медицинский университет», г. Луганск, Украина

Резюме. Отдаленные результаты хирургического лечения больных с острыми осложнениями дуоденальных язв изучены у 86 больных в сроки от 6 месяцев до 2 лет после произведенной операции. Из них 48 больных входили в основную группу, которым применялось комплексное обследование с целью выявления трофических нарушений гастродуоденальной слизистой, на основании чего определялась рациональная хирургическая тактика. Применение усовершенствованной хирургической тактики у больных с дуоденальными язвами, осложненными кровотечением и перфорацией, позволило уменьшить количество антрумэктомий в 1,4 раза за счет увеличения числа органосохраняющих операций; уменьшить частоту послеоперационных осложнений с 5,3 до 4,2%; привело к сокращению койко-дня с 11,2 до 9,3 и периода послеоперационной реабилитации, а в отдаленном послеоперационном периоде позволила улучшить показатели физической активности и жизнеспособности больных в 1,2 и 1,4 раза соответственно.

Ключевые слова: осложненная дуоденальная язва, трофические нарушения, отдаленные результаты

Актуальность темы. Частота возникновения осложненных форм язвенной болезни (ЯБ) не только не уменьшается, но за последние 5 лет имеет тенденцию к увеличению [1], при этом до 25% среди них требуют хирургического лечения [3].

Несмотря на современные достижения хирургии в лечение язвенной болезни, повсеместное внедрение органосохраняющих операций, разработку новых методов послеоперационной реабилитации больных, в 18,6% [6] случаев, имеют место неудовлетворительные результаты хирургического лечения ЯБ [5], которые

проявляются моторно-эвакуаторными нарушениями различной степени тяжести, тяжелой диспепсией и рецидивами язвенной болезни после оперативного лечения [2,4].

На сегодняшний день, при выборе метода оперативного вмешательства необходимо не только учесть кислотопродукцию желудка, но и полноценная оценка его моторно-эвакуаторной функции, состояния сфинктерно-клапанных аппаратов, микроциркуляторного русла, обсемененности *Helicobacter pylori*, состояния защитного слизистого барьера, степени нарушений местного иммунитета,