

Таблиця 2. Результати раннього хірургічного лікування хворих з поверхневими опіками за 2002 р. порівняно з результатами традиційного методу лікування хворих за 1998 р.

Площа опіків	Групи порівняння								Скорочення тривалості лікування в л/днях
	Рання некректомія з одномоментною ксенодермопластиком (основна група)				Некректомія з наступною самостійною епітелізацією ран (контрольна група)				
	n	до операції (л/дні)	після операції (л/дні)	разом (л/дні)	n	до операції (л/дні)	після операції (л/дні)	разом (л/дні)	
1-10	200	1,3	12,2	13,5	92	6,5	13,9	20,4	6,9**
11-20	57	1,6	17,7	19,3	37	7,6	17,1	24,7	5,4**
21-30	17	2,0	15,5	17,5	14	5,8	17,5	23,3	5,8**
31-40	6	1,2	11,3	12,5	3	10,5	15,0	25,5	13,0**
41 та >	12	2,1	17,9	20,0	4	9,0	14,0	23,0	3,0*
м	292	1,4	13,7	15,1	150	6,7	15,1	21,8	6,7**

Примітка: вірогідно з даними контрольної групи (\* – P>0,1; \*\* – P<0,001).

**ВИСНОВКИ** 1. При оперативних втручаннях на кінцівках дорослих хворих, особливо у опечених похилого і старшого віку, перевагу слід надавати провідниковій та спинно-мозковій анестезії.

2. Загальне знеболювання є базовим при проведенні раннього оперативного лікування у дітей та локалізації опіку на голові, тулубі у дорослих, причому при довготривалих операціях доцільно інтубація трахеї.

3. У дітей з площею опіку більше 20 % поверхні тіла і 30 % поверхні тіла у дорослих загальне знеболювання проводиться після катетеризації центральних чи периферійних судин великого діаметра з постійним контролем пульсу і артеріального тиску.

4. Отриманні результати переконують, що раннє оперативне лікування поверхневих опіків при адекватному анестезіологічному забезпеченні є методом вибору.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Виноградов В.Л., Алексеев А.А. Современные принципы общей анестезии у больных с термическими поражениями //Международный конгресс "Комбустиология на рубеже веков" (9-12 октября 2000 г.). – Москва: Ин-т хир. им. А.В. Вишневского РАМН. – 2000. – С. 94-95.  
 2. Анестезиологическое обеспечение оперативных вмешательств у детей с большой площадью ожога III-IV степени /Жаворонкова с соавторами // Международный конгресс "Комбустиология на рубеже веков" (9-12 октября 2000 г.). – Москва: Ин-т хир. им. А.В. Вишневского РАМН. – 2000. – С. 99.  
 3. Егоров А.П., Баиндурашвили А.Г., Григорьев А.И. Интенсивная терапия тяжелых ожогов у детей в условиях отделения общей реанимации многопрофильной детской больницы //Международный конгресс "Комбустиология на рубеже веков" (9-12 октября 2000 г.). – Москва: Ин-т хир. им. А.В. Вишневского РАМН. – 2000. – С. 97.  
 4. Нагайчук В.І., Гунько П.М. Організація надання раннього хірургічного лікування опеченим у Вінницькій області // Вісник Вінницького державного медичного університету ім. М.І. Пирогова. – 2002. – 6.2. 2002. – С. 474-476.

Венгер І.К., Костів С.Я., Шкробот Л.В., Гоцинський П.В.

**СТРУКТУРНО-ГЕМОДИНАМІЧНІ АСПЕКТИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНОЇ ОКЛЮЗІЇ АОРТО-СТЕГНО-ПІДКОЛІННОГО СЕГМЕНТА**

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

СТРУКТУРНО-ГЕМОДИНАМІЧНІ АСПЕКТИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНОЇ ОКЛЮЗІЇ АОРТО-СТЕГНО-ПІДКОЛІННОГО СЕГМЕНТА – Під спостереженням знаходилось 156 хворих із атеросклеротичною оклюзією аортостегнового сегмента. У пацієнтів за допомогою даних аортоартеріографії (ААГ) та ультразвукової доплерографії (УЗДГ) вивчали рівень стенозу та особливості колатерального кровотоку при атеросклеротичній оклюзії аортостегно-підколінного сегмента для визначення об'єму артеріальної реконструкції аорти та магістральних артерій нижніх кінцівок.

СТРУКТУРНО-ГЕМОДИНАМІЧЕСКІЕ АСПЕКТИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ АОРТО-БЕДРО-ПОДКОЛЕННОГО СЕГМЕНТА – Под наблюдением находилось 156 больных с атеросклеротической окклюзией аортостегнового сегмента. У пациентов с помощью данных аортоартериографии (ААГ) и ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) изучали уровень стеноза и особенности коллатерального кровотока при атеросклеротической окклюзии аортостегноподколенного сегмента для определения объема артериальной реконструкции аорты и магистральных артерий нижних конечностей.

STRUCTURALLY-HEMODYNAMICS ASPECTS OF ATHEROSCLEROTIC OCCLUSION OF AORTO-FEMORAL-POPLITEAL SEGMENT – Under the supervision there were 156 patients with atherosclerotic occlusion of aorto-femoral segment. At patients by information of aortoarteriografia and ultrasonic doplerografia the level of stenosis and feature of collaterals blood stream was studied at atherosclerotic occlusion of aorto-femoral-popliteal segment for determination of volume of arterial reconstruction of aorta and main arteries of lower extremities.

**Ключові слова:** атеросклеротична оклюзія, колатеральний кровоток, артеріальна реконструкція.

**Ключевые слова:** атеросклеротическая окклюзия, коллатеральный кровоток, артериальная реконструкция.

**Key words:** atherosclerotic occlusion, the collaterals blood stream, arterial reconstruction.

**ВСТУП** Хронічні облітеруючі захворювання артерій нижніх кінцівок (ХОЗАНК) основною частиною захворювань серцево-судинної системи, уражаючи 2-3 % усього населення і близько 10 % осіб похилого віку [1].

Особливістю даних захворювань є неухильно прогресуючий перебіг, що веде до високого відсотка інвалідизації, ампутацій та летальності. За даними різних авторів при типовому перебізі атеросклерозу більше 1/3 хворих помирає протягом 5-8 років від початку захворювання, а 25-50 % із них за цей же період переносять ампутацію ураженої кінцівки [2].

Характерною рисою ХОЗАНК є довготривалість розвитку стенотично-оклюзійного процесу, що сприяє розвитку колатеральних шляхів кровотоку. Останні мають певні анатомічні особливості залежно від локалізації атеросклеротичної оклюзії [3].

**Мета роботи:** визначення об'єму артеріальної реконструкції аорти та магістральних артерій нижніх кінцівок враховуючи структурно-гемодинамічні особливості атеросклеротичного ураження та особливості розвитку колатеральних шляхів кровотоку у пацієнтів із ХОЗАНК з урахуванням даних агіографічного та ультразвукового обстеження.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** У клініці судинної хірургії ТДМА ім. І.Я. Горбачевського під нашим наглядом знаходилось 156 хворий із ХОЗАНК у віці 54-76 років, середній вік хворих становив 65 р.

Обстеження включало загальноклінічні методи, аортоартеріографію та ультразвукову доплерографію.

За допомогою ААГ оцінювали рівень стенотично-оклюзійного процесу, а також характер колатерального кровотоку за видом і локалізацією анастомозів. За даними УЗДГ оцінювали: 1) якісні показники доплерограм: форму піку кривої, форму, амплітуду та фазність хвилі; 2) кількісні показники доплерограм: пікову систолічну швидкість (ПСШ), об'ємну швидкість кровотоку (ОШК); 3) напівкількісні показники доплерограм: індекс резистентності (ІР). Обстеження проводили за допомогою ангиографа "Chiralux-2", та ультразвукового доплерографа ALOKA-SSD 2000.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

В результаті проведення ААГ виділено два основних типи оклюзійного процесу термінального відділу аорти – 57 випадків та клубово-стегнового сегмента нижніх кінцівок – 99 випадків. Перший тип оклюзії можна поділити на три рівні: високий, середній та низький. До високого рівня віднесли випадки з оклюзією термінальної частини черевної аорти на рівні ниркових артерій або нижче останніх, не більше 2-х сантиметрів. Таких пацієнтів серед обстежуваних було – 6. До середнього рівня віднесли випадки із поширенням оклюзійного процесу проксимальніше нижньої брижевої артерії і виявлений у 19 пацієнтів. До низького рівня оклюзії віднесли випадки із оклюзійно-стенотичним процесом, що поширюється дистальніше нижньої брижевої артерії – виявлено у 32 пацієнтів.

Встановлено, що кожному рівню оклюзійного процесу характерний певний тип розвитку колатерального кровообігу. Так, при високому та середньому рівнях оклюзії черевного відділу аорти із колатерального кровообігу практично виключена нижня брижова артерія і хребетні артерії, хоча кровотік по останніх визначається при низькому рівні оклюзії.

При проведенні УЗДГ виявлено (табл. 1):

**Таблиця 1. УЗДГ показники (зовнішня клубова артерія)**

	ПСШ (см/с)	ОШК (мл/хв)	ІР
Норма	96,8±21,2	743,8±63,4	7,5±2,9
Високий рівень	24,2±5,9	149,4±23,1	2,1±0,4
Середній рівень	28,8±7,6	170,9±26,8	2,4±0,6
Низький рівень	39,7±8,1	271,8±26,4	2,9±0,5

У хворих з оклюзією черевного відділу аорти встановлено найбільш виражені гемодинамічні порушення, що обумовлений обмеженими можливостями колатерального кровотоку по вісцеральним артеріям. Свідченням цього є підвищене шунтування кровообігу по колатеральному шляху WINSLOW із системи підключичних вен. При середньому рівні оклюзії черевного відділу аорти кровообіг по дузі Рюлана порушується, однак функціонування поперекових артерій забезпечує приток крові до дистальних сегментів. Низький рівень оклюзії сприяє функціональній особливості вісцерального і парієтального шляхів компенсації кровообігу.

Також при ААГ встановлено різний тип атеросклеротичного ураження клубово-стегнового сегмента. Атеросклеротичну оклюзію аортостегнового сегмента розділено на наступні типи стенотично-оклюзійного ураження. До першого типу віднесено наявність оклюзії на рівні обох загальних клубових артерій. Атеросклеротичне ураження на рівні зовнішньої клубової артерії віднесли до другого типу оклюзії. До третього типу віднесли оклюзію різних рівнів клубових артерій. До четвертого типу – атеросклеротичне ураження на рівні загальних стегнових артерій. Рівні атеросклеротичної оклюзії першого типу виявлено у 36 пацієнта, другого – у 29 пацієнтів, третього – у 19, четвертого – у 15 пацієнтів.

За даними УЗДГ оклюзія зовнішньої клубової артерії характеризувалась задовільними умовами колатеральної компенсації кровообігу по клубовоглибкоствегновому шляху (табл. 2).

**Таблиця 2. УЗДГ показники (загальна стегнова артерія)**

	ПСШ (см/с)	ОШК (мл/хв)	ІР
Норма	81,3±19,4	730,3±55,6	3,5±3,5
I тип оклюзії	29,6±6,9	224,9±27,8	2,3±0,6
II тип оклюзії	49,3±8,9	317,8±25,6	3,0±2,9
III тип оклюзії	34,2±6,5	259,8±26,4	2,7±0,5
IV тип оклюзії	36,8±5,4	273,7±23,1	2,6±0,6

При виявленні локалізації атеросклеротичного процесу в ділянці обох клубових артерій слід проводити аортобіфеморальне алошунтування (протезування). У випадках оклюзії внутрішньої клубової артерії з однієї сторони, з метою попередження синдрому обкрадання, слід відновлювати кровообіг по останній.

Атеросклеротична оклюзія клубово-стегнового сегмента за даними ААГ у 93 (59,62 %) випадках поєднується із атеросклеротичним ураженням артерій стегнопідколінного сегмента на обох кінцівках. Необхідно відмітити, що даний тип ураження магістрального артеріального русла нижніх кінцівок відмічено у пацієнтів із ураженням екстракраніальних судин: у 41 (26,28 %) пацієнта.

Вивчивши характер оклюзії дистального артеріального русла нижніх кінцівок, ми використали класифікацію атеросклеротичної оклюзії стегно-підколінно-гомількового сегмента, запропоновану А.С. Ніконенко у 1985 р.:

перший тип – оклюзія поверхневої стегнової артерії на рівні відродження глибокої артерії стегна до виходу з гунтерового каналу – 16 пацієнтів (11,54 %);

другий тип – оклюзія поверхневої стегнової артерії в ділянці гунтерового каналу і оклюзія глибокої артерії стегна – 21 пацієнт (13,46 %);

третій тип – оклюзія поверхневої стегнової артерії, глибокої артерії стегна і підколінної артерії – 19 пацієнтів (12,18 %);

четвертий тип – оклюзія загальної стегнової артерії, глибокої артерії стегна і підколінної артерії – 17 пацієнтів (10,90 %);

п'ятий тип – оклюзія підколінної артерії з переходом на гомількову артерію – 20 пацієнтів (12,82 %).

В умовах атеросклеротичної оклюзії аортостегнового сегмента і оклюзії поверхневої стегнової артерії (перший тип) в умовах функціонально повноцінного колатерального кровообігу по глибокій артерії стегна спостерігаються наступні показники УЗДГ на підколінній артерії (табл. 3):

**Таблиця 3. УЗДГ показники (підколінна артерія)**

	ПСШ (см/с)	ОШК (мл/хв)	ІР
Норма	68,1±21,1	296,8±47,3	10,8±3,9
I тип оклюзії	40,6±6,1	101,2±15,4	3,1±0,5
II тип оклюзії	44,9±8,3	117,1±16,2	3,7±0,7

При другому типі оклюзії стегнопідколінного сегмента здійснюється перерозподіл крові по глибокій артерії стегна і низхідній колінній артерії, що сприяло деякому зростанню регіонарної гемодинаміки (табл. 3).

Третій, четвертий і п'ятий типи оклюзійного процесу стегнопідколінного сегмента, в умовах оклюзії підколінної артерії, значно погіршувалось кровопостачання дистальних відділів нижньої кінцівки (табл. 4).

**Таблиця 4. УЗДГ показники (задня великогомілкова артерія)**

	ПСШ (см/с)	ОШК (мл/хв)	ІР
Норма	43,2±2,3	91,6± 23,4	13,6± 4,8
III тип оклюзії	20,8±5,7	15,5±4,6	1,8±0,5
IV тип оклюзії	17,9±5,2	12,5±4,9	1,8±0,5
V тип оклюзії	23,4±5,3	16,2±3,9	1,9±0,4

Кожному рівню оклюзії відповідає свій тип розвитку колатерального кровообігу, який відіграє роль в компенсації

регіонарної гемодинаміки. При першому типі оклюзії крово- постачання гомілки здійснюється через анастомози глибокої артерії стегна із гілками підколінної артерії. При другому типі кровообіг здійснюється через анастомози глибокої артерії стегна із гілками поверхневої артерії стегна нижче місця оклюзії а також із гілками підколінної артерії. При третьому і четвертому типах оклюзії колатеральний кровообіг здійснюється через анастомози глибокої артерії стегна з гілками підколінної артерії і проксимальними гілками артерій гомілки.

Найменш сприятливим, з точки зору компенсації регіонарної гемодинаміки, є п'ятий тип оклюзії. Саме в цьому випадку за рахунок дифузного ураження дистального артеріального русла страждає колатеральний кровообіг.

**ВИСНОВКИ** При реконструкції аортостегнового сегмента є необхідність відновлювати кровообіг по внутрішній клубовій артерії.

Для попередження виникнення симптомів обкрадання нижніх кінцівок необхідно проводити додаткову реконструкцію стегно-підколінно-гомілкового сегмента.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Ващенко М.А. Хирургия окклюзий брюшной аорты и магистральных артерий нижних конечностей. – Киев, 1999. – с. 49.  
 2. Покровский А.В. Заболевания аорты и ее ветвей. – М.: Медицина, 1979. – С. 31.  
 3. Шалимов А.А., Дрюк Н.Ф. Хирургия аорты и магистральных артерий. – Киев: Здоров'я, 1979. – С. 54.

Василишин Р.Й.

**ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ, УСКЛАДНЕНОЇ КРОВОТЕЧЕЮ**

**Дніпропетровська державна медична академія**

**ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ, УСКЛАДНЕНОЇ КРОВОТЕЧЕЮ** – Розроблені графологічні схеми клініко-діагностичного і лікувального алгоритмів при виразковій хворобі шлунка й дванадцятипалої кишки, ускладнених кровотечею. В алгоритмах викладена діагностична тактика з урахуванням клінічних проявів захворювання, накреслені клінічні та лабораторні критерії, які визначають ступінь тяжкості крововтрати, ендоскопічні прояви активності кровотечі, необхідність відповідного втручання за допомогою ендоскопа та хірургічних операцій.

**ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ, УСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ** – Разработаны графологические схемы клинико-диагностического и лечебного алгоритмов при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением. В алгоритмах изложена диагностическая тактика с учетом клинических проявлений заболевания, начерчены клинические и лабораторные критерии, позволяющие определить степень тяжести потери крови, эндоскопические проявления активности кровотечения, необходимость соответственного вмешательства при помощи эндоскопа и хирургических операций.

**OPTIMISATION OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF PEPTIC ULCER OF THE STOMACH** – Worked out graphological schemes of clinicodiagnostic and medical algorithms peptic ulcer of the stomach, complications of haemorrhage. In algorithms account hemmary diagnostic tactics of clinical manifestation of illness, draw clinical and laboratory criterions, with determine degree of difficulty of blood-flux, endoscopic manifestation activity of blood-flux, necessary interference with endoscope and surgical management.

**Ключові слова:** медичні протоколи (стандарти), виразкова хвороба шлунка й дванадцятипалої кишки, виразкова кровотеча, хірургічне лікування, діагностичні і лікувальні алгоритми.

**Ключевые слова:** медицинские протоколы (стандарты), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, язвенное кровотечение, хирургическое лечение, диагностические и лечебные алгоритмы.

**Key words:** peptic ulcer of the stomach, surgical treatment, medical protocols (standards).

**ВСТУП** Виразкова хвороба (ВХ) залишається однією з актуальних проблем сучасної медицини, оскільки ця патологія широко розповсюджена серед населення, суттєво впливає на його фізичне і соціальне "здоров'я" [4, 5]. На вирішення цієї проблеми направлені зусилля численних науковців, терапевтів, хірургів, гастроентерологів. В їх арсеналі мають місце самі різноманітні способи лікування. Однак деякі аспекти виразкової хвороби залишаються невіршеними. Відома велика кількість ускладнень із загрозою для життя [2, 3, 6-8, 16], що потребує застосування виключно хірургічних способів лікування [9-11, 14, 15], оскільки незважаючи на застосування високоєфективних противиразкових засобів, за останні 5 років мало місце збільшення майже у 2 рази числа невідкладних оперативних втручань з приводу ускладнень виразкової хвороби (ВХ). Одним із таких ускладнень, яке виникає у кожного 10 пацієнта є кровотеча із виразки. При цьому летальність складає до 10 % і не має тенденції до зниження [7, 14, 16].

Лікарю у практичній діяльності буває досить складно вибрати правильну діагностичну та лікувальну тактику, особливо це має місце в невідкладній хірургії, коли швидкі зміни стану хворого потребують прийняття рішень. Крім того, служба охорони здоров'я сьогодення йде шляхом реформування. Вона уже має ряд відмінних особливостей, які не вкладаються у відомі рамки і змушують шукати нові шляхи забезпечення якісної медичної допомоги населенню, оскільки уже існують державні і приватні лікувальні заклади, має місце ліцензування і сертифікація медико-фармацевтичної діяльності, спроби медичного страхування, подальший розвиток і вдосконалення законодавчої бази.

Для вирішення цих питань нами раніше були запропоновані графологічні схеми клініко-діагностичного і лікувального алгоритмів неускладненої виразкової хвороби шлунка й дванадцятипалої кишки [1]. У роботі, яка пропонується, представлено графологічні схеми клініко-діагностичного і лікувального алгоритмів ВХ, ускладненої кровотечею.

**Мета дослідження** – оптимізувати клініко-діагностичні і лікувальні алгоритми виразкової хвороби шлунка (ВХШ) й дванадцятипалої кишки (ВХДПК), ускладнених кровотечею.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** Клінічні спостереження включили ретроспективний аналіз історій хвороб 143 хворих на ВХ шлунка й дванадцятипалої кишки, ускладнених кровотечею, чоловічої і жіночої статі, віком від 20 до 60 років. Обстеження були проведені в термін від 1 до 3 років. Вказаний термін дозволяв значною мірою рандомізувати групи хворих, а проведене стаціонарне обстеження та опитування пацієнтів за допомогою анкет дозволило оцінити результати лікування, розділити хворих згідно з шкалою Visic в модифікації Ю.М. Панцирева, А.А. Грінберга [12] та розробити уніфіковані графологічні схеми лікування цієї складної патології.

Хворі перебували в хірургічних відділеннях міських лікарень, де отримували лікування різними способами за термін 1996-2000 р.р. Серед резекційних способів були застосовані: резекція шлунка за Більротом-1 (20), Більротом-2 (43), секторальною резекцією (9). Серед органозберігальних були – антрумектомія з ваготомією (36), стинання виразки з ваготомією (12), прошивання виразки з ваготомією (7), гастротомія з прошиванням виразки та ваготомією (2). Серед показників, зазначених в анкетах, пріоритетне значення мали дані про безпосередні та віддалені результати післяопераційних втручань. Отримані дані були оброблені методами варіаційної статистики (13).

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ** Аналіз карт стану і скарг хворих та клінічні обстеження дозволили розробити графологічні схеми клініко-діагностичного і лікувального алгоритмів при ВХ шлунка й дванадцятипалої кишки, ускладненій кровотечами (рис. 1).