

13 – тимпанопластик III типу; у 7 дітей виконали двоетапну тимпанопластику, причому другий етап провели через 5-7 місяців після першого хірургічного втручання. Операції на вусі були виконані за описаною раніше методикою [2-3].

Премедикація мала на меті максимально знизити страх операції та включала дом'язове введення седативних та знеболюючих середників за 40 хв до операції. Старшим дітям - сибазон (0,3 мг/кг), морфін гідрохлорид (0,2 мг/кг) та атропін сульфат (0,1 мл на 10 кг маси тіла). Дітям молодшого віку премедикацію та введення в наркоз проводили в передопераційній (в палаті) кетаміном – дом'язово з розрахунку 5 мг/кг з атропін сульфатом (0,1 мл на 10 кг маси тіла). Для зниження кровотечі у премедикацію включали етамзілат (125-250 мг).

При 11 втручаннях використовували загальне комбіноване багатокомпонентне знеболення на основі пропофолу (рекофолу) в розрахунку 3-5 мг/кг/год та фентанілу (2 мг/кг). При 11 операціях застосували збалансовану нейролептаналгезію, яка включала фентаніл (2-3 мг/кг), дроперидол (0,15 мг/кг) та кетамін (3 мг/кг). У 10 випадках використали атаралгезію з введенням фентанілу (2-3 мг/кг), сибазону (2-3 мг/кг) та кетаміну (3 мг/кг).

Загальне знеболення обов'язково доповнювали традиційною місцевою анестезією 1-2 % розчином лідокаїну з адреналіном 1:10, яка дозволяла значно зменшити кількість медикаментів, використаних для проведення наркозу. За допомогою одногограмового інсулінового шприца через 3-4 уколи вводили по 0,4-0,7 мл розчину у всі стінки зовнішнього слухового проходу. Уколи виконували приблизно на середині перетинчасто-хрящового відділу, причому перший з них проводили в задньо-верхню стінку, в ділянці молоточкової смужки, де шкіра проходу товстіша і укол вдається зробити легше. Голку просували до кісткової стінки, що давало оптимальний знеболювальний ефект і попереджувало відшарування епітелію з утворенням пу-

хирців, заповнених анестезуючим розчином. Утворення пухирців негативно впливало на репаративні процеси в м'яких тканинах зовнішнього слухового проходу. Розчин анестетику вводили повільно, щоб забезпечити рівномірне просочування м'яких тканин всієї шкіри – від кінчика голки до барабанної перетинки.

Хворі діти перебували на спонтанному диханні через верхні дихальні шляхи або через гортанний повітропровід з оксигенацією киснем (4-6 л/хв) через маску. Для післяопераційного знеболення використовували анальгін, димедрол, кетанов (кеталонг) парацетамол у вікових дозах за вимогою.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вказана методика знеболення дала можливість провести операцію на вусі в умовах самостійного дихання, при стабільному артеріальному тиску. Всі діти гарно перенесли вказані види знеболення без виражених ускладнень під час втручання та у післяопераційному періоді (брадикардія, зниження артеріального тиску). У 5 випадках під час операції виникла наркозна депресія дихання, яку купірували за допомогою штучної вентиляції легень через маску або через гортанний повітропровід за допомогою респіратора РО -6-03 киснево-повітряною сумішшю.

ВИСНОВОК

Багатокомпонентна загальна анестезія (пропофолом з фентанілом), збалансована нейролептаналгезія та атаралгезія в доповненні з місцевим введенням розчину лідокаїну є ефективним методом знеболення при проведенні операцій на вусі у дітей, хворих на хронічний гнійний середній отит.

Література

1. Вульштейн Х. Слухоулучшающие операции. – М.: Медицина, 1972. - 376 с.
2. Яшан И.А. Эндомеатальная тимпанопластика. – К.: Здоров'я.- 1982.- с.120.
3. Яшан О.І. Нові варіанти хірургічних втручання у хворих на хронічний гнійний середній отит //Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – К.-2002.- 36 с.

Кіт О. М.

МОТОРНО-ЕВАКУАТОРНА ТА СЕКРЕТОРНА ФУНКЦІЯ ШЛУНКА ПРИ ВИРАЗКОВОМУ ПІЛОРОСТЕНОЗІ І ВИБІР МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Моторно – евакуаторна та секреторна функція шлунка при випадковому пілоростенозі і вибір методу лікування – Автором проведено аналіз результатів дослідження і хірургічного лікування 116 хворих на ВХШ, ускладнену стенозом ворота. Комплексне дослідження моторно-евакуаторної і секреторної функції шлунка дало можливість в кожному конкретному випадку обґрунтувати метод і вибрати найбільш оптимальний спосіб оперативного втручання, покращити результати хірургічного лікування, знизити летальність з 3,2 до 0 % останніми роками, зменшити кількість післяопераційних ускладнень з 4,5 до 2,9 %, скоротити терміни реабілітації хворих з 56 до 42 днів.

Моторно – евакуаторна та секреторна функція шлунка при язвенном пілоростенозі і вибір методу лікування – Автором произведено анализ результатов исследования и хирургического лечения 116 больных язвенной болезнью желудка осложненной пилоростенозом. Комплексное исследование моторно-эвакуаторной и секреторной функций желудка, дал возможность в каждом конкретном случае определить метод и выбрать наиболее оптимальный способ оперативного вмешательства, улучшить результаты хирургического лечения, снизить летальность с 3,2 до 0 % за последние годы, уменьшить количество послеоперационных осложнений с 4,5 до 2,9 %, сократить сроки реабилитации больных с 56 до 42 дней.

Motor – evacuation and secretion functions of a stomach at ulcer pylorostenosis and choice of treatment method – The author has carried out the

analysis of results of research and surgical treatment of 116 patients with stomach ulcer complicated by pylorostenosis. The complex research of motor evacuation and secretion functions of stomach, has enabled to determine a method in each specific case and to choose the optimal way of operative intervention, to improve the results of surgical treatment, to lower the death rate from 3,2 % up to 0 % for last years, to reduce the quantity of postoperative complications from 4,5 % up to 2,9 %, to shorten the terms of rehabilitation of patients from 56 till 42 days.

Вступ До останнього часу залишається дискусійним і остаточно не вирішеним питання вибору адекватного методу операції при виразковій хворобі шлунка ускладненій пілоростенозом [5,6]. Загальноновизнана резекція шлунка, позбавляючи організм великої частини такого важливого органа, призводить у 12 – 20 % оперованих до виникнення різних патологічних синдромів, які суттєво відображаються на стані здоров'я хворих [2,3]. А тому підготовка хворих до операції, обґрунтування способу хірургічного втручання повинна проводитись з врахуванням стану моторно-евакуаторної і секреторної функцій шлунка та залежати від ступеня стенозу [1, 2, 4, 7].

Матеріали та методи Дослідження проведені у 116 хворих із 347 з ускладненим перебігом ВХШ. Серед хворих чоловіків було 92 (79,3 %), жінок – 24 (21,4 %). Вік пацієнтів складав від 26 до 75 років. Тривалість хвороби у більшості пацієнтів становила від двох до 15 років. Обстеження хворих проводилось за такими методиками: секреторна функція шлунка вивчалась за допомогою зондування титраційним методом, рівень кислотності і ступінь нейтралізації соляної кислоти за допомогою рН-метрії. Вивчення моторно-евакуаторної функції здійснювалося за допомогою електрогастрографічного і рентгенологічного дослідження.

Результати досліджень та їх обговорення Особливе значення при підготовці та виборі способу оперативного втручання надавали дослідженню моторної функції шлунка і визначенню ступеня стенозу воротаря. При дослідженні моторної функції шлунка у хворих зі стенозом воротаря виявлено, що у 23 (19,8) із 116 обстежених спостерігався збудливий тип скорочень, які характеризувалися гіперкінетичними скороченнями силою (0,58±0,03) кПа (P<0,001) тривалим підняттям і швидким опусканням перистальтичних хвиль. На ЕГГ цієї групи хворих середній біопотенціал перевищував (0,6±0,05) мВ (P<0,001) з різницею потенціалів (0,62±0,05) мВ (P<0,001) і частотою (4,0±0,03) коливань на хвилину (P<0,001). Такі показники ЕГГ спостерігалися у хворих з субкомпенсованим стенозом воротаря, коротким виразковим анамнезом і больовим синдромом.

Нормокінетичний тип моторної активності спостерігався у 29 (25%) хворих, це в основному хворі, які пройшли курси тривалого консервативного лікування з початковими ознаками стенозу воротаря. При рентгенологічному дослід-

женні шлунок був дещо розширеним, евакуація контрастної маси затримувалася від 6 – 12 год, а пілоричний канал звужувався до 1 – 1,5 см. На механогастрограмах (МГГ) цих хворих відмічались ритмічні скорочення силою (0,37±0,05) кПа (P<0,001) з частотою 0,36±0,2 на хв. (P<0,05), тонусом шлунка (1,66±0,03) кПа (P<0,05). На ЕГГ цієї групи хворих середній біопотенціал склав (0,28±0,02) мВ (P<0,001) з різницею потенціалів (0,3±0,06) мВ (P<0,001) і частотою (3,05±0,05) мВ (P<0,001) коливань на хвилину.

У 47 хворих з пілоростенозом виявлено гіпокінетичний тип моторної активності шлунка. Це, в основному, хворі з тривалим виразковим анамнезом, при рентгенологічному дослідженні спостерігалася затримка евакуації (12 – 24 г) із шлунка. На МГГ цих хворих відмічалось різке пригнічення скоротливої діяльності шлунка ((0,15 ± 0,06 кПа) (P < 0,25). На ЕГГ середній біопотенціал складав 0,15±0,2 мВ (P<0,001) з різницею потенціалів (0,15±0,04) мВ і ритмом 3 коливання на хвилину.

Акінезія виявлена у 17 хворих з декомпенсованим пілоростенозом. При рентгенологічному і ендоскопічному дослідженні шлунок розтягнутий з затримкою евакуації більше 24 годин. На МГГ цих хворих спостерігалися окремі скорочення шлунка силою до (0,15±0,06) кПа (P<0,01), а на ЕГГ відмічалось зниження всіх показників біопотенціалу, середній потенціал дорівнював (0,1±0,02) мВ.

Враховуючи дані аналізу клінічного перебігу захворювання, рентгенологічного, ендоскопічного дослідження, вивчивши моторно-евакуаторну і скоротливу здатність шлунка у хворих зі стенозом воротаря, ми розробили класифікацію стадій пілоростенозу (табл.1).

Таблиця 1. Стадії стенозування

Дослідження	Стадії стенозування			
	формування	компенсації	субкомпенсації	декомпенсації
Клінічні	Диспепсичні розлади відсутні. Проба з зондуванням (-)	Часта печія, кисла відрижка. Після їди тяжкість в епігастрії. Проба з зондуванням (+)	Відрижка після їди. Неприємна тяжкість в епігастрії. Проба з зондуванням (++)	Часте блювання. Різка схуднення (10 кг). "Шум плеску". Проба з зондуванням (+++)
Ендоскопічні	Рубцево-виразкова деформація воротаря. Його діаметр звужується до 1,2 см	Виразка рубцево-виразкова деформація воротаря і його звуження до 0,8 см	Шлунок розтягнутий, пілоричний канал звужений до 0,5 см	Шлунок великих розмірів. Пілоричний канал звужений менше 0,5 см
Рентгенологічні	Шлунок не розширений, перистальтика нормальними хвилями. Повне випорожнення шлунка до 6 год	Шлунок дещо розширений, перистальтика підсилена. Пілоричний канал деформований. Повне спорожнення шлунка 6 – 12 год	Шлунок розширений, натще містить застійну рідину. Перистальтика ослаблена. Пілоричний канал вужений. Затримка евакуації 12 – 24 год	Шлунок різко розширений, натще містить до 1,5-2,0 л рідини. Велика кризана на рівні тазових кісток. Затримка евакуації більше 24 год
Моторна функція шлунка (балон. метод, електрогастрографія)	Нормокінетичний тип. Тонус шлунка вище 1,96 кПа. На МГГ скорочення силою 0,58±0,03. На ЕГГ середній біопотенціал склав (0,6±0,03) мВ з різницею потенціалів (0,62±0,05) мВ, 4 коливання на хв	Гіперкінетичний тип. Тонус шлунка (1,56±1,86) кПа. На МГГ скорочення силою 0,58±0,03. На ЕГГ середній біопотенціал (0,25±0,02) мВ з різницею потенціалів (0,3±0,06) мВ, 3,5 коливання на хв	Гіпокінетичний тип. Тонус шлунка (0,98±1,47) кПа. На МГГ скорочення силою 0,55±0,06. На ЕГГ середній біопотенціал (0,15±0,02) мВ з різницею потенціалів (0,3±0,06) мВ, 3,5 коливання на хв	На МГГ скорочення відсутні. Тонус шлунка нижче 0,98 кПа. На ЕГГ середній біопотенціал менше 0,15 мВ

При дослідженні секреторної функції шлунка у хворих з формуючим і компенсованим пілоростенозом нами виявлено, що вона мало що відрізняється від хронічних виразок другої локалізації. Так, при дослідженні рН шлунка у хво-

рих з першою і другою стадією пілоростенозу вони склали (2,4±0,5) од. (P<0,001) і (3,5±0,7) од. (P<0,001), відповідно, що відповідає середньостатистичним даним хворих з препілоричною локалізацією виразок (2,4±0,6) од. (P<0,001).

У хворих з субкомпенсованим і, особливо, декомпенсованим пілоростенозом показники рН були зрушені у лужну сторону і коливалися в межах від 1,9 до 6,8 од. Поряд з цим, рівень базальної кислотності відповідав показникам рН-метрії. Кількість пепсину в базальних порціях шлункового соку у хворих з першою і другою стадією пілоростенозу складала (39,3±2,5) мг % (P<0,001) і (37,5±3,9) мг % (P<0,001). Найнижчі показники пепсину виявлені у хворих з декомпенсованим пілоростенозом.

Враховуючи дані дослідження моторно-евакуаторної і секреторної функції шлунка, беручи до уваги клінічний перебіг захворювання, ми виділили дві категорії хворих на пілоростеноз. Перша клінічна група – це хворі з помірними порушеннями моторно-евакуаторної і секреторної функції шлунка. У цю групу увійшло 56 хворих, із них 16 – з формуючим і 36 – компенсованим і лише 4 – з декомпенсованим пілоростенозом. Усі хворі цієї групи були оперовані після 5 – 6-денної передопераційної підготовки. Друга клінічна група – це хворі з вираженими порушеннями моторно-евакуаторної і секреторної функції шлунка, у яких в поєднанні з пілоростенозом діагностувалася активна пенетруюча або рецидивна виразка після перенесеного зашивання перфоративного отвору. У цю групу увійшли хворі, які потребували інтенсивної передопераційної підготовки, в яку включали: 1) систематичну, 2 рази на добу декомпресію шлункового вмісту, масляні клізми; 2) відновлення водно-електролітного балансу (переливання білків, рідин, що містять іони К, Na, амінокислот; 3) активну противиразкову терапію; 4) інтенсивне лікування супровідних захворювань. Оперативне втручання у цієї групи хворих доцільно проводити тільки після 8 – 10 - денної підготовки. Із 116 оперованих зі стенозом ворота у 33 (28,4 %) хворих проведена резекція шлунка за Більрот – 1 і 2. Останніми роками ми переглянули лікувальну тактику пілоростенозу і у інших 83 (71,5 %) хворих були проведені органозащадні і органозберігаючі операції. Такі операції ми виконували у хворих: 1) з формуючим, компенсованим або субко-

мпенсованим пілоростенозом, у яких тонус шлунка був нижчим – 0,98±1,47, сила скорочень – (0,15±0,06) кПа, на ЕГГ середній біопотенціал (0,15±0,2) мв, з різницею потенціалів (0,18±0,04) мв і ритмом 3 коливання на хвилину; 2) при наявності секретії з дебітом соляної кислоти не нижче (5,1±0,11) ммоль/г (P<0,001), рН – 3,8±0,5 од. (P<0,001), пепсину 37,5±3,9 мг % (P<0,001), локалізацією виразкового процесу в ділянці ворота або біля нього.

Висновки 1. Диференційний підхід до вибору хірургічного лікування хворих на виразковий стеноз ворота дозволив значно покращити результати післяопераційного лікування, зменшити кількість післяопераційних ускладнень з 4,5 до 2,4 %, та післяопераційну летальність з 3,2 % до 0 останніми роками.

2. Органозащадні та органозберігаючі операції з селективною проксимальною ваготомією можуть бути операціями вибору у хворих на стеноз ворота. Однак вони повинні проводитися після детальної морфофункціональної оцінки стану шлунка в кожному конкретному випадку захворювання.

Література.

1. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. – М.: Триада – Х., 1998. – 238.
2. Григорьев П.Я., Стародуб Э.М., Яковенко Е.П. та ін. Хвороби органів травлення (діагностика і лікування). – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 175 с.
3. Дегтерова И.И. Заболевания органов пищеварения. – К.: Демос, 2000. – 321 с.
4. Передерий В.Г., Ткач С.М., Скопиченко С.В. Язвенная болезнь (прошлое, настоящее, будущее). – К., 2003. – 256.
5. Ковальчук Л.Я., Дзюбановський, І.І. Басистюк 1 Н. Досвід лікування ускладнених форм виразкової хвороби. Матеріали XX з'їзду хірургів України. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – С.14-17.
6. Саенко В.Ф., Полинкевич Б.С., Диброва А.А. и др. Современное состояние хирургии язвенной болезни. Матеріали XX з'їзду хірургів України. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – С.10-11.
7. Дзюбановський, І.І., Свистун Р.В., Ковальчук Ю.М. і ін. Досвід хірургічного лікування виразкової хвороби. Вісник морської медицини. – 2001. - № 2. – С. 126-128.

УДК 616.721-018.3:616-018.2

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ СТАБІЛЬНИХ ФОРМ ОСТЕОХОНДРОЗУ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Шимон В.М., Бойко С.О., Вайнагій О.М.

Ужгородський національний університет, медичний факультет

Тактика лікування стабільних форм остеохондрозу поперекового відділу хребта – На лікуванні в клініці ортопедії ОКЛ за 2002-2004 рр. було проліковано 370 пацієнтів зі стабільними формами остеохондрозу поперекового відділу хребта. Усі хворі працездатного віку. Серед них 210 жінок (56,8 %), 160 чоловіків (43,2 %).

Поєднання контрастного методу обстеження (дискографія) і КТГ є найкращим діагностичним методом для системної патології диска. Сучасна госпіталізація і правильно вибрана тактика консервативного лікування дає у 87 % випадках хороші результати і відпадає потреба в хірургічному лікуванні.

Тактика лікування стабільних форм остеохондрозу поясничного відділу позвоночника – На лікуванні в клініці ортопедії ОКЛ за 2002-2004 год було пролічено 370 пацієнтів со стабільними формами остеохондрозу поясничного відділу позвоночника. Все больные были трудоспособного возраста. Среди них 210 женщин (56,8 %), 160 мужчин (43,2 %).

Соединение контрастного метода обследования (дискография) и КТГ есть наилучшим диагностическим методом для системной патологии диска. Своевременная госпитализация и правильно выбранная тактика консервативного лечения дает в 87 % случаев хорошие результаты и отпадает потребность в хирургическом лечении.

TREATMENT TACTICS OF STABLE FORMS OF LUMBAR SPINE OSTEOCHONDROSIS – In Central orthopedic clinics during 2002-2004 were

treated 370 patients with stable forms of lumbar spine osteochondrosis. All patients were in age capable for work. There were 210 women (56.8 %) and 160 men (43.2 %).

Combination of contrast method of examination (discography) and CT are the best diagnostic method for systematic pathology of intervertebral disc. In time hospitalizing and right way of conservative treatment in 87 % cases has good results and the necessity of surgical treatment doesn't arise.

Ключові слова: хребет, диск, секвестр, протрузія, малоінвазивні методи.

Ключевые слова: позвоночник, диск, секвестр, протрузия, малоинвазивные методы.

Key words: spine, disc, sequester, protrusion, miniinvasive methods.

Вступ. Тактика лікування стабільних форм остеохондрозу поперекового відділу хребта на сьогодні є загальновідомою, але потребує деяких обговорень. Відомо, що у 80 % випадків причиною захворювання периферійної нервової системи є дегенеративно-дистрофічні зміни в диску, суглобах тощо [4]. Незважаючи на те, що проведені досліджен-