

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 органозадні 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. Органозадні 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 остеохондроза поясничного відділу позвоночника – На лікуванні в клініці ортопедії ОКЛ за 2002-2004 год було пролічено 370 пацієнтів со стабільними формами остеохондроза 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-

ня і зроблено узагальнені клінічні дані щодо остеохондрозу хребта, проблеми "вертеброгенних захворювань хребта" мають багато спірних питань, які необхідно з'ясувати та досліджувати.

Багато вчених, які займаються проблемами остеохондрозу хребта, неоднозначно підходять до тактики лікування стабільних форм остеохондрозу. Більшість, при протрузії міжхребцевого диска і грижах, ставлять показання до хірургічного лікування і не проводять консервативного [2,6]. На нашу думку, такі суворі показання потребують доуточнення, оскільки консервативне лікування в багатьох випадках дає значне покращення стану хворих [5].

Матеріали та методи Метою нашої роботи є обґрунтування тактики лікування стабільних форм остеохондрозу поперекового відділу хребта. В клініці ортопедії ОКЛ за 2002–2004 роки було проліковано 370 пацієнтів з стабільними формами остеохондрозу поперекового відділу хребта. Всі хворі були працездатного віку. Серед них було 210 жінок (56,8 %), 160 чоловіків (43,2 %). З даних видно, що у жінок частіше зустрічався біль в хребті, ніж у чоловіків, але слід відзначити, що більшість чоловіків (85 %) була доставлена в клініку з різким болем і госпіталізовані ургентно. За віком хворі були розподілені в наступні групи: від 20 до 30 років – 33 пацієнти (8,9 %), від 30 до 40 років – 104 пацієнти (28,1 %), від 40 до 50 років – 171 пацієнт (46,2 %), від 50 до 60 років – 62 пацієнти (16,7 %).

Результати досліджень та їх обговорення

За класифікацією, яка розроблена вертебрологами ІПХС ім. М.І. Ситенка – за стабільними формами хворі були розподілені на три стадії: перша стадія – гостре люмбаго – 137 пацієнтів (37 %); друга стадія – протрузія – 194 пацієнти (52,4 %); третя стадія – грижі диска секвестровані та несеквестровані – 39 пацієнтів (10,6 %). Давність захворювання була від 1 дня до 30 діб. У хворих, які поступили в клініку з гострим болем, з анамнезу було виявлено, що біль з'явився після підняття тягару – у 73 %, після різкого повороту в поперековому відділі хребта – у 10 %, при піднятті дитини на руки – у 7 %, які були молодими мамами, при піднятті з ліжка ранком – у 6 %, і у 4 % хворих не могли з'ясувати причини болю. Хворим, які були доставлені в клініку ортопедії з гострим болем, проводилося знеболення, яке включало корінцеві, епідуральні блокади. Таких хворих уклали на ортопедичні ліжка і через 2 години після приймання седативних засобів і проведення фізіотерапії (діодинамік) було проведено ліжкове витягнення до 8–12 кг під кутом від 30 до 45°, залежно від вираженості поперекового лордозу. Відомо, що у 27 % здорових людей поперековий лордоз згладжений. В таких випадках до кожного пацієнта підходили індивідуально. В більшості таких хворих (77 %) біль зник після 6–10 годин. Цим хворим протягом 10–12 днів проводилося консервативне та реабілітаційне лікування [5]. У 17 % пацієнтів з гострим болем було проведено повторну, через добу, епідуральну блокаду з дипроспаном і збільшено ліжкове витягнення до 15 кг, призначено целебрекс по 1 табл. 3 рази на день. Після проведення лікування гострий біль зник, але в поперековому відділі хребта зберігався, в таких випадках проводилося подальше консервативне лікування (призначалися целебрекс, судинні препарати і фізіотерапевтичні процедури з маззю Бен-Гейн). У цієї групи пацієнтів після комплексного лікування протягом 3-х тижнів біль зник і хворі виписувалися в задовільному стані. В 6 % хворих гострий біль зник, але з'явилися корінцеві симптоми, і при подальшому обстеженні було виявлено протрузію диска. У пацієнтів, яким було поставлено клінічно протрузію диска (144), в клініці проводилась дискографія з оміопаком і комп'ютерна томографія (КТГ). У 169 хворих було проведено рентген-

контрастні методи дослідження. У 73 хворих проведено епідурографію, у 96 – дискографію і всім без винятку було проведено КТГ. На дискографії було виявлено протрузію і проникнення контрасту в диск, на КТГ – протрузію в розмірах від 0,5 см до 1,5 см. 25 пацієнтів від контрастних методів дослідження відмовилися. З них 3 відмовилися і від КТГ – обстеження. Епідурографія дала нам змогу з'ясувати, наскільки заповнено епідуральний простір протрузією, а які зміни в диску – відповідь епідурографія нам не дала. Дискографія дала нам чітку уяву про зміни в диску і які є там деструктивні зміни [7]. На нашу думку, поєднання контрастного методу дослідження (дискографія) і КТГ є найкращим діагностичним методом. У 87 % хворих було проведено консервативне лікування (блокади, целебрекс, мануальна терапія), призначали ліжкове витягнення під кутом 45° з вагою 8–15 кг, вага збільшувалася поступово і пацієнт перебував на витягненні 90 хвилин, з наступною перервою на 30 хвилин і так на цілий період лікування, з нічною перервою. В комплексі проводилася епідуральна блокада через сакральний отвір. Розчини, куди входять 1 % лідокаїн + дипроспан в об'ємі 20 мл, вводяться 1 раз на 1 тиждень. Більшості хворих були призначені вольтаренові ректальні свічки. У 47 % пролікованих біль повністю зник, у 24 % був тупим, тоді як 7 % хворих після зняття гострого болю від лікування відмовилися. Хворим, у яких комплексне лікування ефекту не дало, було проведено хірургічне лікування.

Хворим, які були госпіталізовані в клініку ортопедії з гржами, (39 пацієнтів), проведено детальне діагностичне обстеження, яке включало дискографію та КТГ. При КТГ у 25 хворих (64,1%) було виявлено грижі розмірами від 0,5 до 1,5 см, у 8 пацієнтів (20,5 %) грижі були секвестровані, у 6 хворих (15,4 %) секвестровані грижі були звапнені, що свідчило про застарілу патологію секвестра – цим хворим проведено хірургічне втручання, спрямоване на видалення секвестра та стабілізацію сегменту. У 16 пацієнтів (41 %) з грижами було проведено консервативне лікування і стан хворих покращився, але корінцеві симптоми збереглися. Хворим, які від традиційного оперативного методу лікування відмовилися, було проведено малоінвазивні методи хірургічних втручань з інструментами, які були нами розроблені і застосовуються в нашій практиці [7].

Висновки Підводячи підсумки підходу до тактики лікування стабільних форм остеохондрозу слід зазначити, що своєчасне звертання хворих до спеціалістів, своєчасна госпіталізація і правильно вибрана тактика консервативного лікування дає у 87 % випадків хороші результати і не потребує хірургічного лікування. Запущені випадки тяжко піддаються консервативному лікуванню і тому тут показані різні види хірургічного лікування, за допомогою яких можна досягти хороших результатів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бурьянов А.А., Грудной остеохондроз. – К. Ленвіт, 1997. – С.3-328.
2. Корж А.А. Роль вертебрологии в медицине // Ортоп., травматология и протез. – 1994. – №1. – С.5-8.
3. Левит К., Захсе Й., Янда В. // Мануальная медицина. М.: – Медицина, 1993. – С.1-502.
4. Попелянский Я.Ю., Веселовская О.В. Влияние момбоишалгического сколиоза на функциональное состояние мышц конечностей // Журн. Невропсихология и психиатрия. – 1987. – Т.87, №4. – С.486-490.
5. Хвисюк Н.И., Гева С.С., Продан А.И., Дедух Н.В., Тимошенко О.П. Остеохондроз позвоночника у детей. – К.: – Здоровье, 1985 – С.108.
6. Хвисюк Н.И. Обоснования и особенности хирургического лечения разрывов дистрофических изменений межпозвоночных дисков // Ортоп., травматология и протез. – 1996. – №3. – С.20-23.
7. Шимон В.М., Бойко С.О. Лікування неускладнених переломів тіл хребців грудного і поперекового відділу хребта з застосуванням гідроксилалатитної кераміки в гранулах // Наук. вісник Ужгородського університету. Серія "Медицина". – 2003. – Вип. 19. – С. 62-64.