

С.В. Возианова, О.И. Литус, В.И. Литус, Э.А. Мурзина

Экземы

Национальная медицинская академия последипломного образования
имени П.Л. Шупика

Вступление. Экземы – распространенная группа аллергодерматозов, составляющая 15-40% кожных болезней. В работе освещены современные взгляды на патогенез, диагностику и лечение экзем. Представлены клинические формы заболеваний. Сделан акцент на аллергологической составляющей патогенетических механизмов развития дерматозов.

Ключевые слова: экземы, патогенез, диагностика, лечение

S.Vozianova, A.Litus, V.Litus, E.Murzina

Eczema

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Introduction. Eczema is a prevalent group of allergodermatosis that makes up 15-40% of skin diseases. The paper highlights current views on the pathogenesis, diagnosing and treatment of eczema. A particular emphasis is placed on the allergic component of the pathogenic development mechanisms of dermatoses.

Key words: eczema, pathogenesis, diagnostic, treatment.

Відомості про авторів:

Возіанова Світлана Віталіївна – д.мед.н., професор кафедри дерматовенерології НМАПО імені П.Л.Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Літус Олег Іванович – д.мед.н., професор, завідувач кафедри дерматовенерології НМАПО імені П.Л.Шупика.

Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Літус Віктор Іванович - д.мед.н., професор кафедри клінічної імунології і алергології НМАПО імені П.Л.Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Мурзіна Е.О. – канд.мед.н., доцент кафедри дерматовенерології НМАПО імені П.Л.Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

УДК: 616.314.165

© М.С. ДРОГОМИРЕЦЬКА, М.К. БІЛОУС, 2015

М.С. Дрогомирецька, М.К. Білоус

ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДУ ДИСТРАКЦІЙНОГО ОСТЕОГЕНЕЗУ В ОРТОДОНТІЇ

Національна медична академія післядипломної освіти імені
П.Л.Шупика

Вступ. Деформації щелепно-лицевої ділянки, які об'єднують дефіцит твердих та м'яких тканин, відносяться до найбільш складних проблем у щелепно-лицевій хірургії. Дистракційний остеогенез дає унікальну можливість одночасно виправити дефіцит як твердих, так і м'яких тканин. [Chin, 1999]. В минулому більшість деформацій нижньої щелепи та середньої зони обличчя потребували використання складних методів реконструкції, часто кісткової аугментації. Дистракція є альтернативою звичайній аугментації. На відміну від використання

ксеногенного кістковопластичного матеріалу чи кісткових трансплантатів, при дистракції використовується місцева кістка, яка збільшується спеціальним медичним апаратом після сегментарної остеотомії. Таким чином стимулюється ріст місцевої кістки для збільшення її розмірів. При використанні даного методу можливе швидке досягнення результату (3 місяці). Рівень подовження висоти кістки можливий, в залежності від характеристик апарату, до 40 мм. Паралельно відбувається збільшення м'яких тканин [Опанасюк І.В., Опанасюк Ю.В., 2003]. Під дією наростаючої тяги відбувається явище активного гістогенезу - в яснах, шкірі, фасціях, м'язах, хрящах, судинах та периферичних нервових волоконках проходять адаптаційні зміни. Така перебудова м'яких тканин дає можливість здійснити значне переміщення кістки, відчутно знизити ризик рецидиву. Дистракційний остеогенез- біологічний процес утворення нової кістки між кістковими сегментами, які поступово роз'єднуються під дією наростаючої тяги. [Samchukov et al., 1999]. Дистракційний остеогенез як метод лікування патології лицевого скелету набув визнання у всьому світі. Процедурі підлягають пацієнти раннього дитячого, дитячого, підліткового та дорослого віку.

Мета. Виявити та розробити вікові показання до використання різних методик дистракційного остеогенезу та скласти план комплексного лікування.

Підвищити ефективність лікування зубощелепних аномалій та деформацій шляхом розробки нових методів дистракційного остеогенезу за новими технологіями. Для досягнення поставленої мети сформовані задачі: вивчити переваги та недоліки методів дистракційного остеогенезу; провести на основі аналізу опублікованих даних оцінку існуючих методів дистракційного остеогенезу; довести доцільність даної методики лікування зубощелепних аномалій та деформацій; вивчити переваги використання дистракторів у комплексі із класичними ортодонтичними апаратами; розробити протокол дистракції.

Матеріали та методи. Фахові літературні публікації стосовно дистракційного остеогенезу за останні 10 років, рекомендації Асоціації Остеосинтезу (AO/ASIF, Швейцарія) щодо застосування дистракційних систем.

Результати дослідження. На відміну від класично викладеного методу кісткової аугментації, в даній роботі вводиться альтернативний аспект лікування пацієнтів із гнатичною формою деформацій лицевих структур- 3D дистракційний остеогенез. Така багаточільова методика дозволяє виконати контрольоване моделювання кісткових структур обличчя без використання кісткових заміників або трансплантатів з одночасним поступовим розтягненням м'яких тканин. Дана робота є спробою впровадити дослідження дистракційного остеогенезу як вискоефективного методу корекції кісткових деформацій та аномалій розвитку. Ключовою дистракційного остеогенезу є розумною альтернативою кістковій аугментації.

Ключові слова: дистракційний остеогенез, дистрактор, ортогнатія

Вступ. Біологічні основи дистракційного остеогенезу. Дистракційний регенерат – нова кісткова тканина, що утворюється в процесі дистракції, формується за умов наростаючої тяги та функціонального навантаження. Дистракційний остеогенез розпочинається з формування фіброзної тканини - м'якої кісткової мозолі вздовж осі дистракції. Після її формування застошують дистракційні сили, поступово роз'єднуючи кісткові сегменти. При поступовому розтягненні м'якої кісткової мозолі її волокна розташовуються паралельно до напрямку дистракції. Між третім та сьомим днями у фіброзну тканину врастають капіляри (рис.2), розширюючи тим самим судинну сітку не лише у напрямку центру дистракційного проміжку, але і в сторону медулярних каналів обох кісткових фрагментів. Дуже часто новоутворені судини в дистракційному регенераті мають спіральний хід та численні циркулярні

ОГЛЯДИ

складки, внаслідок чого швидкість росту значно перевищує швидкість дистракції і в 10 разів перевищує швидкість проростання судин при звичному загоєнні перелому. Протягом другого тижня дистракції починають формуватись первинні остеони. Процес остеогенезу ініціюється на існуючих кісткових стінках та прогресує в напрямку центру дистракційного проміжку. [Samchukov et al., 1999]. В кінці другого тижня остеоїд починає мінералізуватись. [Schenk RK, Gacher A, 1994]. В цей період дистракційний регенерат має специфічну зональну структуру (рис.1). В центрі дистракційного проміжку, де вплив розтягуючої сил є максимальним, розміщена слабкомінералізована, рентгенпрозора, фіброзна проміжна зона [Yasui N, Kojimoto, 1993]. Проміжна зона виконує роль центру фібробластичної проліферації та утворення фіброзної тканини. По периферії цієї фіброзної зони розміщені дві зони із поздовжньо орієнтованими, циліндричними первинними остеонами, які вкриті шаром остеобластів та ростуть в напрямку один до одного [Schenk RK, Gacher A, 1994]. Такий зональний розподіл новосформованої кісткової тканини зберігається до завершення періоду дистракції. В кінцевому результаті формуються дві додаткові зони первинного ремоделювання остеонів, які локалізуються на межі регенерату та кісткових фрагментів. Після завершення періоду дистракції фіброзна проміжна зона поступово осифікується, а одна чітко помітна зона грубоволокнистої кісткової тканини містком об'єднує кісткові фрагменти. В процесі дозрівання регенерату зона первинних остеонів значно зменшується, і в кінцевому результаті, повністю резорбується. В наступні місяці новоутворена кістка зміцнюється паралельно розміщеними волокнами та ламелярною кісткою. Кісткова структура нормалізується шляхом гаверсової перебудови, яка є останім етапом кортикальної реконструкції [Tajana GF, Morandi, 1989]. Дозрівання кістки із остаточним формуванням нормальної структури триває рік або більше [Schenk RK, Gacher A, 1994].

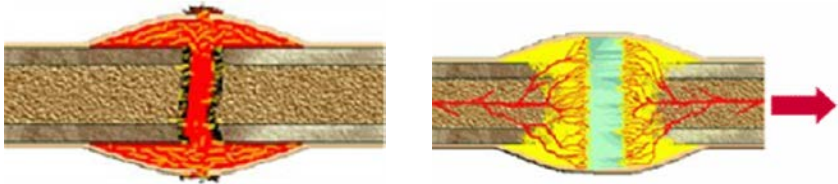


Рис. 1. Зональна структура дистракційного регенерату.

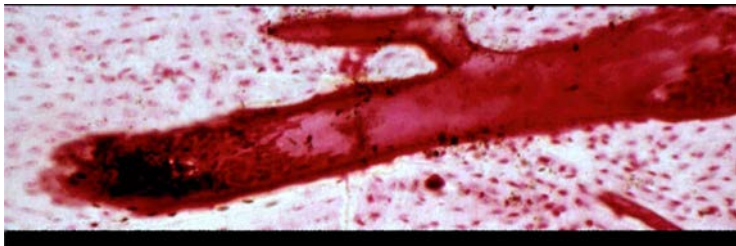


Рис. 2. Капіляри врослають у фіброзну тканину.

Матеріали та методи. Фахові літературні публікації стосовно дистракційного остеогенезу за останні 10 років, рекомендації Асоціації остеосинтезу (АО/ASIF, Швейцарія) щодо застосування дистракційних систем.

Результати та обговорення. Дистракційний остеогенез складається з послідовних періодів: вичікування (період від роз'єднання кісткових фрагментів до початку їх розтягування, коли відбувається формування кісткової мозолі); дистракція (період формування нової кісткової тканини, або дистракційного регенерату); консолідація (період дозрівання та кортикалізації регенерату); ремоделювання (період дозрівання та кортикалізації регенерату після припинення дії розтягуючих сил);

Що стосується технічних особливостей оперативного втручання, то вони систематизовані наступним чином:

- Операційний етап – здійснюється сегментарна остеотомія на ділянці, яка підлягає збільшенню, фіксується дистрактор, м'які тканини ушиваються. Фактично здійснення цього етапу можна порівняти з переломом кістки. Порушення цілісності кістки та еволюційний процес її загоєння називається зрощенням перелому. Під час зрощення перелому кістки відбуваються такі етапи: пошкодження; індукція; запалення; утворення м'якої кісткової мозолі; утворення твердої кісткової мозолі; ремоделювання.

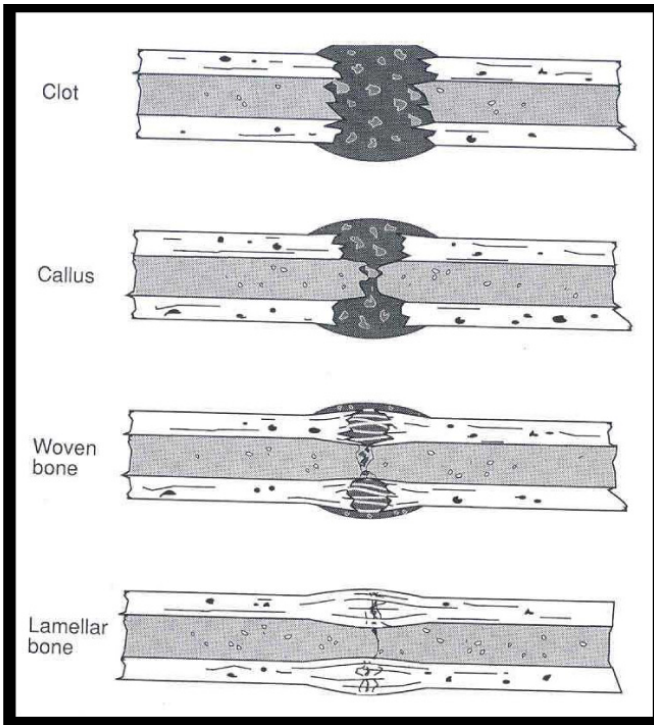


Рис. 3. Етапи загоєння кістки.

ОГЛЯДИ

- Латентний період - період часу від механічного порушення цілісності кістки до початку тракції. В цей період відбуваються репаративні процеси: загоєння м'яких тканин, формування кісткової мозолі (тривалість 4 – 7 днів, в залежності від віку пацієнта та якості кісткової тканини в ділянці дистракції).

- Період дистракції – використання поступово наростаючої тяги між розділеними кістковими сегментами. Поступове розтягування провокує формування нової кісткової тканини у проміжку, що збільшується.

Тривалість періоду активної дистракції залежить від відстані, на яку транспортується сегмент. Швидкість дистракції складає 1 мм на добу, оптимальною періодичністю підкручування апарату є по 0, 25 мм 4 рази на добу. В цей період м'яка кісткова мозоля є рентгенпрозорою. Рентгенологічно перші ознаки регенерації кісткової тканини переважно визначаються в кінці періоду дистракції. Кістковий регенерат орієнтований вздовж напрямку дистракції та розділений на три частини: дві ділянки із більшою щільністю, які прилягають до залишкових кісткових сегментів, та центральна рентгенпрозора зона. Період консолідації (утримуюча фаза) – триває від моменту закінчення тракції до моменту видалення дистракційного апарату. Відбувається мінералізація дистракційного регенерату. Тривалість періоду повинна втричі перевищувати тривалість періоду дистракції та варіює в залежності від віку пацієнта. Реконструйований фрагмент кістки утримується без зміщення. Протягом цього періоду залишають транспортні та стабілізуючі пластинки, що дозволить зафіксувати транспортований сегмент.

- Етап усунення – видалення дистрактора, встановлення імплантатів(при необхідності), ушивання рани.

- Ремоделювання – період триває від моменту застосування повного функціонального навантаження до повного ремоделювання новосформованої кістки.

Показання. 1. Нижня щелепа: метод показаний для подовження, транспорту та стабілізації кістки у випадку її дефіциту при наявності наступних патологій: посттравматичні дефекти; гіпоплазія (набута- посттравматичне порушення росту нижньої щелепи, пов'язане з тривалою ВНЦС, анкілозу ВНЦС, сегментарною втратою кісткової тканини; вроджена – геміфасціальна мікросомія, синдром Треачера- Колінза, синдром Нагера, синдром П'єра Робена, синдром Голденгара, синдром Аперта, синдром Кроузона); втрата кісткової тканини внаслідок висічення пухлин. Для успішної дистракції необхідна достатня висота та ширина кістки. 2. Середня зона обличчя: незрощення піднебіння; синдром Біндера; гіпоплазія верхньої щелепи (синдром Аперта, синдром Кроузона). 3. Альвеолярний гребінь: метод показаний при необхідності вертикального подовження альвеолярного гребеня на верхній та нижній щелепах у випадках: травми; резорбції кістки після видалення зуба; патології періодонту; видалення пухлини; вроджених деформацій. А також: порушення прохідності верхніх дихальних шляхів; краніосиностози; гнатичні форми дефектів щелеп; естетичні вимоги. Класичними процедурами дистракційного остеогенезу є: подовження гілок та тіла нижньої щелепи; розширення симфізу; висунення верхньої щелепи за ЛеФор I; висунення середньої частини обличчя за ЛеФор III; збільшення висоти альвеолярної кістки; корекція гнатичних форм дефектів оклюзії. Згідно літературних джерел, при використанні вказаного методу спостерігається

швидке досягнення результату (3 міс.), а рівень подовження кістки можливий до 15- 20 мм. Паралельно відбувається розтягнення м'яких тканин.

Класифікація дистракційних систем: за розположенням: внутрішньоротові (інтраоральні); зовнішньоротові (екстраоральні); за призначенням: для верхньої щелепи; для середньої частини обличчя; для нижньої щелепи; для альвеолярного відростку; за кількістю векторів дії: одновекторні моноаксіальні; багатовекторні мультиаксіальні.

Планування дистракційного остеогенезу включає проведення рентгенологічних досліджень- телерентгенографії, ортопантомографії, проведення комп'ютерної томографії. Проводиться діагностика стереолітографічних моделей, а також діагностичних моделей в анатомічному артикуляторі та фотоаналіз. Проводиться ортодонтична підготовка пацієнта - функціональна корекція прикусу за допомогою знімної та незнімної апаратури. Ортодонт разом із хірургом планують локалізацію остеотомії, вектор переміщення кістки для отримання оптимального функціонального оклюзійного та естетичного результату. Успіх дистракції залежить від оптимального встановлення кісткових сегментів у горизонтальному, вертикальному, вестибуло-оральному та мезіо- дистальному аспектах, а також правильності ортодонтичного лікування. Планове кінцеве положення транспортованого сегменту визначає положення дистракційного апарата на кістці [Spangoli et. al., 2004].

Мультиаксіальні (багатовекторні) зовнішньоротові дистрактори використовують для видовження і \ або транспорту кістки, а також в якості кісткового стабілізатора у пацієнтів з патологією розвитку щелеп та кісток лицевого скелету, дефектами травматичного генезу, де необхідна поступова кісткова дистракція у трансверзальному, ангулярному та лінійному напрямках. Такий пристрій є оптимальним вибором для лікування будь- яких форм гіпоплазії нижньої та окремих форм верхньої щелепи, вроджених та набутих, значних деформацій середньої зони обличчя, які часто є причиною обструкції дихальних шляхів та значного погіршення якості життя пацієнта. Деякі мультиаксіальні дистракційні апарати (Titanium Multi-Vector Distractor, Synthes) можуть бути модифіковані у моноаксіальні. Як правило, пристрої комплектуються окремо для правої та лівої сторони. Апарати виготовляють з титану, титанового сплаву (TAV) або зі сталі. Багатовекторний дистракційний апарат дає змогу проводити незалежно видовження тіла та гілок нижньої щелепи. Оскільки дистракційний механізм знаходиться ззовні (безпосередньо над шкірою), корегувати напрямок руху кісткових сегментів у трьох напрямках та встановлювати вектор дистракції можна в ранньому післяопераційному періоді. Зовнішні дистракційні апарати дозволяють чітко та контрольовано переміщувати кістки обличчя у пацієнтів з протипоказаннями до встановлення внутрішніх якісних апаратів. Перш за все, це пацієнти молодшої вікової групи з незавершеною осифікацією скелетних кісток та змінним прикусом. Процес фіксації та видалення зовнішніх дистракторів є порівняно легшим та швидшим.

Дистракційні апарати зовнішнього типу фіксуються до кісток обличчя та черепа. Як правило, до складу приладу входить зовнішня лицева дуга, вертикальні та горизонтальні стрижні, фіксаційні гвинти, пластини для верхньої щелепи та вилочні кісток. За допомогою спиць поєднуються внутрішні та зовнішні компоненти системи. Штифти фіксуються до лицевої дуги та латерально до кісток черепа. Дистрактор попередньо збирають перед

приміркою. Лицева дуга, вертикальні та горизонтальні стрижні збирають у єдину конструкцію та фіксують за допомогою гвинтів. Для здійснення переміщення за ЛеФор I та II горизонтальні та вертикальні стрижні фіксуються на рівні верхньої щелепи. Для переміщення кісток за ЛеФор III або моноблокового переміщення горизонтальні та вертикальні стрижні фіксуються на рівні виличних кісток та нижнього краю глазиці, а також на рівні верхньої щелепи. Сьогодні більшість пацієнтів з діагнозом незрощення губи та/або піднебіння направляються на операцію хейлоураностафілопластики у ранньому віковому періоді. Ускладненням такої процедури є поява рубцю, що в подальшому стає значним обмежуючим фактором росту верхньої щелепи. Зазначена патологія складно підлягає корекції хірургічними методами. Ортогнатична хірургія дає можливість подовжити або розширити верхню щелепу до 8 мм, дистракційний остеогенез дозволяє успішно здійснити корекцію більш ніж на 10 мм.

Післяопераційний догляд. Включає гігієнічний догляд за порожниною рота, антисептичну обробку по ходу зовнішніх штифтів (для зовнішніх пристроїв), та ретельний гігієнічний догляд за внутрішньоротовими елементами. Призначається дієта, у перші дні тільки рідка їжа, згодом, в залежності від ступеню стабільності, перехід на дієту. Кожні 3 дні пацієнт з'являється на контрольний огляд. Обов'язковий рентген-контроль (ТРГ та ОПГ) проводиться через 7 днів, 14 днів, 30 днів та 60 днів після операції. Пацієнт отримує активаційний пристрій та графік активацій (в залежності від віку становить 0,5 – 1,0 мм на добу), а також заводить щоденник активацій.

Висновки. Як свідчить аналіз літературної інформації, наявність існуючого арсеналу дистракційних пристроїв дозволяє рекомендувати метод дистракційного остеогенезу до широкого впровадження у практику ортодонції та ортогнатичної хірургії. Наявність існуючого арсеналу дистракційних пристроїв (нижньо- та верхньощелепних, внутрішньо- та позаротових, одно- та багатовекторних) дозволяє проводити широкий спектр реконструктивних втручань у щелепно-лицевій ділянці при наявності зубо-щелепних деформацій. Переваги методу дистракційного остеогенезу свідчать про можливість порівняно швидкого та стабільного усунення ортогнатичних деформацій при залученні перед- і післяопераційного ортодонтичного супроводження. Широкий спектр дистракційних апаратів на ринку медичного обладнання дозволяє впроваджувати метод дистракційного остеогенезу у практику ортодонтів та хірургів.

Література

1. Al Ruhaimi K.A. Comparison of different distraction rates in the mandible: An experimental investigation. // International Journal Oral Maxillofacial Surgery. – 2001. -№ 30. – P.220.
2. Aojanepong C., Ozerdem O.R., Losken H.W. Shortening of mandibular linear distance with multivector distraction. // J. Craniofac. Surg. – 2001. - №12(5). – P.505-14.
3. Arun T., Kayhan F., Kiziltan M. Treatment of condylar hypoplasia with distraction osteogenesis: a report. // Angle Orthodontics.- 2002. - №72 (4). – P. 371 – 376.
4. Ayoub A.F. et. al. Response of patients and families to lengthening of the facial bones by extra oral distraction osteogenesis: A review of 14 patients. // British journal of Oral and Maxillofacial Surgery. – 2002. - № 40. – P. 397– 405.
5. Buchman S.R., Ignelzi M.A. Jr, Radu C., Wilensky J., Rosenthal A.H.,

Tong S.T., Goldstein S.A. Unique rodent model of distraction osteogenesis of the mandible. // *Annals of Plastic Surgery*. – 2002. -№ 49 (5). – P. 511 – 519.

6. Cavaliere C.M., Bucham S.R. Mandibular distraction in the absence of an ascending ramus and condyle. // *Journal of craniofacial Surgery*. – 2002. - № 13 (4). – P. 527 – 32.

7. Hollier L.H., Rowe N.M., Mackool R.J., Williams J.K., Kim J.H., Longaker M.T., Grayson B.H., McCarthy J.G. Controlled multiplanar distraction of the mandible. Part III: Laboratory studies of sagittal (anteroposterior) and horizontal (mediolateral) movements. // *J. Craniofac. Surg.* – 2000. - №11(2). – P.83-95.

8. Hu J. et. al. Differences in mandibular distraction osteogenesis after corticotomy and osteotomy. // *International Journal of Orasl Maxillofacial Surgery*. – 2002. - №31. – P.185-189.

9. Hukki J., Karaharju-Suvanto T., Hurmerinta K., Sahlin P. Pinhole osteotomy in distraction osteogenesis – a technical note. // *Journal of Craniomaxillofacial Surgery*.- 2002. - № 30 (3). – P. 144-7.

М.С.Дрогомирецкая, М.К.Билоус

Использование метода дистракционного остеогенеза в ортодонтии

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л.Шупика

Введение. Деформации челюстно-лицевой области относятся к наиболее сложным проблемам челюстно-лицевой хирургии [J.G. McCarthy et al., 1992; K. Izadi, 2003; D.L. Mandell, 2004; D. Steinbacher, 2005]. Дистракционный остеогенез дает уникальную возможность одновременно исправить дефицит как твердых так и мягких тканей. В прошлом большинство деформаций нижней челюсти и средней зоны лица требовали использования сложных методов реконструкции, часто костной аугментации. Дистракционный остеогенез является альтернативой костной аугментации.

Цель. Определить и разработать возрастные показания к использованию разных методик дистракционного остеогенеза, определить алгоритм комплексного лечения.

Материалы и методы. Профильные литературные публикации касательно дистракционного остеогенеза за последние 10 лет, рекомендации Association of Osteosynthesis (AO/ASIF, Switzerland).

Результаты. Многоцелевая методика дистракционного остеогенеза позволяет производить контролируемое моделирование костных структур и мягких тканей без использования костных заменителей или трансплантантов.

Ключевые слова: дистракционный остеогенез, дистрактор, ортогнатия.

М. Drohomyretska, M. Bilous

Distraction Osteogenesis in Orthodontics

Shupyk National Academy of Postgraduate Education

Introduction. It is known [J.G. McCarthy et al., 1992; K. Izadi, 2003; D.L. Mandell, 2004; D. Steinbacher, 2005] that Distraction Osteogenesis (DO) is an up-to-date method of correction of maxillo- facial deformities, a technique of bone lengthening which utilizes the body's natural healing mechanism to generate new bone. DO allows to gain bone in the distraction gap so that bone grafting can be avoided.

ОГЛЯДИ

The aim of our work was to observe potentialities of Distraction Osteogenesis by example of distractors – products of world known leaders in development and producing distractors.

Material and methods. We studied literature publications dedicated to DO (for the latest 10 years), AOVASIF recommendations.

Results and conclusions. According to literature analysis, existing range of Distractors (Intra- and Extraoral, Single- and Multi Vector, for Craniofacial region, Alveolar ridge and Mandible) allows to provide wide spectrum of reconstructive procedures (ramus lengthening, symphysis widening, LeFort I advancement, LeFort III midface advancement, vertical bone lengthening of the alveolar ridge, correction of skeletal malocclusion, etc.). We emphasized the advantages of this method: no donor site morbidity, starts as early as infancy and is also used in childhood and adolescence (into adulthood), reduced incidence of postoperative relapse, convenience, minimal hospitalization, results are apparent early (up to 3 month), greater advancements can be achieved (> 10mm), gradual lengthening of soft tissue. This allows recommending Distraction Osteogenesis as a surgical technique into wide practice of maxillo- facial and orthognatic surgery.

Key words: distraction osteogenesis, distractor, orthognatic surgery.

Відомості про авторів:

Дрогомирцька Мирослава Стефанівна – завідувача кафедри ортодонції Інституту стоматології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. Адреса: Київ, вул. Пимоненка, 10-а, тел.: (044) 353-02-12.

Білоус Марина Костянтинівна – аспірант кафедри ортодонції Інституту стоматології НМАПО імені П.Л. Шупика. Адреса: Київ, вул. Пимоненка, 10-а, тел.: (044) 353-02-12.

УДК 616-089;617.5

© М.В. МАКСИМЕНКО, 2015

М.В. Максименко

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ КИШКІВНИКА

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,

Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги

Вступ. Лікування гострих судинних захворювань кишківника, не дивлячись на тривалий історичний шлях існування даної проблеми, і надалі залишається однією з найскладніших проблем не лише хірургії захворювань органів черевної порожнини, але й інших органів та систем. В даній статті розглянуто сучасні підходи до діагностики та хірургічного лікування гострих судинних захворювань кишківника.

Ключові слова: захворювання, гостра судинна недостатність кишківника (ГСНК), атеросклероз, тромбоз, швидкість кровотоку, контраст, ангиографія, комп'ютерна томографія.

Вступ. Перше повідомлення про ушкодження верхньої брижової артерії було зроблено Деспре в 1834 році на засіданні Паризького анатомічного товариства, а вже у 1843 році Tiedemann дав перше клінічне описання даної патології. Дана проблема поступово привертала увагу науковців і вже в 1875 г. Faber навів приклад 21 спостереження оклюзії брижових судин. За