

**3'2005**

ISSN 1684-7903

***БУКОВИНСЬКИЙ  
МЕДИЧНИЙ  
ВІСНИК***

**3'2005**

**ЧЕРНІВЦІ**

УДК 616.33-073

А.М.Братасюк, І.В.Чопей

**ЕНДОСКОПІЧНА ВНУТРІШНЬОШЛУНКОВА ТОПОГРАФІЧНА  
ТЕРМОМЕТРІЯ І ЇЇ ЗНАЧЕННЯ**

Кафедра терапії та сімейної медицини (зав. – проф. І.В.Чопей) факультету післядипломної освіти  
Ужгородського національного університету  
Центр сімейної медицини Ужгородського національного університету (директор – проф. І.В.Чопей)

**Резюме.** Стаття присвячена проблемі змін температури шлунка в людей літнього і старечого віку та впливу даного фактору на виникнення виразкових уражень.

**Ключові слова:** топографічна термометрія, літній та старечий вік.

**Вступ.** Як відомо, кровообіг у слизовій шлунка може бути оцінений за температурним показником. На сьогоднішній день існує багато методів визначення кровообігу в шлунку. Один із них – це внутрішньошлункова термометрія. В умовах клініки кровообіг у стінці шлунка оцінюється в основному за температурними показниками. Ми використовували метод прищільної термометрії, коли з допомогою езофагогастродуоденоскопа (ЕГДС) вимірюється температура практично будь-якої ділянки слизової шлунка [1,2].

Однак пов'язувати температуру шлунка лише з кровообігом неправильно, оскільки виділення та поглинання тепла зумовлене не тільки током крові, але й роботою залоз та м'язів органа. Тому ми повинні зважати на те, що температура шлунка відображає лише ступінь врівноваженості цих процесів на даній ділянці слизової оболонки. Температура судин як під час зміни рН шлунка, так і шлункових скорочень змінюється мало, що говорить на користь постійного термоутворення в стінці шлунка [2,3].

Для верифікації діагнозу шлункових захворювань також має значення безпосереднє вимірювання температури слизової оболонки шлунка та підвищення температури, що є одним із класичних симптомів запального процесу, і може свідчити про наявність запального процесу слизової оболонки шлунка.

Використання топографічної термометрії шлунка дає нам більш повну картину стану слизової оболонки, ніж використання того чи іншого метода поокремо, що значно підвищує якість лікування шлункової патології.

**Мета дослідження.** Вивчити пристінкову, топографічну внутрішньошлункову температуру в осіб літнього та старечого віку з ураженням шлунка.

**Матеріал і методи.** Для досягнення мети нами було обстежено 25 осіб віком від 60 до 82 років, хворих на виразкову хворобу шлунка (ВХШ). Усім пацієнтам проводили загальноприйнятні клінічні та лабораторні дослідження. Для визначення пристінкової, топографічної температури шлунка всім хворим було проведено езофагогастродуоденофіброскопію із внутрішньошлунковим прищільним вимірюванням температури.

**Результати дослідження та їх обговорення.** За даними літератури, температура слизової оболонки шлунка здорової людини вище аксиллярної в середньому на  $0,52^{\circ}\text{C}$  і коливається в пілорусі від  $37,18$  до  $37,24^{\circ}\text{C}$ , в антрумі – від  $37,19$  до  $37,21^{\circ}\text{C}$ , у тілі шлунка – від  $37,17$  до  $37,20^{\circ}\text{C}$ , у субкардіальному – від  $37,15$  до  $37,19^{\circ}\text{C}$  і кардіальному відділі – від  $37,08$  до  $37,12^{\circ}\text{C}$  [1,2].

Таким чином, внутрішньошлункова температура поверхні слизової оболонки в здорових однакова в різних відділах шлунка, поступово знижується від антрально-пілоричного відділу до тіла шлунка. Слід звернути увагу на те, що на висоті перистолі шлунка відмічається зниження температури на  $0,1-0,3^{\circ}$  (іноді на  $0,5^{\circ}$ ), причому більш виражене в проксимальних відділах шлунка, ніж на виході [2].

Внутрішньошлункова температура слизової оболонки при виразкових процесах залежить не тільки від характеру виразки, але й місця реєстрації температури (виразка, її зона чи на відстані), а також від ступеня вираженості запальної реакції. При загостренні ВХШ на дні виразки температура коливалась у межах  $36,8-37,2^{\circ}$ , на краю – від  $37,3$  до  $38,6^{\circ}$ , на відстані 1 см від виразкового дефекту – від  $36,5$  до  $36,9^{\circ}$  і на відстані 2 см від неї – від  $36,4$  до  $36,7^{\circ}$ . У стадії затухання на дні температура коливалась у межах  $36,4 - 36,8^{\circ}$ , на краю – від  $37,2$  до  $37,6^{\circ}$ , на відстані 1 см від виразкового дефекту – від  $36,4$  до  $36,7^{\circ}$ , і на відстані 2 см від неї – від  $36,4$  до  $36,6^{\circ}$ . Чим коротший виразковий анамнез, тим гостріший виразковий процес, тим вища температура та її коливання в різних відділах шлунка [1].

Є дані про те, що внутрішньошлункова температура слизової оболонки шлунка змінюється залежно від кислотоутворювальної функції шлунка. Так, у людей із підвищеною кислотоутворювальною функцією шлунка має місце підвищення температури шлунка [1,2].

Особливий інтерес викликає вивчення функцій кровопостачання в людей літнього та старечого віку з виразковими ураженнями шлунка. З приводу генезу цих виразок, крім всіх інших, можна припустити виникнення виразок в осіб літнього та старечого віку на фоні вираженого атеросклерозу й останній розглядати як патогенетичний фактор. Тому всебічне вивчення цього

питання викликає особливий інтерес у плані патогенетичного лікування в осіб цієї вікової групи [3].

За даними обстеження 25 хворих на виразкову хворобу віком від 60 до 82 років у 12 із них була класична форма виразкової хвороби, яка розпочалася ще в молодому віці, і в 13 – виявлена в літньому віці. У групі осіб зі старими виразками шлунка за відсутності ускладнень внутрішньошлункова температура практично не відрізнялася від такої у хворих на ВХШ молодого та середнього віку. Між тим у всіх 13 пацієнтів із старими виразками шлунка пристінкова температура була вірогідно знижена як у період виразкового дефекту, так і в період рубцювання і коливалася в середньому в таких межах: у пілорусі – від 36,62 до 36,83°, в антрумі – від 36,55 до 36,60°, у тілі – від 35,82 до 35,76°, у субкардіальному відділі – від 35,45 до 35,54° і кардіальному відділі шлунка – від 35,43 до 35,49°. Слід наголосити, що пристінкова температура шлунка у хворих цього віку в зоні виразки була нижчою, ніж у молодих хворих.

#### Висновки

1. Ендоскопічне вимірювання температури шлунка дає нам можливість прицільно, під котро-

лем зору провести вимірювання температури слизової оболонки шлунка в різних його відділах.

2. Прицільне вимірювання температури поверхні слизової оболонки шлунка у здорових показало суттєве коливання в різних відділах шлунка.

3. У хворих на виразкову хворобу шлунка за відсутності ускладнень характерно підвищення пристінкової температури у всіх відділах шлунка.

4. Додаткова маніпуляція незначно подовжує час проведення ендоскопії, але дає нам більш повну картину стану шлунка.

#### Література

1. Майоров В.М. Топографическая термометрия желудка // Клини.мед. – 1973. – Т. 51, №6. – С.86-90.
2. Горосян А.А. Термометрия желудка // Лаб. дело. – 1971. – №5. – С. 292-294.
3. Garcia Rodrigues L.A. Variability in risk of gastrointestinal complications with different nonsteroidal antiinflammatory drugs // Am. J. of Med. – 1998. – Vol.104 (3A). – P. 30-34.

### ENDOSCOPIC INTRAGASTRIC TOPOGRAPHIC THERMOMETRY AND ITS IMPORTANCE

*A.M.Bratasiuk, I.V.Chopei*

**Abstract.** The paper deals with the problem of changes of the gastric temperature in persons of elderly and senile age and the impact of this factor on the onset of ulcerous lesions.

**Key words:** topographic thermometry, elderly and senile age.

National University (Uzhgorod)

Buk. Med. Herald. – 2005. – Vol.9, №3. – P.69-70

Надійшла до редакції 31.03.2005 року

УДК 616. 71/ 74-002.3 – 089.48

*А.Р.Вергун, Аль Зару Фаваз, О.М.Вергун*

### ДЕЯКІ ПИТАННЯ КЛАСИФІКАЦІЇ ПАСИВНОГО ДРЕНУВАННЯ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ М'ЯКИХ ТКАНИН: ПОГЛЯДИ НА ПРОБЛЕМУ

Кафедра поліклінічної справи і сімейної медицини (зав. – проф. С.Я.Склярів)  
Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького

**Резюме.** У статті наведено результати аналізу амбулаторних карт 1348 хворих, віком 8-97 років, оперованих за 5-річний період у хірургічному відділенні 2-ї міської поліклініки з приводу гострих гнійно-некротичних захворювань м'яких тканин. Вивчено варіанти пасивного дренивання в амбулаторній гнійній хірургії. Запропоновано модифікацію класифікації пасивного дренивання. В амбулаторній практиці проводиться хірургічне лікування численних нозологічних форм гнійно-некротичних захворювань м'яких тканин. Завдання лікаря-хірурга застосувати найбільш раціона-

льні та ефективні заходи для ліквідації гнійного запалення. Оптимізація вибору методу дренивання за різних нозологічних форм та локалізації гнійно-некротичного процесу є однією з необхідних умов швидкого і сприятливого перебігу захворювання, прискорення загоєння ран, профілактики виникнення ускладнень.

**Ключові слова:** гострі гнійно-некротичні захворювання, хірургічне лікування, варіанти пасивного дренивання.