

читання”, XXII з’їзд хірургів України. — Вінниця, 2010. — Том 2. — С. 22.

4. Лурін І.А. Результати лікування хворих на внутрішній геморої / І.А. Лурін, А.А. Шудрак, Є.В. Цема та ін. // Збірник наукових праць головного військово-медичного клінічного центру “ГВКГ” МО України “Сучасні аспекти військової медицини”. — К., 2009. — Випуск 14. — С. 177—184.

5. Мішалов В.Г. Порівняльний аналіз функціональних результатів малоінвазивного лікування хворих з хронічним внутрішнім гемороєм з використанням інфрачервоної фотокоагуляції / В.Г. Мішалов, Є.В. Цема // Хірургія України. — 2009. — № 1. — С. 80—85.

6. Мішалов В.Г. Хірургічне лікування геморою / В.Г. Мішалов, В.А. Діброва, Є.В. Цема // Хірургія України. — 2008. — № 3. — С. 67—86.

Науковий рецензент доктор медичних наук, професор Заруцький Я.Л.

УДК 616.366-003.7-085-089.12:616.1

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЖОВЧНОКАМ’ЯНУ ХВОРОБУ З СУПУТНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

О.М. Литвиненко, доктор медичних наук, провідний науковий співробітник відділу хірургії печінки, підшлункової залози та лапароскопічної хірургії Національного інституту хірургії і трансплантології ім. О.О.Шалімова НАМН України

О.В. Федосенко, лікар-хірург хірургічного відділення КМКЛ №3

Резюме. В статті наведені результати лікування 151 хворого на жовчнокам’яну хворобу з супутньою патологією серцево-судинної системи. У контрольну групу увійшли 73 хворих, які були проліковані без застосування розробленого діагностично-лікувального алгоритму лікування хворих на жовчнокам’яну хворобу з супутньою патологією серцево-судинної системи. До дослідної групи увійшли 78 хворих, які були проліковані із застосуванням розробленого діагностично-лікувального алгоритму лікування хворих на жовчнокам’яну хворобу з супутньою патологією серцево-судинної системи. Хворим була виконана лапароскопічна холецистектомія з застосуванням методу електричного зварювання біологічних тканин.

Ключові слова: жовчнокам’яна хвороба, захворювання серцево-судинної системи, хірургічне лікування, електричне зварювання біологічних тканин.

Вступ. Жовчнокам’яна хвороба (ЖКХ) зустрічається у 3-20% світової популяції. Данні перепису вказують, що з 1995 року відсоток населення віком 65 років і старше, 75 років і старше, 85 років і старше з 12,8%, 5,6% та 1,4% зростає відповідно до 15%, 6,8% та 2% в 2020 році [5]. Холецистектомія залишається найбільш ефективним способом лікування при симптоматичному лікуванні жовчнокам’яної хвороби. За час, що пройшов з моменту впровадження ЛХЕ (лапарохолецистектомії), цей метод повністю замінив традиційну відкриту холецистектомію, це підтверджується тим, що в 75-95% усіх холецистектомій, у наш час, виконується з мінімальним хірургічним

втручанням і цій метод більш розповсюджується [6] Головною причиною пролонгації стаціонарного лікування після ЛХЕ у літніх хворих є супутні захворювання [1, 2]. Частота ЖКХ та пов’язаних з нею ускладнень зростає з віком. Біліарні камені визначаються у 80% пацієнтів старше 90 років [7]. Це пояснюється тим, що літні пацієнти із ускладненою ЖКХ звертаються пізніше при вираженій появі симптомів. Крім того, багатьом літнім хворим з відомою жовчнокам’яною хворобою не було запропоновано хірургічне лікування, поки не розвивалися ускладнення. Ця затримка призводила не лише до збільшення частоти

конверсії, але і до збільшення періопераційної захворюваності та подовження стаціонарного перебування [8]. Мінінвазивна хірургія відстоювалася, як засіб скорочення стаціонарного перебування та зменшення захворюваності і летальності. Насьогодні холецистектомія є найпоширенішою лапароскопічною операцією у літніх пацієнтів. Проте, деякі клінічні лікарі неохоче пропонують лапароскопічні операції літнім хворим з серцево-легеневими захворюваннями і літній вік вважають незалежним фактором ризику післяопераційної захворюваності і летальності. Проте, як ретроспективно, так і проспективно при лапароскопічній холецистектомії визначається коротший термін стаціонарного перебування та менша кількість післяопераційних ускладнень, чим при відкритій холецистектомії. Поширення лапароскопічних технологій в останнє десятиріччя ХХ сторіччя дало поштовх розвитку нових методів гемостазу, як одного з гарантів успішного виконання ендовідеохірургічних оперативних втручань. Одним з таких методів є метод електричного зварювання біологічних тканин [3, 4]. В основі методу електрозварювання лежить використання термічної енергії, внаслідок впливу якої відбуваються локальна коагуляція і денатурація зварюваних тканин. При припиненні електротермовпливу між зварюваними структурами утворюється коагуляційна сітка, за участю якої і відбувається їх адгезія. В останнє десятиріччя цей метод широко застосовується при виконанні лапароскопічної холецистектомії.

Мета роботи. Покращити результати хірургічного лікування хворих на жовчнокам'яну хворобу з супутніми захворюваннями серцево-судинної системи шляхом розробки уніфікованої схеми хірургічної тактики та методів періопераційної терапії.

Матеріал та методи дослідження. В основу роботи покладені результати обстеження та лікування 151 хворого на жовчнокам'яну хворобу з супутніми захворюваннями серцево-судинної системи.

До дослідної групи увійшли 78 хворих, які були проліковані із застосуванням розробленого діагностично-лікувального алгоритму лікування. Хворим була виконана лапароскопічна холецистектомія з використанням методу електричного зварювання біологічних тканин. До групи порівняння увійшли 73 хворих, які були проліковані без застосування розробленого діагностично-лікувального алгоритму. Запропонований діагностично-лікувальний алгоритм спрямований на поліпшення результатів хірургічного лікування та зменшення післяопераційних ускладнень.

Результати дослідження та їх обговорення. В основу проведеного дослідження покладено результати лікування 151 хворого, які були госпіталізовані до Національного Інституту хірургії та трансплантології ім. О.О.Шалімова з діагнозом “жовчнокам'яна хвороба” та в подальшому оперовані. Серед хворих було 117 жінок (77,5%) та 34 чоловіки (22,5%), середній вік - 67,2 роки. З приводу хронічного калькульозного холециститу були оперовані 80 хворих (53,0%), гострого калькульозного холециститу - 71 хворий (47%). Серед пацієнтів з гострим калькульозним холециститом 51 (33,8%) оперовані з приводу гострого калькульозного флегмонозного холециститу та 20 (13,25%) з приводу гострого калькульозного гангренозного (перфоративного) холециститу. У кожного хворого діагностовано від 2 до 5 супутніх захворювань серцево-судинної системи.

До досліджуваної групи увійшли 78(51,7%) хворих, які були проліковані із застосуванням розробленого діагностично-лікувального алгоритму лікування хворих на жовчнокам'яну хворобу з супутніми захворюваннями серцево-судинної системи. Серед хворих цієї групи було 60(76,9%) жінок та 18(23,1%) чоловіків. Вік хворих - від 61 до 84 років, середній вік 68,7 років. Аналіз показників та структура захворювань серцево-судинної системи хворих дослідної групи представлені в табл.1

Таблиця 1

Аналіз показників та структура патології серцево-судинної системи хворих досліджуваної групи

п/п	Назва показника	Хрон. холец.		Гостр. хол.		Разом	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	Стать: жінки	35	44,9	25	32,0	60	76,9
	чоловіки	7	8,9	11	14,1	18	23,0
	разом	42	53,8	36	46,2	78	100
2	Вік: жінки (середнє значення)	68,0		69,5		68,6	
	чоловіки (середнє значення)	65,9		70,7		68,3	
3	Форма холециститу: хронічний	42		-		42	53,8
	флегмонозний	-		22		22	28,2
	гангренозний(перфоративний)	-		14		14	17,0
Супутня патологія							
4	ІХС	40	51,3	34	43,6	74	94,9
	в т.ч. Постінфарктний кардіосклероз	9	11,5	12	15,4	21	26,9
	Стенокардія напруження ФК II-III	14	17,9	8	10,3	22	28,2
5	Гіпертонічна хвороба II ст.	25	32,1	20	25,6	45	57,7
6	Гіпертонічна хвороба III ст.	11	14,1	9	11,5	20	25,6
7	Фібриляція передсердь	13	16,7	9	11,5	22	28,2
8	Екстрасистолічна аритмія	3	3,8	2	2,6	5	6,4
9	Вади серця	4	5,1	3	3,8	7	8,9
10	АВ блокада II-III ст.	2	2,6	2	2,6	4	5,1
11	Повна АВ-блокада. ШВРС	-	-	4	5,1	4	5,1
12	Стан після АКШ	-	-	3	3,8	3	3,8
13	Стан після ГПМК	4	5,1	3	3,8	7	8,9
14	Стан після протезування клапанів та стентування коронарних артерій	-	-	3	3,8	3	3,8

До групи порівняння увійшли 73 (48,3%) хворих, які були проліковані без застосування розробленого діагностично-лікувального алгоритму лікування хворих на жовчнокам'яну хворобу з супутньою патологією серцево-судинної системи. Серед хворих цієї групи було 57 (78,1%) жінок та 16 (21,9%) чоловіків. Вік хворих - від 51 до 80 років, середній вік 65,6 років. Аналіз показників та структура патології серцево-судинної системи хворих контрольної групи представлені в таблиці 2.

Всі хворі були обстежені відповідно до обов'язкового обсягу клініко-інструментальних обстежень: збирання скарг хворого, анамнезу захворювання, фізикальне обстеження, загальні аналізи крові і сечі, визначення групи крові, біохімічне обстеження крові, коагулограма, ультразвукове обстеження органів черевної порожнини, ЕКГ, рентгенографія органів грудної порожнини, езофагогастродуодено-

скопю. Для хворих дослідної групи був розроблений діагностично-лікувальний алгоритм обстеження хворих на жовчнокам'яну хворобу з супутньою патологією серцево-судинної системи (рис 1.).

Відповідно нього хворим обов'язково проводилось ехокардіографічне обстеження, хворі були оглянуті кардіологом, анестезіологом. Після оцінки соматичного статусу за класифікацією ASA 120 (79,5%) хворих були віднесені до III ступеню ризику, 31 хворий (20,5%) хворих були віднесені до IV ступеню ризику. Хронічна серцева недостатність II-III стадії діагностована у 122 хворих (80,8%), варіант ХСН з систолічною дисфункцією лівого шлуночка (ФВ<40%) діагностований у 29 хворих (19,2%), з них 21 (26,9%) хворий в дослідній групі. Після корекції порушень серцево-судинної системи всім хворим була виконана лапароскопічна холецистектомія. Всім

Аналіз показників та структура патології серцево-судинної системи хворих групи порівняння

п/п	Назва показника	Хрон. холец.		Гостр. хол.		Разом	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	Стать: жінки	29	39,7	28	38,3	57	78,0
	чоловіки	9	12,3	7	9,6	16	21,9
	разом	38	52,1	35	47,9	73	100
2	Вік: жінки (середнє значення)	64,8		66,3		65,6	
	чоловіки (середнє значення)	65,6		66,0		65,8	
3	Форма холециститу: хронічний	38		-		38	52,0
	флегмонозний			29		29	39,7
	гангренозний(перфоративний)			6		6	8,2
Супутня патологія							
4	ІХС	36	49,3	33	45,2	69	94,5
	в т.ч. Постінфарктний кардіосклероз	8	10,9	8	10,9	16	21,9
	Стенокардія напруження ФК II-III	11	15,0	8	10,0	19	26,0
5	Гіпертонічна хвороба II ст..	29	39,7	19	26,0	48	65,7
6	Гіпертонічна хвороба III ст.	4	5,5	8	10,9	12	16,4
7	Фібриляція передсердь	7	9,6	9	12,3	16	21,9
8	Екстрасистолічна аритмія	1	1,4	2	2,7	3	4,1
9	Вади серця	2	2,7	3	4,1	5	6,8
10	АВ блокада II-III ст.	1	1,4	2	2,7	3	4,1
11	Повна АВ-блокада. ШВРС	-		-		-	
12	Стан після АКШ	-		-		-	
13	Стан після ГПМК	1	1,4	1	1,4	2	2,7
14	Стан після протезування клапанів та стентування коронарних артерій	1	1,4	2	2,7	3	4,1

хворим дослідної групи під час операції застосований метод електричного зварювання біологічних тканин. Цей елемент операції здійснювали шляхом поперечного стиснення міхурової протоки та артерії спеціальним зварювальним затискачем, через який пропускали електричний струм заданих характеристик для гемостазу ложа жовчного міхура. У 6-ти хворих, у зв'язку з неможливістю адекватної корекції декомпенсованої серцево-судинної патології та наростанням клінічних проявів гострого деструктивного холециститу, була виконана холецистостомія під контролем УЗД. В подальшому, 4-ом хворим після корекції порушень серцево-судинної системи, через 4-5 діб була виконана лапароскопічна холецистектомія, двоє хворих виписано після ліквідації гострого запалення жовчного міхура для подальшого лікування захворювань

серцево-судинної системи. В дослідній групі 42 (53,8%) хворих були оперовані з приводу хронічного калькульозного холециститу, 36 (46,2%) - з приводу гострого калькульозного холециститу. Кількість хворих з гострим гангренозним (перфоративним) холециститом в контрольній групі складала 6 (8,2%), в дослідній групі – 14 (18,0%). Хворим, які відносяться до III групи за ASA була виконана лапароскопічна холецистектомія після доопераційного моніторингу стану компенсації захворювань серцево-судинної системи протягом доби. Оперативне втручання проводилося при зниженому тиску в черевній порожнині (7-9 мм рт.ст.). Конверсії були виконані у 2 (2,6%) хворих дослідної групи та у 4 (5,5%) хворих групи порівняння. Причинами конверсії була неможливість диференціювання анатомічних структур в ділянці шийки жовчного міхура та гепатодуоденальної зв'язки.

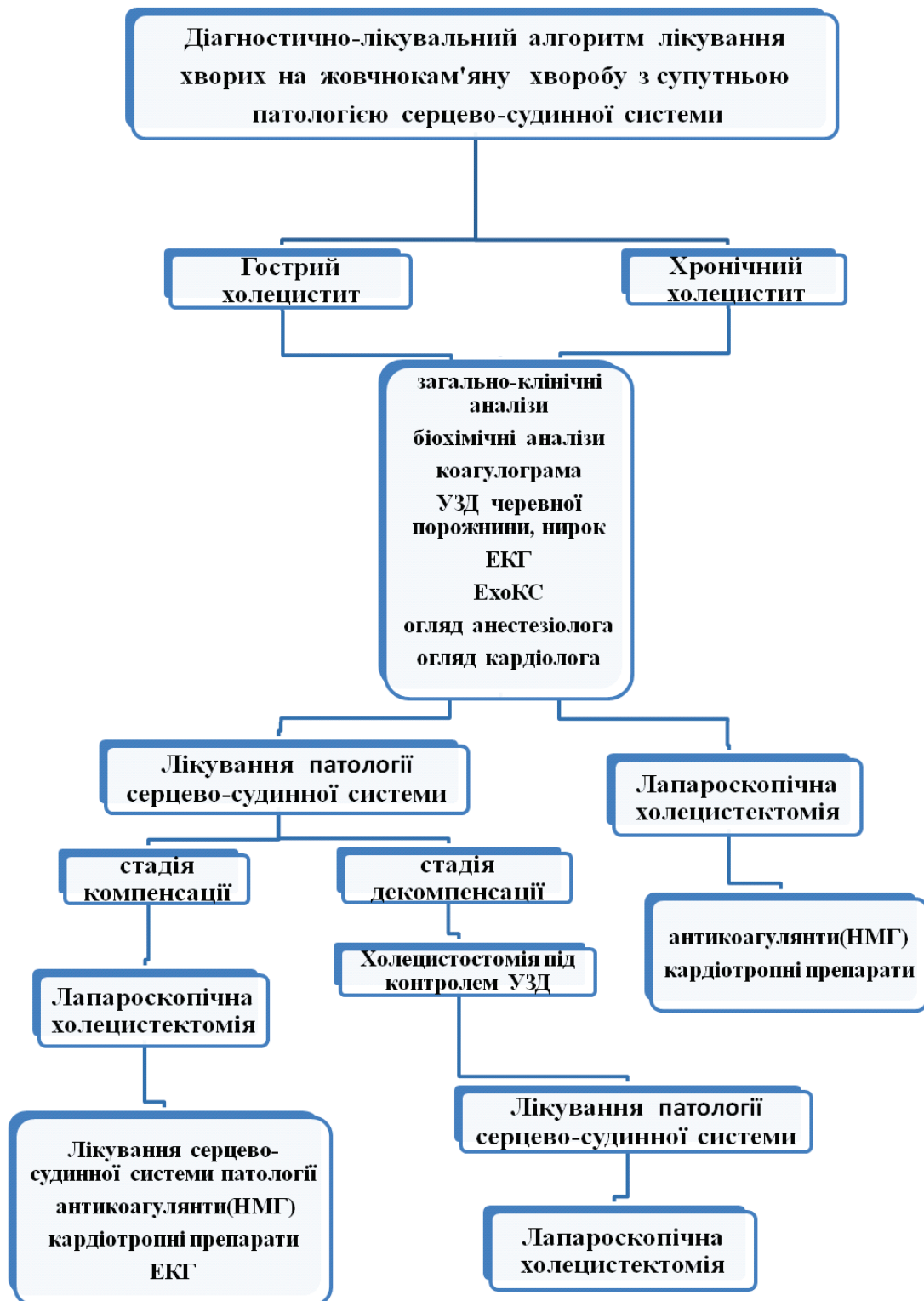


Рис. 1. Діагностично-лікувальна схема обстеження хворих на жовчнокам'яну хворобу з супутньою патологією серцево-судинної системи

Інтраопераційних ускладнень не було. В групі порівняння ранні післяопераційні ускладнення виникли у 4 пацієнтів: виділення жовчі з дренажу у 2 хворих, виділення крові з дренажу у 2 хворих. Виділення жовчі самостійно припинилось на 3-4 добу, кровотеча була незначною, не привела до гемодинамічних змін та припинилася на першу та другу добу відповідно. В дослідній групі ранні післяопераційні ускладнення виникли у 3 пацієнтів: виділення жовчі з дренажу у 1 пацієнта, виділення крові з дренажу у

1 пацієнта, гематома підпечінкового простору у 1 пацієнта. Виділення жовчі самостійно припинилось на 4 добу, кровотеча була незначною, не привела до гемодинамічних змін та припинилася на першу добу. Гематома підпечінкового простору була діагностована за допомогою УЗД на 1-у добу після операції та ліквідована методом пункції. Ускладнень у віддаленому післяопераційному періоді виявлено не було. Структура післяопераційних ускладнень, що пов'язані з патологією серцево-судинної системи представлена в таблиці 3.

Таблиця 3

Структура післяопераційних ускладнень, що пов'язані з захворюваннями серцево-судинної системи

п/п	Післяопераційні ускладнення	група порівняння		дослідна група	
		кільк.	%	кільк.	%
1	Ішемія міокарда(по даним ЕКГ)	18	24,7	15	19,2
2	Пароксизм МА	2	2,7	1	1,3
3	Виникнення екстрасистолії	3	4,1	1	1,3
4	А-В блокада	5	6,9	4	5,1
5	Гостре порушення корон.кровобігу з Q	1	1,4	-	-
6	Гостре порушення корон.кровобігу без Q	3	4,1	-	-

Середня тривалість лікування в контрольній групі - 9,3 ліжко-дня, у дослідній групі - 7,4 ліжко-дня($p>0,05$). Середня тривалість післяопераційного періоду в групі порівняння - 6,3 ліжко-дня, у дослідній групі - 3,9 ліжко-дня($p>0,05$). Всі хворі з штучним водієм ритму серця оперовані з приводу гострого калькульозного холециститу. Під час операції цим пацієнтам був застосований метод електричного зварювання біологічних тканин. В післяопераційному періоді у пацієнтів з штучним водієм ритму серця клінічних проявів погіршення стану серцево-судинної системи не виявлено. Ці пацієнти були виписані в задовільному стані на 5-6 добу.

Література

1. Алиев С. А. Особенности клиники и тактики хирургического лечения острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста / С. А. Алиев // Хирургия. - 1998. - №4. - С.25-29.
2. Васильев В.В. Варианты хирургического лечения острого холецистита у больных с высоким операционным риском / В. В. Васильев // Вопросы общей и частной хирургии. - 2007. - №2. - С.31-34.

Висновки

1. Використання в лікуванні хворих на жовчнокам'яну хворобу з супутніми захворюваннями серцево-судинної системи уніфікованої схеми хірургічної тактики та методів періопераційної терапії порушень серцево-судинної системи дає можливість скоротити середню тривалість стаціонарного лікування та уникнути летальних наслідків.

2. Застосування під час операції методу електричного зварювання біологічних тканин дозволяє знизити вірогідність кровотечі та кількість післяопераційних ускладнень.

3. Метод електрозварювання біологічних тканин під час виконання лапароскопічних втручань на органах гепатопанкреато-дуоденальної зони / М. Ю. Ничитайло, О. М. Литвиненко, В. В. Чорний [та ін.] // Клінічна хірургія. - 2008. - № 8. - С. 37-39.

4. Экспериментальное обоснование применения метода электросварки биологических тканей в хирургической гепеатологии / Ю. А. Фур-

манов, М. Е. Ничитайло, А. Н. Литвиненко [та ін.] // Клінічна хірургія.-2004.- № 8. – С. 57-59.

5. Benjie Tang. Conversions During Laparoscopic Cholecystectomy: Risk Factors and Effects on Patient Outcome / Benjie Tang, Ph.D., Alfred Cuschieri, F.R.S.E // Journal of Gastrointestinal Surgery. – 2006.- Vol. 10, No. 7. - P.1081-1091.

6. Brunt L. M. Outcome analysis of laparoscopic cholecystectomy in the extremely elderly / L. M. Brunt,

M. A. Quasebarth, D. L. Dunnegan, N. J. Soper // Surg Endosc (2001) 15: 700–705.

7. Hazzan D. Laparoscopic cholecystectomy in octogenarians / D. Hazzan, N. Geron, D. Golijanin, P. Reissman, E. Shiloni. // Surg Endosc. – 2003. - № 17. – P. 773–776.

8. Andrew L. Tambyraja. Outcome of Laparoscopic Cholecystectomy in Patients 80 Years and Older / Andrew L. Tambyraja, Sudhir Kumar, Stephen J. Nixon // World J. Surg. – 2004. - №28. – P. 745–748.

Науковий рецензент доктор медичних наук, професор Заруцький Я.Л.

УДК 616.831-005

ОСОБЛИВОСТІ МОЗКОВОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ З РІЗНИМИ ПАТОГЕНЕТИЧНИМИ ПІДТИПАМИ ТРАНЗИТОРНИХ ІШЕМІЧНИХ АТАК

Т.М. Черенько, доктор медичних наук, доцент кафедри неврології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

О.Є. Фартушна, аспірант кафедри неврології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Резюме. Серед механізмів розвитку транзиторних ішемічних атак (ТІА) важливе значення мають гемодинамічні розлади, які є проявом порушення їх регуляції. Мета роботи – дослідити показники церебральної гемодинаміки у пацієнтів з різними патогенетичними підтипами ТІА залежно від наявності вогнища інфаркту та розвитку повторного гострого порушення мозкового кровообігу (ГПМК). Обстежено 178 пацієнтів із встановленим діагнозом ТІА. За механізмом розвитку виділені атеротромботичний, кардіоеMBOLІчний, лакунарний та остаточно невизначений патогенетичні підтипи захворювання. Описані показники мозкової гемодинаміки за різних підтипів ТІА, визначений взаємозв'язок між особливостями мозкової гемодинаміки у пацієнтів з різними патогенетичними підтипами ТІА.

Ключові слова: транзиторні ішемічні атаки, патогенетичний підтип, мозкова гемодинаміка.

Вступ. Важливе значення в патогенезі ТІА відіграють розлади церебральної гемодинаміки, які в умовах комбінованого ураження екстра- та інтракраніальних церебральних судин і недостатності колатерального кровообігу можуть призвести до розвитку стійкої або транзиторної ішемії мозку [6, 14, 21]. Серцево-судинна недостатність відіграє суттєву роль у розвитку ТІА, особливо у осіб похилого віку [4]. За останніми даними інших авторів гемодинамічні порушення при ТІА носять досить помірний м'який характер та менш виражені, ніж при

інсульті [1, 12]. Разом з тим біля 22% хворих з ТІА мають в анамнезі ішемічну хворобу серця, а в 26% випадків причиною ТІА є захворювання серця [3, 17, 18]. У 95% випадків ТІА зумовлені макроангіопатіями, ураженням внутрішньочерепних судин малого калібру (мікроангіопатіями) або кардіальною емболією [27]. Holzer K. та співавтори повідомляють про високий ризик розвитку інсульту та інших серцево-судинних подій у пацієнтів з ТІА та змінами параметрів гемодинаміки за даними транс краніальної доплерографії [22].