

© Чурпій І.К., Чурпій К.Л., Чурпій В.К.

УДК: 616.381-002

Чурпій І.К., Чурпій К.Л., Чурпій В.К.

Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра хірургії стоматологічного факультету (вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, Україна, 76018), Маловиськівська ЦРЛ Кіровоградської області (вул. Шевченка, 64, м. Мала Виска, Кіровоградська обл., Україна, 26200)

ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ РОБОТИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ З ПЕРИТОНІТОМ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЙОГО РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ ПРИ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ

Резюме. При госпіталізації до стаціонару у хворих на перитоніт, відзначаються значні порушення показників ССС, що впливають на перебіг основного захворювання і потребують серйозної корекції. Визначення змін в показниках ССС розрахунковим методом при поступленні в стаціонар не потребує коштовної апаратури, що може бути використано в кожній лікувальній установі. Урахування цих показників дозволяє корегувати стан ССС, прогнозувати перебіг перитоніту і відпрацьовувати відповідну тактику лікування.

Ключові слова: перитоніт, серцево-судинна система.

Вступ

Результати лікування перитоніту залежать від багатьох чинників, які виникають при даному захворюванні. На тлі гострого перитоніту виникають патологічні зміни в усіх органах і тканинах організму людини. Результатом розладу кровообігу та мікроциркуляції при перитоніті є глибокі зміни функціонування печінки, нирок, виникнення легеневих ускладнень, зокрема розвиток дихальної та серцево-судинної недостатності [Кондратенко, 2009].

Контроль за змінами зі сторони серцево-судинної системи (ССС) вимагає застосування доступних, простих та інформативних тестів [Хвостова, 2003].

Метою роботи було вивчити характерні зміни показників роботи серцево-судинної системи при поступленні хворих у стаціонар в залежності від поширеності перитоніту.

Матеріали та методи

Проведено вивчення змін показників гемодинаміки при перитоніті при поступленні хворих у стаціонар за допомогою розрахункових методів. Для проведення оцінки стану серцево-судинної системи у хворих з перитонітом був використаний ряд показників гемодинаміки, які характеризують зміни в серцево-судинній системі при перитоніті. Визначали частоту серцевих скорочень (ЧСС), артеріальний систолічний (АТс) і діастолічний (АТд) тиск, пульсовий тиск (АТп), середній артеріальний тиск (АТсер), середньодинамічний тиск (СДТ), ударний об'єм крові (УО), хвилинний об'єм крові (ХОК), індекс Робінсона (ІР), коефіцієнт економічності кровообігу (КЕК), потужність роботи лівого шлуночка (Wлів. шл.). Вплив симпатичної та парасимпатичної нервової системи на регуляцію кровообігу оцінювали за вегетативним індексом Кердо (ІК) [Ошевенский и др., 2007].

Частоту серцевих скорочень (ЧСС) визначали шляхом пульсометрії на променевій артерії. АТс та АТд визначали по М.С.Короткову [Ошевенский и др., 2007].

Показники АТп, АТсер, СДТ, УО, ХОК, ІР, КЕК, Wлів. шл., ІК отримували розрахунковим методом. Викорис-

тання розрахункових параметрів ССС значно полегшує і скорочує час функціональних обстежень, що має важливе значення під час проведення оперативного медико-біологічного контролю. Застосовуючи розрахункові методи визначення функціональної здатності органів і систем виходили з того, що не всюди є дороговартісне обладнання.

Застосування функціональної діагностики дає можливість вивчити початковий і поточний рівень функціонального стану організму, його резервні можливості, пристосування окремих органів, систем і організму в цілому до того або іншого навантаження [Маліков та ін., 2006]. Розрахунковий метод не потребує проведення інвазивного дослідження, що попереджує додаткову травму для хворого та інфекційні ускладнення.

Було обстежено 86 хворих з перитонітом та порівняно їх показники ССС з групою здорових людей - 46 чоловік, які проходили диспансеризацію в поліклініці. Для мінімізації впливу вікових змін на результати дослідження включали осіб, вік яких сягав до 35 років. Середній вік пацієнтів групи здорових людей становив $27,61 \pm 5,35$ років. У хворих з місцевим перитонітом середній вік був $24,05 \pm 4,66$, з дифузним $24,50 \pm 4,75$ і розлитим $24,28 \pm 3,67$ років.

При порівнянні показників ССС у хворих з перитонітом в порівнянні із здоровими пацієнтами відмічали підвищення частоти пульсу з $69,56 \pm 8,23$ уд./хв. до $85,07 \pm 4,81$ уд./хв. при місцевому, $100,83 \pm 2,19$ уд./хв. при дифузному і до $114,28 \pm 8,83$ уд./хв. ($p < 0,001$) у хворих з розлитим перитонітом. Відмічалось зниження артеріального систолічного з $113,80 \pm 7,57$ до $109 \pm 0,80$ мм. рт. ст. при місцевому, $108,33 \pm 3,78$ мм. рт. ст. дифузному і до $102,85 \pm 12,64$ мм. рт. ст. при розлитому перитоніті ($p < 0,001$). Зниження діастолічного тиску відбувається більш інтенсивними темпами з $77,50 \pm 7,68$ до $64,86 \pm 0,08$ мм. рт. ст. при місцевому, $64,16 \pm 1,86$ мм. рт. ст. при дифузному і до $61,78 \pm 9,18$ мм. рт. ст. ($p < 0,001$) при розлитому перитоніті. Середній тиск знижувався з $95,65 \pm 7,45$ до $87,36 \pm 0,56$ мм. рт. ст. при місцевому,

86,25±1,91 мм. рт. ст при дифузному і до 82,32±10,75 мм. рт. ст ($p<0,001$) при розлитому перитоніті.

Показники СДТ зменшувалися з наростанням поширеності перитоніту з 89,48±7,19 до 79,71±0,59 мм. рт. ст. при місцевому, 78,74±1,57 мм. рт. ст. при дифузному і 75,33±10,17 мм. рт. ст ($p<0,001$) при розлитому перитоніті. Дані зміни вказують на зниження запасу енергії потоку крові, зниженню опору прекапілярів, порушення узгодженості регуляції серцевого викиду і периферичного опору.

Пульсовий тиск зростає у хворих з місцевим перитонітом на 23,96% по відношенню до здорових пацієнтів за рахунок значного падіння діастолічного тиску - 16,31% в порівнянні з систолічним - 3,47%. В подальшому відмічалось зниження зростання пульсового тиску і у хворих з розлитим перитонітом різниця в сторону збільшення пульсового тиску становила 13,14% в порівнянні з групою здорових пацієнтів.

Величина АТд визначається ступенем прохідності капілярів і опором прекапілярів [Маліков та ін., 2006]. Тому такі зміни в показниках пульсового тиску можна пояснити значним падінням опору прекапілярів вже при початкових запальних процесах очеревини. В подальшому відмічалось падіння АТд за рахунок більш активного зниження систолічного тиску в порівнянні з діастолічним у хворих з дифузним і розлитим перитонітом.

У хворих з перитонітом відмічається збільшення КЕК, яке наростає із збільшенням поширеності перитоніту. У групи пацієнтів, які проходили диспансеризацію, величина КЕК була рівна 2521,73±456,28 у.о., що відповідає нормі. При місцевому перитоніті відмічали його різке збільшення - 3828,82±242,90 у.о. або 57,83%. При дифузному 4447,50±414,77 у.о. - 76,36% і 4687,86±632,27 у.о. - 85,89% ($p<0,001$) при розлитому перитоніті. Тобто, навіть незначне джерело запалення очеревини призводить до збільшення коефіцієнта економічності кровообігу, що вказує на значне падіння потенційних можливостей гемоциркуляторної системи і її послаблення.

При перитоніті, незалежно від його поширення відбувається зниження УО з 78,39±11,44 до 64,79±7,69 мл при місцевому, 63,30±4,88 мл при дифузному і 63,11±4,94 мл ($p<0,001$) при розлитому перитоніті, що

в свою чергу веде до зниження перфузії тканин.

Показник хвилинного об'єму кровообігу у здорових пацієнтів становив 5413,69±789,99 мл. При місцевому перитоніті відбулося збільшення показника до 5517,08±800,31 мл, проте дане збільшення недостовірне ($p>0,32$). При дифузному перитоніті ХОК виріс до 6376,06±429,34 мл і розлитому до 7220,97±886,74 мл ($p<0,001$). Проте таке збільшення відбувається за рахунок різкого збільшення частоти серцевих скорочень, що є значним навантаженням на міокард.

Відмічається збільшення ІР з 79,16±11,14 до 93,47±5,32 у.о при місцевому, 109,17±2,35 у.о дифузному і 117,18±14,78 у.о розлитому перитоніті. ІКердо збільшився з 12,68±15,33 до 23,50±4,60 при місцевому, 36,32±2,55 дифузному і 45,37±10,15 при розлитому перитоніті. Підвищення ІР і ІКердо вказує на зниження функціональних резервів ССС і перевагу симпатотонії і порушення регуляції серцево-судинної системи несприятливий анаболічний варіант обмінних процесів, збільшення функціональних затрат для забезпечення життєдіяльності організму.

Підтвердженням цього є збільшення потужності лівого шлуночка для забезпечення життєдіяльності організму при перитоніті. Потужність лівого шлуночка збільшилася з 0,9078±0,14 до 1,0778±0,0617 - 18,72% при місцевому, 1,2533±0,0410 - 38,05% дифузному і до 1,3262±0,2036 - 46,08% при розлитому перитоніті.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. При госпіталізації до стаціонару, у хворих з перитонітом, відмічаються значні порушення показників ССС, які впливають на перебіг основного захворювання і потребують серйозної корекції.

2. Визначення змін у показниках ССС розрахунковим методом при поступленні в стаціонар не потребує дорогих апаратури, може бути використано в кожному лікувальному закладі, що дає змогу корегувати стан ССС, прогнозувати перебіг перитоніту і виробити відповідну тактику лікування.

Планується в подальшому вивчати зміни ССС у хворих з перитонітом при різній розповсюдженості та розробляти методи реабілітаційних засобів на кожному з етапів лікування.

Список літератури

- | | | |
|---|--|--|
| Кондратенко П.Г. Хірургія /Кондратенко П.Г. - К.: "Медицина", 2009. - 230 с. | Сват'єв А.В. - Запоріжжя, 2006. - С. 10. | Е.А.Уланова. - Нижний Новгород, 2007. - 67 с. |
| Маліков М.В. Функціональна діагностика у фізичному вихованні і спорті /Маліков М.В., Богдановська Н.В., | Ошевский Л.В. Изучение состояния здоровья человека по функциональным показателям организма /Л.В. Ошевский, Е.В. Крылова, | Хвостова С.А. Современные методы диагностики /Хвостова С.А. //Материалы межрегиональной науч.-практ. конф. - Барнаул, 2003. - 232 с. |

Чурпий И.К., Чурпий К.Л., Чурпий В.К.

ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАБОТЫ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ПЕРИТОНИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЕГО РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ

Резюме. При поступлении в стационар у больных с перитонитом, отмечаются значительные нарушения показателей ССС, влияющих на течение основного заболевания, которые нуждаются в серьезной коррекции. Определение изменений в показателях ССС расчетным методом при поступлении в стационар не требует дорогой аппаратуры, что может быть использовано в каждом лечебном учреждении и позволяет корректировать состояние ССС, прогнозировать течение пери-

тонита и выработать соответствующую тактику лечения.
Ключевые слова: перитонит, сердечнососудистая система.

Churpiy I.K., Churpiy K.L., Churpiy V.K.

CHANGES IN PARAMETERS OF THE CARDIO-VASCULAR SYSTEM IN PATIENTS WITH PERITONITIS, DEPENDING ON ITS PREVALENCE ON ADMISSION

Summary: On admission to hospital in patients with peritonitis, is noticed significant irregularities of CAS parameters that affect the course of the underlying disease and in need of serious correction.

Determination of changes in terms of CAS by calculation method on admission to hospital does not require expensive equipment, it can be used in every hospital so that you can adjust the status of CAS, to predict the course of peritonitis and develop an appropriate treatment strategy.

Key words: peritonitis, cardio-vascular system.

Стаття надійшла до друку 03.12.2013 р.

Чурпій Ігор Костянтинович - к.мед.н., доц. кафедри хірургії стоматологічного факультету Івано-Франківського національного медичного університету; +38 050 967-18-40; churpiy_igor@yahoo.com

Чурпій Костянтин Леонідович - к.мед.н., кафедра хірургії стоматологічного факультету Івано-Франківського національного медичного університету; +38 052 585-10-66; ifdmu@ifdmu.edu.ua

Чурпій Володимир Костянтинович - зав. хірургічним відділенням Маловисківської ЦРЛ; +38 052 585-10-66

© Полунин Г.Е., Косарь Н.В., Танасов И.А.

УДК: 616.351-007.286:616.348-002.44+615.032.13

Полунин Г.Е., Косарь Н.В. Танасов И.А.

Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького, кафедра общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета (пр. Ильича, 16, г. Донецк, Украина, 83003)

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ КУЛЬТИ ПРЯМОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Резюме. В статье представлены результаты хирургического лечения 76 пациентов с тяжелой формой неспецифического язвенного колита (НЯК), перенесших на первом этапе хирургического лечения резекцию толстой кишки (ТК) в объеме субтотальной колонэктомии (СК). У 36 пациентов, перенесших на первом этапе хирургического лечения СК, для введения препаратов использована методика катетеризации сигмовидной артерии. Общее количество осложнений, требующих повторного оперативного вмешательства, в ближайшем послеоперационном периоде, в контрольной группе составило 11 (27,5±7,1%), в основной группе - 5 (13,9±5,8%). В послеоперационном периоде летальность в основной группе составила 11,1±5,2%, в контрольной группе - 20,0±6,3%. Морфологический контроль за состоянием слизистой оболочки ТК показал наличие в основной группе через 7 суток зон физиологической регенерации эпителия и признаки хронизации. Длительность пребывания в стационаре в основной группе уменьшилась в среднем на 10,4±2,1 дней. Сроки до выполнения проктэктомии и восстановительного этапа хирургического лечения в основной группе уменьшились в среднем на 7,2±3,2 мес. Количество неудовлетворительных результатов в контрольной группе составило 17 (42,5±7,8%), в основной группе - 7 (19,4±6,6%) ($p < 0,05$).

Ключевые слова: язвенный колит, хирургическое лечение, внутриартериальная терапия.

Введение

Неспецифический язвенный колит (НЯК) относится к группе неспецифических воспалительных заболеваний толстой кишки (НВЗТК) и на сегодняшний день консервативно не излечим [Greifer, Markowitz, 2006]. Несмотря на достигнутые успехи медикаментозного лечения НВЗТК и снижение общего процента больных, нуждающихся в оперативном лечении, абсолютное их число, с учетом роста заболеваемости, растет. Послеоперационная летальность при плановых операциях составляет от 5,6% до 16,0% [Nicholls et al., 2010], а при экстренных вмешательствах достигает 50% [Воробьев, Халиф, 2008].

В сложной проблеме хирургического лечения ВЗТК есть несколько весьма трудных для решения вопросов, имеющих важное практическое значение. В част-

ности, в литературе встречаются разнообразные мнения по поводу объема операции, особенно при тяжелых формах заболевания [Galandiuk et al., 2012]. Колонпроктэктомия (КПЭ) является наиболее радикальным методом хирургического лечения НЯК [Федоров и др., 1989]. Но те задачи, которые стремятся решить хирург, нередко оказываются недостижимыми. КПЭ больные с тяжелым течением заболевания не всегда могут перенести.

В этих случаях субтотальная колонэктомия (СК) с раздельной илео- и сигмостомией на первом этапе хирургического лечения, может быть операцией выбора по устранению патологического очага и минимальным объемом, который на данном этапе может перенести пациент. Операция переносится значительно легче, чем