

- exacerbation of COPD: the EPOC en Servicios de medicina interna (ESMI) study / P. Almagro, F. Cabrera, J. Diez [et al.] // Chest. - 2012. - Vol. 142 (5). - P. 1126-33.
- Coronary Artery Disease Is Under-diagnosed and Under-treated in Advanced Lung Disease / R. M. Reed, M. Eberlein, R. E. Girgis [et al.] // Am. J. Med. - 2012. - Vol. 125 (12). - P. 1228-33.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (Updated 2015) // Electronic Resources: www.goldcopd.com
- High prevalence of undiagnosed airflow limitation in patients with cardiovascular disease / J. Soriano, D. Guerrero, F. Rigo [et al.] // Chest. - 2010. - Vol. 137 (2). - P. 333-40.
- Hospitalizations and mortality in the Lung Health Study / N. Anthonisen, J. Connett, P. Enright [et al.] // Am. J. Respir. Crit. Care. Med. - 2002 - Vol. 166 (3). - P. 333-339.
- Impact of chronic obstructive pulmonary disease on morbidity and mortality after myocardial infarction / P. Andell, S. Koul, A. Martinsson [et al.] // Open Heart. - 2014. - Vol. 1 (1). - P. 22-29.
- Impact of chronic obstructive pulmonary disease severity on surgical outcomes in patients undergoing non-emergent coronary artery bypass grafting / H. Saleh, K. Mohan, M. Shaw [et al.] // Eur. J. Cardiothorac. Surg. - 2012. - Vol. 42 (1). - P. 108-13.
- Maclay J. D. Cardiovascular disease in COPD: mechanisms / J. D. Maclay, W. MacNee // Chest. - 2013. - Vol. 143 (3). - P. 798-807.
- Moore T. The Prevalence of COPD in Individuals with Acute Coronary Syndrome: A Spirometry - Based Screening Study / T. Moore, N. Stenfors // COPD. - 2015. - Vol. 12 (4). - P. 453-61.
- Underdiagnosis and prognosis of chronic obstructive pulmonary disease after percutaneous coronary intervention: a prospective study / P. Almagro, A. Lapuente, J. Pareja [et al.] // Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis. - 2015. - Vol. 16. - P. 1353-61.

**Диденко Д.В.**

**ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЕ ОБСТРУКТИВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЛЁГКИХ: РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ СОВМЕСТНОГО ТЕЧЕНИЯ СРЕДИ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ**

**Резюме.** В статье представлены результаты изучения распространённости хронического обструктивного заболевания лёгких (ХОЗЛ) среди пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) в условиях стационара. Проведён ретроспективный анализ 2046 историй болезней пациентов кардиологического отделения. Установлено, что 188 (11,4%) пациентов с ИБС среднего возраста (64,9±0,8) лет, имеют сопутствующее ХОЗЛ, 73,9% из них - мужчины среднего возраста (62,8±0,9) лет, 26,1% - женщины, средний возраст - (70,8±1,2) лет. В данной группе пациентов большую часть составляют пациенты пожилого возраста - 71 (37,7%), пациентов зрелого возраста - 66 (35,1%), старческого возраста - 47 (25%) и 4 (2,2%) - среднего возраста, во всех возрастных группах преимущественно мужчины, однако количество женщин возрастает в старших возрастных группах. Проанализировано распределение пациентов по клиническим формам ИБС и группам ХОЗЛ, оценено наличие сопутствующей патологии.

**Ключевые слова:** хроническое обструктивное заболевание лёгких, ишемическая болезнь сердца, коморбидность, распространённость.

**Didenko D.V.**

**ISCHEMIC HEART DISEASE AND CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE: PREVALENCE OF COMBINATIONS COURSE AMONG HOSPITALIZED PATIENTS**

**Summary.** The article presents the results of studying the prevalence of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) among in-patients with ischemic heart disease (IHD). 2046 case histories of cardiology in-patients were retrospectively analyzed. 188 patients (11,4%) with IHD aged 64,9±0,8 were found to have concomitant COPD, 73,9% of them were men (average age 62,8±0,9 years) and 26,1% were women (mean age 70,8±1,2 years). The majority of patients in this group were elderly persons - 71 (37,7%), 66 (35,1%) were patients of mature age, 47 (25%) were patients of old age and 4 (2,2%) were persons of middle age. In all age groups most of the patients were men but the number of women increased in older age groups. Distribution of the patients by clinical forms of IHD and groups of COPD were also analyzed, and the presence of concomitant pathology was evaluated.

**Key words:** chronic obstructive pulmonary disease, ischemic heart disease, prevalence, comorbidity.

**Рецензент - д.мед.н., проф. Мостовой Ю.М.**

Статья найдшла до редакції 25.05.2015 р.

Діденко Дар'я Вікторівна - асистент кафедри пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 093 18-56-977; larchyk@gmail.com

© Пролом Н.В.

УДК: 616.36-008.51+616-071+616-089

**Пролом Н.В.**

ДУ "Інститут гастроентерології НАМН України" (просп. Правди, 96, м. Дніпропетровськ, Україна, 49000)

**ТАКТИКА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ ТА ЇЇ УСКЛАДНЕНЬ З ВИКОРИСТАННЯМ МІНІІНВАЗИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ**

**Резюме.** У відділенні хірургії органів травлення ДУ "Інститут гастроентерології НАМН України" за період 2010-2014 рр. лапароскопічні операції виконані 1339 хворим з різними формами жовчнокам'яної хвороби. Впроваджені інструментальні методи до- й інтраопераційного контролю стану жовчовивідних проток, одно- і двоментні лапароскопічні, транспапілярні і ендобілярні втручання при холедохолітазі. Сфінктерозберігаючі втручання у хворих на холедохолітаз з хронічним калькульозним холециститом склали 10,4%. Ускладнення виникли у післяопераційному періоді у 15 (1,1%) хворих, з яких кровотеча в черевну порожнину спостерігалась у 5 (0,36%) пацієнтів, жовчовитікання - у 5 (0,36%) пацієнта, ятрогенне пошкодження

гепатікохоледоха - у 1 (0,07 %) хворого, а також перитоніт, гематома післяопераційної рани, нагноєння післяопераційної рани у 1 (0,07 %) хворого. Летальних випадків не було.

**Ключові слова:** жовчнокам'яна хвороба, холедохолітіаз, лапароскопічні операції, ускладнення.

## Вступ

Проблема жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) не втрачає своєї актуальності. За даними епідеміологічних досліджень, у різних країнах світу ЖКХ виявляють у 10-15 % дорослого населення. Встановлено, що захворюваність на ЖКХ подвоюється в кожне наступне десятиліття [Иващенко, 2012]. Одним із грізних ускладнень ЖКБ є холедохолітіаз, що порушує відтік жовчі на різних рівнях жовчовивідних проток та проявляється клінічно механічною жовтяницею (МЖ). Своєчасне визначення етіології МЖ сприяє правильній лікарській тактиці, вибору оперативного втручання та проведенню патогенетичного лікування [Десятерик, Котов, 2014; Пархисенко, Жданов, 2013].

В останні роки в зв'язку з впровадженням мініінвазивних технологій, змінилися підходи до тактики і техніки проведення операцій у хворих на калькульозний холецистит та холедохолітіаз [Алиев, 2013]. Лапароскопічна холецистектомія вперше виконана в 1987 році, стала однією з найбільш значущих інновацій в лікуванні ЖКХ. Безсумнівні переваги ендовідеохірургічної методики привернули увагу хірургів усього світу, і вже до середини 90-х років лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ) стала "золотим стандартом" лікування холецистолітіазу.

Операції з приводу ЖКХ та її ускладнень можуть нести в собі небезпеку виникнення ускладнень як під час оперативних втручань, так і в післяопераційному періоді. У свій час, швидкий розвиток лапароскопічної хірургії призвів до збільшення числа ускладнень, так як проходило накопичення досвіду. В останній час, кількість ускладнень значно знизилась, але, на жаль, вони ще мають місце в тій кількості, яку не слід замовчувати [Славин, 2010].

До небезпечних ускладнень, що виникають безпосередньо під час втручання, більшість авторів відносять поранення позапечінкових жовчних проток, ушкодження органів черевної порожнини, масивні кровотечі в зоні операції. Серед ускладнень післяопераційного періоду найбільш часто зустрічаються жовчний перитоніт, кровотечі і абсцеси черевної порожнини. Хоча загальна кількість ускладнень і летальність при ЛХЕ значно менше, ніж при відкритій операції, частота ушкоджень позапечінкових жовчних проток залишається на досить високих цифрах: 0,5 - 2,7 %, за даними зарубіжних авторів, і 0,2 - 1,75 % згідно даних вітчизняних хірургів [Huang et al., 2009, Нечитайло, 2005]. Тому вкрай актуальною і до цього часу невирішеною залишається проблема профілактики інтра- та післяопераційних ускладнень. *Мета* роботи - встановити види ускладнень, що зустрічаються в хірургічній практиці лапароскопічної холецистектомії та їх причини виникнення.

## Матеріали та методи

У відділенні хірургії органів травлення ДУ "Інститут гастроентерології НАМН України" з січня 2010 по грудень 2014 рр. 1398 пацієнтам на ЖКХ та її ускладнення, у вигляді хронічного калькульозного холециститу, холедохолітіазу, поліпозу жовчного міхура, раку жовчного міхура (діагноз злоякісного утворення жовчного міхура був встановлений при морфологічному дослідженні жовчного міхури в післяопераційному періоді), проведено лапароскопічні втручання. З них чоловіків було 264 (18,8 %), жінок - 1134 (81,1 %). Вік хворих становив від 21 до 75 років, у середньому (59,74 ± 1,59) років. Характер патології у обстежених пацієнтів наведений у таблиці 1.

Діагностична програма обстеження включала лабораторну діагностику (функціональні проби печінки з визначенням активності ферментів холестази лужної фосфатази (ЛФ), гама-глутамілтрансферази, панкреатичних ферментів в крові та сечі), інструментальна діагностика проводилася на апараті УЗД ("Kransbiller Sonoscor 30" (Germany); "TOSHIBA XARIO SSA-660A"), при необхідності, з подальшим застосуванням методів прямої візуалізації: ЕРХПГ (фібродуоденоскоп з боковою оптикою - JF1T30 "Olympus" (Japan)) і КТ (апарат "TOSHIBA AKVILION MULTI TSX 101A" (Japan)). При неможливості виконати ЕРХПГ, а також при одноетапному лікуванні холедохолітіазу, хворим виконували інтраопераційну холангіографію за допомогою рентгенустановки з С-штативом ("MC APLUS").

## Результати. Обговорення

Після встановлення діагнозу хронічного калькульозного холециститу та поліпозу жовчного міхура без порушення прохідності позапечінкових жовчних проток - виконано 1107 (79,1 %) ЛХЕ. У 33 (2,4 %) на поодинокі конкременти в жовчному міхурі виконано лапароскопічну холецистолітомію.

Двомоментні методики нами були виконані у 143 (25,2 %) пацієнтів. Після встановлення діагнозу холедохолітіазу з хронічним калькульозним холециститом, ускладненим механічною жовтяницею (за даними лабораторних показників, УЗД і ЕРПХГ) у 12 хворих (6,1 %) виконували ЕПСТ, при необхідності виконано літекстракцію корзинкою Дорміа (діаметр конкрементів загальної жовчної протоки - до 10 мм). Через 7-14 днів після ЕПСТ, виконували другий етап лікування - ЛХЕ, а при дилатації загальної жовчної протоки більше 10 мм, проводили ЛХЕ з зовнішнім дренажуванням холедоха за Холстедом.

У 41 пацієнта (10,4 %) з білірубінемією менше за 100 мкмоль/л та неможливістю виконати РХПГ виконувалися одномоментні втручання - ЛХЕ, зовнішнє дре-

**Таблиця 1.** Характер патології у хворих на ЖКХ.

Діагноз	n	%
хронічний калькульозний холецистит	1143	81,8
холедохолітіаз з хронічним калькульозним холециститом	196	14,0
поліпоз жовчного міхура	57	4,1
рак жовчного міхура	2	0,1
Всього	1398	100,0

**Таблиця 2.** Оперативні втручання, виконані у обстежених хворих.

Діагноз	Оперативні втручання	n	%
Хронічний калькульозний холецистит	ЕРХПГ, ЛХЕ	63	4,5
	ЛХЕ	1049	75,0
	Лапароскопічна холецистолітомія	33	2,4
Холедохолітіаз з хронічним калькульозним холециститом	ЕПСТ, літекстракція+ЛХЕ	143	10,2
	ЕПСТ, літекстракція+ЛХЕ, зовнішнє дренивання холедоха	2	0,1
	ЛХЕ, зовнішнє дренивання холедоха, літекстракція, ВДСО	41	2,9
	ЛХЕ, ЕПСТ + літекстракція	10	0,7
Поліпоз жовчного міхура	ЛХЕ	57	4,1
Всього		1398	100

**Таблиця 3.** Характер післяопераційних ускладнень.

Оперативне втручання	Післяопераційні ускладнення	n	% від загальної кількості операцій
ЛХЕ	ятрогенне пошкодження холедоха	1	0,07
	витікання жовчі в черевну порожнину	4	0,29
	кровотеча в черевну порожнину післяопераційного періоду	5	0,36
	гематома післяопераційної рани	1	0,07
	нагноєння післяопераційної рани	1	0,07
	механічна жовтяниця	1	0,07
ЛХЕ, зовнішнє дренивання холедоха	витікання жовчі в черевну порожнину	1	0,07
	перитоніт	1	0,07

нування холедоха, літекстракція, балонна дилатація сфінктера ВДСО з інтраопераційним рентгенологічним контролем (холангіографією). Балонну дилатацію застосовували як альтернативний метод у пацієнтів з анатомічними особливостями і коагулопатіями. Повне видалення конкрементів досягнуто у 85,7 % хворих. Дані про оперативні втручання при ЖКХ відображено в таблиці 2.

У ході лапароскопічних втручань конверсія мала місце у 18 (1,6 %) хворих. Причиною у 13 (1,2 %) хворих були деструктивні зміни жовчного міхура, у 3 пацієнтів (0,3 %) - холецистодуоденальна норича, у 2 (0,2 %) - ятрогенна травма ЗЖП. У 8 (4,1 %) хворих з

резидуальним холедохолітіазом в післяопераційному періоді застосовано ендоскопічні транспаплярні методи екстракції конкрементів.

Ускладнення виникли інтра- та в післяопераційному періоді у 15 (1,08 %) хворих: кровотеча в черевну порожнину, витікання жовчі в черевну порожнину, ятрогенне пошкодження холедоха, перитоніт, гематома післяопераційної рани, нагноєння післяопераційної рани (табл. 3). Летальних випадків не було.

Пошкодження холедоха мало місце у одного пацієнта (0,07 %), оперованого з приводу деструктивної форми калькульозного холециститу з вираженими запальними змінами в ділянці гепатодуоденальної зв'язки. Ускладнення не було виявлено під час операції, що призвело до жовчовитікання. Пошкодження холедоха підтверджено за допомогою ЕРХПГ та лапаротомії з ревізією органів черевної порожнини.

Додаткова жовчна протока (ДЖП) була виявлена у 5 (0,36 %) пацієнтів, при чому у двох (0,14 %) пацієнтів була виявлена під час оперативного втручання в ділянці дна жовчного міхура та кліпована. У 3 (0,21 %) пацієнтів ДЖП була виявлена при релапароскопії з приводу витікання жовчі в черевну порожнину та була кліпована. Таким чином, ДЖП була виявлена тільки після перетину та підтікання жовчі в черевну порожнину. При цьому виявлялася тонкостінна кукса, діаметром близько 1 мм, розташована в верхній чи середній третині ложа жовчного міхура, з якої краплями виділялася жовч.

Витікання жовчі в черевну порожнину виникло у 1 (0,07 %) хворого через неспроможність швів кукси міхурової протоки та потребувало в післяопераційному періоді для підтвердження діагнозу виконання ЕРХПГ та релапароскопії. У 1 (0,07 %) пацієнта після ЛХЕ та зовнішнього дренивання холедоха було витікання жовчі в черевну порожнини через неспроможність швів, що фіксували зовнішній дренаж. Повторного оперативного втручання не знадобилось.

Кровотеча під час операції виникла у 5 (0,36 %) хворих, оперованих з приводу деструктивних форм холециститу та вираженому злуковому процесі в черевній порожнині, пов'язаному з запальним процесом та раніше перенесеними оперативними втручаннями. З них у 2 (0,14 %) хворих була необхідна конверсія (кровотеча з розділених зрощень у 1 (0,07 %) пацієнтів та кровотеча з венозної судини в ділянки ложа жовчного міхура у 1 (0,07 %)), у 3 (0,21 %) випадках кровотечу було зупинено лапароскопічним методом (в одному з випадків застосували гемостатичну тканину). У 5 (0,36 %) кровотечу діагностовано в післяопераційному періоді, що призвело до релапароскопії та зупинки кровотечі: у 2 (0,14 %) випадках - кровотеча була з передньої черевної стінки (з ділянки епігастрального порту), а у 2 (0,14 %) - після розділення зрощень (з сальника) та в 1 (0,07 %) випадку з додаткової артерії жовчного міхура в ділянці ложа.

Механічна жовтяниця в післяопераційному періоді

виникла у однієї хворої (0,07 %). Причиною її стала міграція замазкоподібних мас з жовчного міхура в холядох при ЛХЕ. Ускладнення було діагностовано та усунуто під час ЕРХПГ та ЕПСТ.

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. В останні роки широко впроваджені інструментальні методи до- і інтраопераційного контролю стану жовчовивідних проток, одно- і двоментні лапароскопічні, транспапілярні і ендобіліарні втручання при холядохолітіазі.

2. Незважаючи на широке впровадження в хірургічну практику ЛХЕ, зустрічаються досить різноманітні ускладнення. Серед них найбільш небезпечними для хворих є поранення позапечінокових жовчних проток, кровотеча, ушкодження порожнистих органів з розвитком перитоніту, витікання жовчі в черевну порож-

нину, формування абсцесів черевної порожнини.

3. Причинами виникнення інтраопераційних ускладнень при ЛХЕ є технічні проблеми з утрудненою візуалізацією структур в зоні операції, такі як, запальна інфільтрація тканин при холядоциститі, виражений злукотний процес і рубцеві зміни жовчного міхура при хронічному холядоциститі, атипіві варіанти будови судинно-протокових структур. А також, можливі фактори ризику - вік пацієнта, надмірна вага, тривалість і перебіг захворювання, раніше перенесені операції на органах черевної порожнини, а також відмова від конвєрсії у найбільш скрутних випадках.

Отже, незважаючи на вирішення деяких окремих проблем, досить актуальними залишаються питання, які стосуються методик інтраопераційної ревізії жовчних шляхів, вибору оптимальних етапів корекції жовчовідтоку, способів контролю і закінчення операцій, профілактики інтра- та післяопераційних ускладнень.

### Список літератури

- Алиев Ю. Г. Минилапаротомный доступ в хирургическом лечении желчекаменной болезни / Ю. Г. Алиев // Хирургия. - 2013. - № 3. - С. 95-97.
- Десятерик В. І. Діагностика та лікування гострих ускладнень жовчнокам'яної хвороби на тлі механічної жовтяниці / В. І. Десятерик, О. В. Котов, Є. С. Шевченко // Укр. жур. хірургії. - 2014. - № 1 (24). - С. 140-147.
- Иващенко А. В. Некоторые вопросы эпидемиологии желчекаменной болезни у пациентов молодого возраста в свете 20-летнего опыта лапароскопической холецистэктомии / А. В. Иващенко // Клінічна хірургія. - 2012. - № 10. - С. 45-48.
- Механическая желтуха: современные взгляды на проблему диагностики и хирургического лечения / Ю. А. Пархисенко, А.И. Жданов, В.Ю. Пархисенко, Р.С. Калашник // Укр. жур. хірургії. - 2013. - № 3 (22). - С. 202-211.
- Нечитайло М. Е. Минимально инвазивная хирургия патологии желчных протоков / М. Е. Нечитайло, В. В. Грубник. - М. - 2005. - 424 с.
- Славин Л. Е. Лапароскопическая холецистэктомия / Л. Е. Славин // Практическая медицина. - 2010. - № 41. - С. 30-35.
- Nationwide epidemiological study of severe gallstone disease in Taiwan / J. Huang, C. H. Chang, J. L. Wang [et al.] // BMC Gastroenterol. - 2009. - Vol. 22, № 9. - P. 117-119.

**Пролом Н.В.**

### ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

**Резюме.** В отделении хирургии органов пищеварения ГУ "Институт гастроэнтерологии НАМН Украины" за период 2010-2014 гг. лапароскопические операции выполнены 1339 больным с различными формами желчнокаменной болезни. Внедрены инструментальные методы до- и интраоперационного контроля состояния желчевыводящих протоков, одно- и двухмоментные лапароскопические, транспапиллярные и эндобилиарные вмешательства при холядохолітіазе. Сфинктеросберегающие вмешательства у больных с холядохолітіазом составили 10,4 %. Осложнения возникли в послеоперационном периоде у 15 (1,1 %) больных, такие как кровотечение в брюшную полость - у 5 (0,36 %) пациентов, желчеистечение - у 5 (0,36 %) пациентов, ятрогенное повреждение гепатикохолядох - у 1 (0,07 %), а также перитонит, гематома послеоперационной раны, нагноение послеоперационной раны у 1 (0,07 %) пациента. Летальных случаев не было.

**Ключевые слова:** желчнокаменная болезнь, холядохолітіаз, лапароскопические операции, осложнения.

**Пролом N.V.**

### SURGICAL TREATMENT OF GALLSTONE DISEASE AND ITS COMPLICATIONS USING MINI-INVASIVE TECHNOLOGY

**Summary.** In the department of surgery of the digestive system SI "Institute of Gastroenterology NAMS of Ukraine" for the period 2010-2014 laparoscopic surgery performed in 1339 patients with various forms of cholelithiasis. We have implemented instrumental methods of pre- and intraoperative control of the status of hepatopancreatobiliary zone, one-step and two-step laparoscopy, transpapillary and endobiliary intervene at choledocholithiasis. The share of sfincter-saving operation for patients with choledocholithiasis was 10,4 %. 15 (1,1 %) patients had the complications in a postoperation period: bleeding into the abdominal cavity - in 5 (0,36 %) patients, bile leakage - in 5 (0,36 %) patients, iatrogenic damage of hepaticocholedochus - in 1 (0,07 %) patient. No deaths were reported.

**Key words:** gallstone disease, choledocholithiasis, laparoscopic operations, complications.

**Рецензент - д.мед.н., проф. Шевченко Б.Ф.**

Стаття надійшла до редакції 11.06.2015 р.

Пролом Наталія Вікторівна - к.мед.н., ст.наук.співроб. відділу хірургії органів травлення ДУ "Інститут гастроентерології НАМН України"; +38 067 284-11-07; prolom1978@gmail.com