

Міністерство охорони здоров'я України
Івано-Франківський національний медичний університет

АРХІВ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Науково-практичний журнал

№ 2 (20) - 2014

Виходить двічі на рік

частина II

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР *М. М. РОЖКО*

Засновник та видавець:

Івано-Франківський національний медичний університет МОЗ України

Свідоцтво про державну реєстрацію:

Серія КВ № 6296
отримано 09.07.2002р.

Рекомендовано до друку

Вченою радою Івано-Франківського національного медичного університету
Протокол № 15 від 30.09.2014 р.

Адреса редакції:

Медичний університет
вул. Галицька, 2
м. Івано-Франківськ, 76018
Тел. (0342)-53-79-84
Факс (03422)-2-42-95
akm.ifnmu.edu.ua
E-mail: rektor@ifdma.if.ua

Підписано до друку 01.10.2014 р.

Гарнітура *Times New Roman*

Наклад 200 примірників

Формат 60x84/8

Тираж здійснено у видавництві

Івано-Франківського національного медичного університету, вул. Галицька, 2,
м. Івано-Франківськ, 76018.

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єкта видавничої справи
ДК №1100 від 29.10.2002р.

Редакційна колегія:

Островський М.М. (заступник головного редактора), Боцюрко В.І. (відповідальний секретар), Герелюк В.І., Глушко Л.В., Децик О.З., Дикий Б.М., Купновицька І.Г., Макарчук О.М., Нейко В.Є., Оріщак Д.Т., Попович В.І., Сулима В.С., Тітов І.І., Ткачук О.Л., Юрцева А.П.

Редакційна рада:

Бальцер К. (ФРН, Мюльгейм)
Вагнер Р. (США, Джорджтаун)
Волошин О.І. (Україна, Чернівці)
Енк П. (ФРН, Тьобінген)
Мардинський Ю.С. (Росія, Обнінськ)
Міщук В.Г. (Україна, Івано-Франківськ)
Нетяженко В.З. (Україна, Київ)
Рижик В.М. (Україна, Івано-Франківськ)
Скальний А.В. (Росія, Москва)
Скрет-Магіерло Й. (Польща, Жешув)
Сміян С.І. (Україна, Тернопіль)
Харченко Н.В. (Україна, Київ)

Секретаріат:

Д.Т.Оріщак

Художній редактор, комп'ютерний дизайн, оригінал-макет:

В.Б.Бекіш, Е.О.Чернова

Журнал включено до Переліку наукових видань, в яких можуть публікуватись основні результати дисертаційних робіт (Постанова Президії ВАК України від 10.11.2010 року, №1-05/7)

- Показання до дренування черевної порожнини у хворих на гострий апендицит
Д. В. Капустянський
- Інтраабдомінальний тиск в діагностиці та прогнозуванні перебігу гострого перитоніту
Т. П. Кирик
- Реваскуляризація нижніх кінцівок при критичній ішемії комбінованим використанням хірургічних та рентгенендоваскулярних методів
В. М. Клименко, І. А. Балдін
- Особливості перебігу церебральної гіперперфузії
І. І. Кобза, Р. І. Трутиак, Т. І. Кобза, А. П. Мельнь, А. О. Ярکا
- Особливості оперативного лікування хворих на доброякісні вогнищеві утвори печінки
Я. Г. Колкін, В. В. Хацько, О. Д. Шагалов, Ф. А. Греджев, Г. В. Пархоменко
- Ендоскопічні та лапароскопічні методи лікування ускладнених псевдокіст підшлункової залози
В. М. Копчак, К. В. Копчак, І. В. Хоміак, О. В. Дувалко, Л. О. Перерва, І. С. Терешкевич, Г. Ю. Мешківський
- Лікування ускладнених гострих псевдокіст підшлункової залози
В. М. Копчак, І. А. Криворучко, Н. М. Гончарова
- Показники інвалідності після хірургічного лікування ускладнень панкреатиту в Україні за 2013 рік
А. В. Косинський, Д. Л. Бuzмаков, В. В. Ржемовський, О. В. Симоненко
- Хірургічне лікування гепатоцелюлярної карциноми діаметром більше 10 см
О. Г. Котенко, А. В. Гриненко, А. О. Попов, А. А. Коршак, А. В. Гусєв, Д. А. Федоров, А. А. Мініч
- Особливості диференційної діагностики при хронічному панкреатиті та раку голівки підшлункової залози
І. А. Криворучко, М. М. Тесленко, Н. М. Гончарова, О. А. Тонкоглас, В. М. Чевєрда, С. М. Тесленко
- Хірургічне лікування хворих на абдомінальний сепсис з використанням скорингових систем оцінки тяжкості хворих
І. А. Криворучко, Ю. В. Іванова, М. С. Повєличенко, С. А. Андрєшчєв
- Комплексне лікування гострого панкреатиту у хворих похилого і старечого віку
Р. Т. Кузенко, І. М. Шевчук
- Ривароксабан при лікуванні поверхневого варикотромбофлебиту нижніх кінцівок в амбулаторних умовах
О. Б. Кутовий, О. В. Соколов
- Профілактика та лікування післяопераційного больового синдрому при алопластиці черевної стінки з приводу її дефектів
Р. Б. Лисенко, В. С. Драбовський
- Стан центральної гемодинаміки на етапах виконання холецистектомії різними методами у хворих з профзахворюваннями легень
В. І. Лупальцов, В. В. Мельников, Р. С. Ворошчук
- Особливості діагностики гострої непрохідності кишечника непухлинного походження
О. М. Люлька, В. І. Ляховський, О. В. Запорожченко, Є. М. Люлька
- Особливості цитологічної картини перебігу ранового процесу в ділянці післяопераційної рани у пацієнтів з супутнім ожирінням
С. В. Малик, О. С. Осіпов, М. В. Безручко
- Шляхи профілактики післяопераційних гнійних ускладнень при хірургічному лікуванні гострого деструктивного холециститу
С. В. Малик, М. В. Безручко, О. С. Осіпов, Я. В. Рибалка
- Експериментальне обґрунтування алопластики ускладненої грижі
І. В. Мельник, О. В. Пиптюк, М. І. Мельник
- Аналіз результатів комплексного лікування хворих на синдром діабетичної стопи
Д. С. Михальчук, А. В. Симчич, М. М. Грушецький
- Indications for Drainage of the Abdominal Cavity in Patients with Acute Appendicitis
D. V. Kapustianskyi
- Intra-Abdominal Pressure in the Diagnosis and Prognosis of Acute Peritonitis
T. P. Kyryk
- The Lower Limbs Revascularization in the Case of Critical Ischemia by Combined Application of Surgical and Roentgenendovascular Methods
V. N. Klymenko, I. A. Baldin
- Peculiarities of the Cerebral Hyperperfusion
I. Kobza, R. Trutiak, T. Kobza, A. Melen, A. Yarka
- Surgical Treatment of Benign Focal Liver Formations
Ya. H. Kolkin, V. V. Khatsko, O. D. Shatalov, F. A. Hredzhev, H. V. Parkhomenko
- Endoscopic and Laparoscopic Technics in Treatment of Complicated Pancreatic Pseudocysts
V. M. Kopchak, K. V. Kopchak, I. V. Khomiak, A. V. Duvalko, L. O. Pererva, I. S. Tereshkevych, H. Yu. Moshkivskiy
- Treatment of Complications of Acute Pancreatic Pseudocysts
V. M. Kopchak, I. A. Kryvoruchko, N. M. Honcharova
- Indicators of Disability after Surgical Treatment the Complications of Pancreatitis in Ukraine in 2013
A. V. Kosynskiy, D. L. Buzmakov, V. V. Rzhemovskiy, O. V. Symonenko
- Surgical Treatment of Hepatocellular Carcinoma with a Diameter More Than 10 Cm
O. H. Kotenko, A. V. Hrynenko, A. O. Popov, A. A. Korshak, A. V. Husiev, D. A. Fedorov, A. A. Minich
- The Differential Diagnostics Peculiarities of Chronic Pancreatitis and a Cancer of Head of Pancreas
I. A. Kryvoruchko, M. M. Teslenko, N. M. Honcharova, O. A. Tonkohlas, V. M. Cheverda, S. M. Teslenko
- Surgical Treatment of Patients with Abdominal Sepsis Using Scoring Systems Assessment of the Severity Patients
I. A. Kryvoruchko, Yu. V. Ivanova, M. S. Povelychenko, S. A. Andreishchev
- The Combined Treatment of Acute Pancreatitis in a Patients of Elderly and Senile Years
R. T. Kuzenko, I. M. Shevchuk
- Rivaroxaban in Treatment of Superficial Thrombophlebitis of Lower Extremities in Outpatient Practice
O. B. Kutovyi, O. V. Sokolov
- The Prevention and Treatment of Postoperative Pain in Abdominal Wall Alloplasty about its Defects
R. B. Lysenko, V. S. Drabovskiy
- The State Central Hemodynamics During Execution Cholecystectomy Different Methods for Patients with Occupational Lung Diseases
V. I. Lupaltsov, V. V. Melnykov, R. S. Voroshchuk
- Features of Diagnostics of Acute Intestinal Obstruction of Non-Tumoral Origin
O. Liulka, V. Liakhovskiy, A. Zaporozhchenko, Ye. Liulka
- Features Cytologic Picture of Wound Healing Process in the Field of Surgical Wounds in Patients with Concomitant Obesity
S. Malyk, O. Osipov, M. Bezruchko
- Ways of Preventing Postoperative Purulent Complications in the Surgical Treatment of Acute Destructive Cholecystitis
S. Malyk, M. Bezruchko, O. Osipov, Ya. Rybalka
- Experimental Ground of Alloplasty of the Complicated Hernia
I. V. Melnyk, O. V. Pyptiuk, M. I. Melnyk
- Analysis of the Results of Complex Treatment of Patients with Diabetic Foot Syndrome
D. S. Mykhalchuk, A. V. Symchych, M. M. Hrushetskyi

Таблиця 2. Виявлені ускладнення

Ускладнення	Групи хворих			Всього (n=66)
	I Група (n=22)	II Група (n=24)	III Група (n=20)	
	1	2	3	
Тромбоз глибоких вен	-	1 (4,1 %)	2 (10,0 %)	4 (6,1 %)
Висхідний тромбоемболіт	1 (4,6%)	4 (16,7 %)	4 (20,0 %)	9 (13,6%)
ТЕЛА	-	1 (4,2 %)	-	1 (5,0 %)
Мала кровотеча	1 (4,6%)	3 (12,5 %)	2 (10,0 %)	6 (9,1 %)
Велика кровотеча	-	1 (4,2 %)	2 (10,0 %)	3 (4,6 %)
Підшкірні гематоми	-	24 (100,0%)	20 (100,0%)	44 (9,1%)
Підшкірний інфільтрат	-	1 (4,2 %)	2 (10,0 %)	3 (4,6 %)

хворому I групи, трьом хворим II групи та чотирьом хворим III проведено хірургічне лікування. У однієї хворої II групи окрім прогресування поверхневого тромбоемболіту діагностовано тромбоз глибоких вен голілки та тромбоемболію легеневої артерії. При подальшому обстеженні виявлено новоутворення прямої кишки. У випадках ізольованого тромбозу глибоких вен голілки терапію подовжено в амбулаторних умовах.

Загальна кількість тромботичних ускладнень становила 18,2 %, а частина важких кровотеч - 4,6 %. Останнє дозволяє зробити висновки про відносну безпеку антикоагулянтної терапії.

Серед місцевих ускладнень у I групі, на відміну від II та III груп, не зафіксовано жодного випадку підшкірних

гематом. У хворих II та III групи підшкірні гематоми у місцях ін'єкцій виявлено у 100 % випадків. Також, у двох (8,3 %) випадках серед хворих II групи та у трьох (15,0 %) III групи після 21-го дня лікування був діагностований інфільтрат навколопупкової ділянки, куди проводилися ін'єкції.

Висновки

1. При проведенні антикоагулянтної терапії хворим з варикотромбоемболітом голілки отримані співставні результати за ефективністю лікування, характером та частотою виникнення ускладнень при використанні ривароксабану, фондапаринуксу та еноксапарину.

2. Використання таблетованих антикоагулянтів дозволяє уникнути ускладнень, пов'язаних з ін'єкціями та досягти хороших результатів терапії у короткий термін, є зручним для амбулаторного лікування пацієнтів.

Література

1. Гудз І.М. Стратегія лікування гострого тромбоемболіту нижніх кінцівок. // Клінічна флебологія. - 2009. - №1. - С. 150-151.
2. Мамич В.І., Смовженко В.І. Поліпшення результатів хірургічного лікування гострого варикотромбоемболіту у людей похилого та старечого віку. // Хірургія України. - 2010. - №3. - С.10-15
3. Венозний тромбоемболізм: Діагностика, лікування, профілактика. Міждисциплінарні клінічні рекомендації. - Київ - 2011.
4. Decosus H., Prandoni P., Mismetti P. et al. Fondaparinux for the treatment of superficial vein thrombosis of the legs: a cost-effectiveness analysis. Chest. 2012; 141:321-329
5. Di Nisio M, Wichers IM, Middeldorp S. Treatment for superficial thrombophlebitis of the leg. The Cochrane Library. 2013; issue 4

Надійшла 01.07.2014 року.

УДК 617.55-089.844-089.168-08-084

ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО БОЛЮВОГО СИНДРОМУ ПРИ АЛОПЛАСТИЦІ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ З ПРИВОДУ ЇЇ ДЕФЕКТІВ

Р. Б. Лисенко, В. С. Драбовський

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ АЛЛОПЛАСТИКЕ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПО ПОВОДУ ЕЕ ДЕФЕКТОВ

Р. Б. Лысенко, В. С. Драбовский

Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава

THE PREVENTION AND TREATMENT OF POSTOPERATIVE PAIN IN ABDOMINAL WALL ALLOPLASTY ABOUT ITS DEFECTS

R. B. Lysenko, V. S. Drabovskyi

Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava

Резюме: Проведено дослідження динаміки зміни інтенсивності больового синдрому, активізації хворих у післяопераційному періоді в залежності від виду знеболення при алопластиці черевної стінки з приводу її дефектів. Пацієнти були розділені на 2 групи: основну - 57 хворих, яким проводилась профілактика та лікування ПБС шляхом введення внутрішньом'язево по 1,5 мл 1 раз на добу мелоксикаму, як для монотерапії, так і в комбінації з наркотичними анальгетиками, та декскетопрофеном, і контрольну - 55 особи, яким профілактику та лікування ПБС проводили без призначення мелоксикаму. Ізольоване використання мелоксикаму виявилось більш ефективним, ніж декскетопрофену у 55,6% та 20% досліджень, відповідно. Інтенсивність болю та необхідність у додатковому знеболюванні була на 59,0% менша в дослідженні з позитивним результатом при комбінованому використанні мелоксикаму та декскетопрофену, ніж при поєднаному використанні декскетопрофену та Омнопону. Таким чином, базисне застосування мелоксикаму для профілактики та лікування ПБС при алопластиці черевної стінки з приводу її дефектів більш ефективне, ніж використання інших НПВС та опіоїдів.

Ключові слова: післяопераційний больовий синдром, алопластика, дефекти черевної стінки.

Резюме: Проведено исследование динамики изменения интенсивности болевого синдрома, активизации больных в послеоперационном периоде в зависимости от вида обезболивания при аллопластике брюшной стенки по поводу ее дефектов. Пациенты были разделены на 2 группы: основную - 57 больных, которым проводилась профилактика и лечение ПБС путем введения

внутримышечно по 1,5 мл 1 раз в сутки мелоксикама как для монотерапии, так и в комбинации с наркотическими анальгетиками и декскетопрофеном, и контрольную - 55 пациента, которым профилактику и лечение ПБС проводили без назначения мелоксикама. Изолированное использование мелоксикама оказалось более эффективным, чем декскетопрофена в 55,6% и 20% исследований, соответственно. Интенсивность боли и необходимость в дополнительном обезболивании была на 59,0% меньше в исследовании с положительным результатом при комбинированном использовании мелоксикама и декскетопрофена, чем при совместном использовании декскетопрофена и омнопона. Таким образом базисное применение мелоксикама для профилактики и лечения ПБС при аллопластике брюшной стенки по поводу ее дефектов более эффективно, чем использование других НПВС и опиоидов.

Ключевые слова: *послеоперационный болевой синдром, аллопластика, дефекты брюшной стенки.*

Summary: The study of dynamics of change in the intensity of pain, activation of patients in the postoperative period, depending on the type of pain in the abdominal wall alloplasty about its defects. Patients were divided into 2 groups: primary - 57 patients who underwent prophylaxis and treatment of PBS by administering intramuscularly in 1.5 ml of 1 time per day meloxicam both monotherapy and in combination with narcotic analgesics, and deksketoprofen and control - 55 persons to whom the prevention and treatment of postoperative pain conducted without prescription meloxicam. Isolated use of meloxicam was more effective than deksketoprofen in 55.6% and 20% of studies, respectively. The intensity of pain and the need for additional pain relief was 59.0% lower in the study with a positive result with the combined use of meloxicam and deksketoprofen than when using combined deksketoprofen and omnopon. Thus a basic application of meloxicam for prevention and treatment of postoperative pain at alloplasty abdominal wall defects over its more effective than the use of other NSAIDs and opioids.

Key words: *postoperative pain syndrome, alloplasty, abdominal wall defects.*

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Проблема лікування більового синдрому в ранньому післяопераційному періоді залишається актуальною. Незважаючи на широкий вибір медикаментозних препаратів і методик анальгезії до 75% хворих відчувають біль різної інтенсивності в зоні операції в ранньому післяопераційному періоді [1, 3, 4]. Для профілактики і лікування післяопераційного більового синдрому (ПБС) в більшості випадків традиційно використовують опіоїдні анальгетики, проте побічні ефекти цих препаратів змушують задуматися про застосування альтернативних методів лікування болу в післяопераційному періоді [1, 2, 3]. Ряд авторів, з метою підвищення ефективності та безпеки знеболювання, рекомендує використовувати комбіновану терапію різними групами препаратів, що дозволяє уникати побічних ефектів і досягати хорошого тривалого знеболюючого ефекту [2, 5].

Останнім часом проведено велику кількість досліджень з приводу вивчення механізмів ПБС, розроблено нові методи анальгезії для оптимізації ведення хворих у післяопераційному періоді [1, 3, 4]. Незважаючи на це, вибір конкретного препарату залишається складною проблемою, що зумовлено великою кількістю НПЗП, порівняльна ефективність яких недостатньо вивчена [2, 5].

Мета роботи — Дослідити динаміку зміни інтенсивності більового синдрому, активізації хворих у післяопераційному періоді в залежності від виду знеболювання при алопластиці черевної стінки з приводу її дефектів.

Матеріали і методи

У дослідженні брали участь прооперовані хворі із пахвинними, пупковими, вентральними грижами, що перебували на стаціонарному лікуванні у клініці кафедри хірургії №3 (хірургічне відділення Полтавської міської клінічної лікарні №1) з січня 2013 по січень 2014 р та яким була проведена алопластика черевної стінки з приводу її дефектів. Усі пацієнти були розділені на 2 групи, що представлено у таблиці 1.

Ефективність профілактики та лікування ПБС оцінювали на підставі результатів комплексного клінічного і функціо-

нального обстеження стану хворих. У якості основних критеріїв ефективності нами були вивчені показники інтенсивності болу і необхідність додаткового знеболювання. Для клінічного підтвердження характеру ПБС та для оцінки інтенсивності гострого болу використовували візуальну аналогову шкалу (Visual Analog Scale, VAS). Період спостереження для оцінки більового синдрому починався в день оперативного втручання і завершувався на 5-ту добу післяопераційного періоду.

Результати та обговорення

Динаміка зміни інтенсивності більового синдрому за VAS у хворих, які отримували мелоксикам, та у пацієнтів контрольної групи протягом досліджуваного періоду відображені на рис. 1.

Після проведеної терапії відзначалося значне зменшення інтенсивності ПБС в обох групах, причому його динаміка виявилася більш вираженою в основній групі. Інтенсивність більового синдрому в групі пацієнтів, які отримували мелоксикам, на 5-ту добу зменшилася на 4,89 бали за ВАШ у порівнянні з 1-ою добою, у той час як у групі, що отримували декскетопрофен зниження більового синдрому склало всього 2,32 бали за ВАШ. Аналіз отриманих даних показав, що оцінка якості знеболювання в обох групах протягом 5 днів післяопераційного періоду була вище 2 балів, що відповідало задовільному і хорошему рівню знеболювання. Таким чином, пацієнти, які брали участь у дослідженні, протягом усього періоду спостереження отримували своєчасне та адекватне знеболювання, що свідчило про хорошу анальгетичну активність цих препаратів. Разом з тим призначення мелоксикаму сприяло більш вираженій динаміці зниження ПБС, що підтверджувалося більш низькими показниками

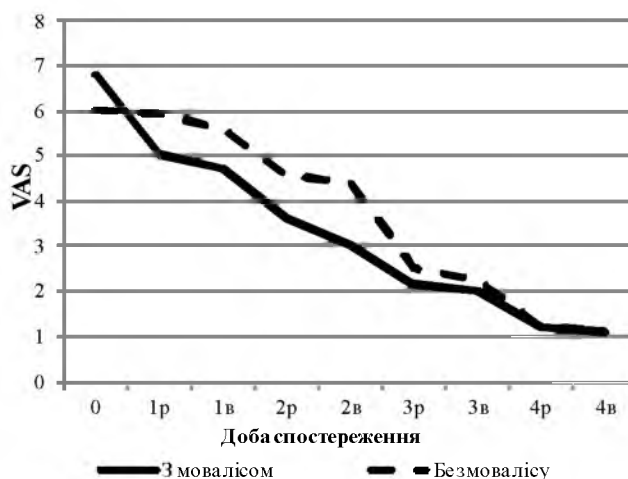


Рис. 1. Динаміка зміни інтенсивності більового синдрому за VAS

Таблиця 1. Розподіл пацієнтів за групами

Профілактика і лікування ПБС із мелоксикамом (n 57)				Профілактика і лікування ПБС без мелоксикаму (n 55)	
Тільки мелоксикам	мелоксикам+ Омнопон 1-2 доби	мелоксикам+ Омнопон 3-4 доби	мелоксикам+ декскетопрофен	Омнопон+ декскетопрофен	декскетопрофен
26	10	2	19	44	11

інтенсивності болю в групі пацієнтів, які отримували зазначений пренарат протягом усього періоду дослідження.

Ізольоване використання мелоксикаму виявилось більш ефективним, ніж декскетопрофену у 55,6% та 20% досліджень, відповідно. Інтенсивність болю та необхідність у додатковому знеболенні була на 59,0% менша в дослідженні з позитивним результатом при комбінованому використанні мелоксикаму та декскетопрофену, ніж при поєднаному використанні декскетопрофену та Омнопону. Проведений аналіз залежності активізації хворих у післяопераційному періоді від виду знеболення: так, 94% пацієнтів основної групи починали вставати з ліжка з 1-ї доби після операції, тоді як лише 39% - контрольної.

Також нами виділені додаткові критерії ефективності мелоксикаму, що були оцінені таким чином: вводиться 1 раз на добу-тривалий ефект, можливість проведення упереджувачого знеболювання; часто не потребує додаткових введень анальгетиків; усуває біль, що пов'язаний з супутньою патологією; стійкий регрес ознак системної запальної реакції, нормалізація лейкоцитарної формули.

Висновки

Базисне застосування мелоксикаму для профілактики

та лікування ПБС при алопластиці черевної стінки з приводу її дефектів більш ефективне, ніж використання інших НПВС та опіоїдів, призводить до виразного тривалого знеболюючого та протизапального ефектів, дозволяє забезпечити опіоїдзберігаючі, упереджуючі технології знеболювання.

Література

1. Овечкин А.М. Лечение послеоперационной боли - качественная клиническая практика. Общие рекомендации и принципы успешного лечения боли / Овечкин А.М. - М., 2006. - 55с.
2. Ушкалова Е. А. Нестероидные противовоспалительные лекарственные средства — новый взгляд на эффективность и безопасность / Е. А. Ушкалова // Фарматека. - 2006.- № 7 (85). - С. 31-36.
3. Breivik H. Assessment of pain / H.O. Breivik, P.C. Borchgrevink, S.M. Allen [et al.] // British Journal of Anaesthesia. - 2008. - V. 101. - P. 7-24.
4. Jordan J. Effectiveness of acute postoperative pain management Evidence from published data / J. Jordan // Br.J.Anaesth. - 2007. - V.89.- P. 409-423.
5. Rainsford K. Anti-inflammatory drugs in the 21-st century / K. Rainsford // Subcell Biochem. - 2007. - V 42. - P. 3-27.

Надійшла 01.07.2014 року.

УДК: 616.-366-089.87-005:616.24-057

СТАН ЦЕНТРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ НА ЕТАПАХ ВИКОНАННЯ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ РІЗНИМИ МЕТОДАМИ У ХВОРИХ З ПРОФЗАХВОРЮВАННЯМИ ЛЕГЕНЬ

В. І. Лупальцов, В. В. Мельников, Р. С. Ворошук
Харківський національний медичний університет

СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ НА ЭТАПАХ ВЫПОЛНЕНИЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ РАЗЛИЧНЫМИ МЕТОДАМИ У БОЛЬНЫХ С ПРОФЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

В. И. Лупальцов, В. В. Мельников, Р. С. Ворошук
Харьковский национальный медицинский университет

THE STATE CENTRAL HEMODYNAMICS DURING EXECUTION CHOLECYSTECTOMY DIFFERENT METHODS FOR PATIENTS WITH OCCUPATIONAL LUNG DISEASES

V. I. Lupaltsov, V. V. Melnykov, R. S. Voroshchuk
Kharkiv national medical university

Резюме: Вивчено стан центральної гемодинаміки у 99 працівників вугільної промисловості з холециститом. Аналізовані хворі розділені на дві групи: перша - 49 пацієнтів з професійними захворюваннями органів дихання, друга - 50 осіб без супутніх захворювань дихальної системи. Обидві групи розподілені за методом оперативного лікування холецистити (лапароскопічна і лапаротомічна холецистектомія). Показано негативний вплив підвищеного внутрішньочеревного тиску під час лапароскопічної холецистектомії на більшість показників центральної гемодинаміки, що особливо виявляється у пацієнтів із супутніми захворюваннями органів дихання. У зв'язку із підвищеним ризиком розвитку серцево-судинних захворювань у даної категорії пацієнтів, автори приходять до висновку про необхідність звуження показань до лапароскопічної холецистектомії у працівників вугільної промисловості із супутніми захворюваннями органів дихання, що дозволить знизити кількість післяопераційних ускладнень.

Ключові слова: холецистит, лапароскопічна холецистектомія, карбонеперитонеум, центральна гемодинаміка.

Резюме: Изучено состояние центральной гемодинамики у 99 работников угольной промышленности с холециститом. Анализируемые больные разделены на две группы: первая - 49 пациентов с профессиональными заболеваниями органов дыхания, вторая - 50 человек без сопутствующих заболеваний дыхательной системы. Обе группы разделены по методу оперативного лечения холецистита (лапароскопическая и лапаротомическая холецистэктомия). Показано негативное влияние повышенного внутрибрюшного давления во время лапароскопической холецистэктомии на большинство показателей центральной гемодинамики, что особенно проявляется у пациентов с сопутствующими заболеваниями органов дыхания. В связи с повышенным риском развития сердечно-сосудистых заболеваний у данной категории пациентов, авторы приходят к выводу о необходимости сужения показаний к лапароскопической холецистэктомии у работников угольной промышленности с сопутствующими заболеваниями органов дыхания, что позволит снизить количество послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: холецистит, лапароскопическая холецистэктомия, карбонеперитонеум, центральная гемодинамика.

Summary: We studied the state of central hemodynamics in 99 workers of the coal industry with cholecystitis. Analyzed patients were