

УДК: 616.37-002-036.11-06:616.12.-008.6].-089.15

ВИБІР ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ ІЗ СУПРОВІДНОЮ СЕРЦЕВО-СУДИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Коробко Л.Р.

Рівненський медичний коледж, Рівненська обласна лікарня, м.Рівне

РЕЗЮМЕ: в даній статті наведені результати оперативного лікування панкреонекрозу з врахуванням функціонального стану міокарда та центральної гемодинаміки.**Ключові слова:** гострий панкреатит, панкреонекроз, серцево-судинна патологія, відкрита лапаротомія, малоінвазивні втручання

Вступ. Актуальність теми хірургічного лікування хворих на гострий панкреатит (ГП) із супровідною серцево-судинною патологією обумовлена рядом обставин. По-перше, кількість хворих на ГП та серцево-судинну патологію щорічно збільшується, проблема набуває соціального характеру. По-друге, збільшується кількість хворих на некротичний панкреатит. По-третє, лікування хворих на некротичний панкреатит передбачає великі матеріальні кошти [2]. По-четверте, наявність супутньої серцево-судинної патології ускладнює операційно-анестезіологічний ризик. Загальна летальність коливається від 4,5 % до 15 %, при деструктивному панкреатиті вона складає 24-60 %, а післяопераційна летальність сягає 70 % і немає тенденції до зниження [1].

Мета роботи: покращити результати лікування хворих на гострий панкреатит шляхом розробки диференційованих підходів до вибору лікувальної тактики та об'єму оперативних втручань залежно

від функціонального стану міокарда і центральної гемодинаміки, та прогнозу тяжкості перебігу основного захворювання.

Матеріали і методи. Нами проведено аналіз лікування 103 хворих із гострим панкреатитом. Було діагностовано інтерстеціальний панкреатит – 33,98 % хворих, 7,77 % – асептичний панкреонекроз, 24,27 % – інфікований панкреонекроз, 13,59 % – абсцеси підшлункової залози та 20,39 % – псевдокісти.

48,3 % хворих мали ГП, 51,7 % – ГП з супутньою серцево-судинною патологією I-IV ФК за критеріями NYHA.

Результати досліджень та їх обговорення. На підставі проведених досліджень була індивідуалізована лікувальна та хірургічна тактика. Дотримуючись показань, хірургічне лікування проведено в 66 (64,08 %) хворих, із них 10 (15,15 %) – оперовані повторно.

Таблиця 1

Характер та частота оперативних втручань у хворих на ГП

Види оперативного втручання	Кількість хворих	
	Абсолютне число	Відсоток (%)
На біліарному тракті:		
- лапароскопічна холецистектомія	3	4,55
- ендоскопічна папілосфінеторотомія	3	4,55
- відкрита холецистектомія	14	21,21
На підшлунковій залозі:		
- лапароцентез	13	19,70
- кризьшкірна пункція сальникової сумки	8	7,77
- лапаротомії	48	72,73
- розкриття та дренивання сальникової сумки	26	39,39
-розкриття та дренивання заочеревинного простору	9	13,64
- дренивання кіст і абсцесів	23	34,85
- панкреатонекректомія	25	37,89
- марсупіалізація	14	21,21

Із 66 пацієнтів 17 хворих мали біліарний панкреатит, решта (49 хворих) – аліментарної та іншої етіології (табл. 2). В залежності від знайдених змін

у черевній порожнині, підшлунковій залозі, заочеревинній клітковині були виконані такі операції (див.табл. 1).

Терміни оперативних втручань (n= 66)

Гострий панкреатит в залежності від етіології	Терміни оперативних втручань	Види оперативних втручань
Біліарний панкреатит (n= 17)	Ранні оперативні втручання (n= 7)	Мініінвазивні ОП (n= 5)
		Відкрита лапаротомія (n=4)
	Пізні оперативні втручання (n= 10)	Мініінвазивні ОП (n=2)
		Відкрита лапаротомія (n= 10)
Аліментарний панкреатит (n= 49)	Ранні оперативні втручання (n= 14)	Мініінвазивні ОП (n= 10)
		Відкрита лапаротомія (n= 4)
	Пізні оперативні втручання (n= 35)	Мініінвазивні ОП (n= 10)
		Відкрита лапаротомія (n= 30)

Провівши аналіз результатів оперативного лікування хворих на деструктивний панкреатит та панкреонекроз, із врахуванням ФК за критеріями NYHA серцево-судинної патології, можемо стверджувати: частота серцево-судинних ускладнень з приводу некрозу підшлункової залози в інтрапісляопераційному періоді залежала від об'єму оперативного втручання у випадку лапаротомії та тиску карбоксиперитонеуму при лапароскопічному методі. У випадку некретомії із одночасною марсупіалізацією залози вони в 2 рази частіше спостерігались в порівнянні з розкриттям та дренажуванням гнійників. При мініінвазивному методі лікування вони були в 1,6 разу частіше у випадку лапароскопії з тиском карбоксиперитонеуму 12-13 мм рт. ст. порівняно з лапароскопією з тиском карбоксиперитонеуму 8-11 мм рт. ст. Під час проведення порівняльного аналізу частоти серцево-судинних ускладнень між верхньо-серединною лапаротомією і лапароскопічною пункцією з тиском карбоксиперитонеуму 8-11 мм рт. ст., вони були в 2,3 разу частіше при верхньо-серединному доступі, а порівняно з лапароскопічною пункцією з тиском карбоксиперитонеуму 12-13 мм рт. ст. суттєвої різниці практично не було.

При порівняльному аналізі показників фракції викиду в пацієнтів за NYHA ФК III-IV з приводу відкритої лапаротомії при активно-вичікувальній тактиці на 5-7 добу госпіталізації і на момент вибуття із стаціонару встановили, що при верхньо-серединній лапаротомії на момент вибуття із стаціонару показники фракції викиду були значно меншими порівняно з доопераційним рівнем ((55,21 ± 0,47) % і (60,60 ± 0,07) %, P<0,05), хоча менша різниця спостерігалася ((55,21 ± 0,47) % і (56,07 ± 0,74) %, P<0,05) в порівнянні з поступленням. Аналогічна картина спостерігається і з іншими показниками скоротливої функції міокарда (ST мм, ΔS %).

Щодо мініінвазивного оперативного втручання у хворих на деструктивний панкреатит на тлі серцево-судинної патології III-IV ФК різниця між показниками скоротливої здатності міокарда на момент поступлення, доопераційної підготовки та виписки значно менша (P<0,05), ніж при відкритій лапаротомії.

Щодо аналізу показників скоротливої здатності міокарда у хворих на панкреатит із кардіальною патологією ФК I-II, то різниця при лапароскопічній пункції з тиском карбоксиперитонеуму 8-11 мм рт. ст. ((56,83 ± 0,12) % і (56,78 ± 0,35) % є найменшою в порівнянні з лапароскопічною пункцією з тиском карбоксиперитонеуму 12-13 мм рт. ст. ((63,30 ± 0,70) % і (60,10 ± 0,57) %, P<0,05)) і тим більше з відкритою лапаротомією ((62,00 ± 0,50) % і (54,33 ± 0,67) %, P <0,05)).

При порівняльному аналізі депресії сегмента ST з'ясували, що малоінвазивні методики лікування з тиском карбоксиперитонеуму 12-13 мм рт. ст. порівняно з верхньо-серединною лапаротомією викликають достовірно меншу глибину ((4,21 ± 0,05) мм і (3,88 ± 0,03) мм, P<0,05) "значного зміщення сегмента ST" в післяопераційному періоді. Лапароскопічна пункція з тиском карбоксиперитонеуму 8-11 мм рт. ст. викликає також достовірно меншу глибину ((4,21 ± 0,05) мм і (2,86 ± 0,09) мм, P<0,05) депресії сегмента ST порівняно з верхньо-серединною лапаротомією у післяопераційному періоді. Малоінвазивний метод лікування з тиском карбоксиперитонеуму 8-11 мм рт. ст. в післяопераційному періоді викликає достовірно меншу глибину ((3,88 ± 0,03) мм і (2,86 ± 0,09) мм, P<0,05) депресії сегмента ST порівняно з аналогічним з тиском карбоксиперитонеуму 12-13 мм рт. ст.

На підставі результатів порівняльного аналізу частоти до- та післяопераційних ускладнень у хворих на асептичний та інфікований панкреонекроз з супровідною серцево-судинною патологією (що становила 22,5 %) ми дійшли висновку, що їх зниження залежить, насамперед, від диференційованого підходу до лікування різних категорій хворих і використання реанімаційно-хірургічного методу.

Висновки. Отже, комплексний підхід щодо вивчення клінічної картини депресії сегмента ST, порушень ритму, стану скоротливої здатності міокарда лівого шлуночка, особливо при супутній патології серцево-судинної системи за NYHA III-IV ФК та у віковій групі пацієнтів (61,80 ± 0,01) р (p<0,05) в умовах панкреонекрозу та некротичного панкреатиту, дозволив адекватно визначити опе-

раційно-анестезіологічний ризик, вибрати хірургічну тактику, а також встановити, що малий об'єм при відкритій лапаротомії і малоінвазивний метод з тиском карбоксиперитонеуму 8-11 мм рт. ст. є оптимальні методи оперативного лікування у хворих із деструктивним панкреатитом та органічни-

ми захворюваннями серцево-судинної системи для зменшення частоти, тяжкості інтра- і післяопераційних серцево-судинних ускладнень та кращої післяопераційної реабілітації міокарда у таких хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Колосович І.В., Спіцин Р.Ю. Гострий біліарний панкреатит: сучасні проблеми діагностики і лікування // Хірургія України. – 2006. – №4. – С. 53-56.
2. Кондратенко П.Г., Васильєв О.О., Конькова М.В. Невідкладні дренуючі втручання як напрямок до удосконалення лікувальної тактики у хворих на некротичний панкреатит // Шпитальна хірургія – 2004. – №2. – С. 149-151.

SUMMARY

THE CHOICE OF MEDICAL TACTIC FOR THE PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS WITH ACCOMPANYING BY CORDIO-ASCULAR PATHOLOGY
Korobko L.R.

In this article are results of operative treatment of pancreonekrosi taking into consideration the functional state of myocardium and central hemodynamics.

Key words: acute pancreatitis, pancreonekrose, cordio-vascular pathology, opened laparotomiya, littleinvasion interferences

УДК: 616.12-008.331-1:612.141-085

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН АНТИКОАГУЛЯНТНИХ ТА ФІБРИНОЛІТИЧНИХ ФАКТОРІВ ПІД ВПЛИВОМ НОЛІПРЕЛУ У ПРООПЕРОВАНИХ ОНКОЛОГІЧНО ХВОРИХ ЖІНОК ІЗ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Кошля В.І., Щуров М.Ф.

Запорізька медична академія післядипломної освіти, кафедра сімейної медицини, м.Запоріжжя

РЕЗЮМЕ: стаття присвячена проблемі ендотеліальних дисфункцій у прооперованих онкологічно хворих жінок із гіпертонічною хворобою I та II ступенів. Проведено вивчення впливу ноліпрелу на активність ендотеліальних факторів системи гемостазу та фібринолізу: протеїну С, антитромбіну III, інгібітора активатора плазміногена-1 та плазміногена. Автори показали, що ноліпрел у процесі лікування істотно покращує антикоагулянтний та фібринолітичний потенціал ендотелію на тлі досягнення цільових рівнів артеріального тиску.

Ключові слова: ендотеліальна дисфункція, гіпертонічна хвороба, ноліпрел

Вступ. Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими та практичними завданнями. Несприятлива тенденція зменшення тривалості життя населення працездатного віку, особливо жінок, обумовлена високою смертністю від захворювань серцево-судинної системи та онкопатології [4, 11, 14]. Серед даних позицій найважливіше місце займають артеріальна гіпертензія та рак молочної залози [3], що обумовлено декількома причинами: недостатнім виявленням захворювань та запізнілою їх діагностикою.

На сьогодні рак молочної залози, як і гіпертонічна хвороба (ГХ), розглядається як епідеміологічна проблема, оскільки інтенсивність росту захворюваності має всі ознаки епідемії [2, 7, 14]. Торкаючись епідеміології раку молочної залози слід відзначити, що у більшості випадків її пов'язують з гормональними змінами внаслідок розвитку дисгормональних гіперплазій, які сприяють порушенню оваріально-менструального циклу, ненормальному статевому життю, широке застосування контрацептивів, захворювання жіночих статевих органів і залоз внутрішньої секреції, пізня менопауза, підвищена естрогенна насиченість та ін. [3].

Наукова робота тісно зв'язана з планом НДР кафедри сімейної медицини ЗМАПО та є однією зі складових частин Національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Наявність порушень ендотеліальної функції у жінок з ГХ є одним з факторів, який може істотно ускладнити перебіг захворювання та бути чинником виникнення інфаркту міокарда, мозкового інсульту, раптової смерті [10, 11]. У зв'язку з цим дослідження антикоагулянтної та фібринолітичної ланок ендотеліальної функції може суттєво підвищити ефективність лікування ГХ [13] у прооперованих онкологічно хворих жінок з ГХ та вирішити стратегічні і тактичні питання проведення антигіпертензивної терапії. Як свідчить дослідження STRATHE [13], а також результати багатоцентрового дослідження "UNIA" – Ukrainian Noliprel study In Arterial hypertension) [9], застосування нової стратегії лікування ГХ – призначення з самого початку ноліпрелу (фіксованої низькодозової комбінації периндоприлу – 2 мг та індапаміду – 0,625 мг) є найбільш ефективним у плані зниження та