

Реферат

**ЗМІНИ ЛІПІДІВ І ЛІПОПЕРОКСИДАЦІ В
КРОВІ ЗАВДЯКИ ЕНДОВІДЕОЛАПАРОСКО-
ПІЧНІЙ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІІ У ПАЦІЄНТІВ
МЕТАБОЛІЧНОЮ ХВОРОБОЮ З
ХОЛЕЛІТІАЗОМ**

**Дудченко М. О., Трет'як Н. Г., Дудченко М. А.,
Новак О. В., Сорокіна С. И.**

Дослідження проведено на 50 пацієнтах віком від 30 до 70 років і давністю захворювання до 15 років. Чоловіків було – 38%, жінок – 62%. Установлено, що метаболічна хвороба з холелітіазом супроводжується суттєвими порушеннями ліпідного обміну і перекисневого окислення ліпідів. Зміни в показниках ліпідного обміну та стану перекисневого окислення ліпідів можуть служити орієнтиром тяжкості перебігу хвороби та ефективності хірургічного і консервативного лікування пацієнтів. Виконані холецистектомії за допомогою ендовідеолапароскопічних операцій з використанням лапароліфтинга сприяють ефективному відновленню порушеного обміну речовин в організмі.

Ключові слова: метаболічна хвороба, ліпідний обмін, холецистектомія.

Стаття надійшла 24.06.2010 р.

**CHANGE OF LIPIDS AND
LIPOPEROXYDATION OF BLOOD OWING TO
ENDOVIDEOLAPAROSKOPIC
CHOLECYSTECTOMIA AT PATIENTS WITH
METABOLIC ILLNESS AND CHOLELITIASIS**

**Dudchenko M.A., Tret'yak N.G., Dudchenko M.A.,
Novak O.V., Sorokina S.I.**

Research is spent on 50 patients at the age from 30 till 70 years and duration of disease till 15 years. Men there were 38 %, women - 62 %. It is established, that metabolic illness with chilelitiiasis is accompanied by essential infringements of lipid's exchange and peroxidations of lipids. Changes in indicators lipid's exchange and a condition peroxidations of lipids can to serve as a reference point of weight of a current of illness, and also efficiency of surgical and conservative treatment of patients. Performance of cholecystectomy with the help endovideolaparoscopic operations at use umbellate laparolifting promotes effective restoration of the broken exchange processes in an organism.

Keywords: metabolic illness, lipid's exchange, cholecystectomy.

УДК 616.366-089-008.616.321-072.1

М. А. Дудченко
ВІУЗ України «Українська медичинська стоматологічна академія», І. Полтава

**ОЦЕНКА ЭНДОВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ
МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ХОЛЕЦИСТИТАМИ**

Сравнительная оценка эффективности зонтичного лифтинга и карбоксиперитонеума при эндовидеолaparоскопической холецистэктомии проведена на 115 больных. Результаты исследований показали, что зонтичный лапаролифт является более эффективным приспособлением для выполнения эндовидеолaparоскопических операций, особенно у пациентов метаболической болезнью и позволяет расширить перечень применяемых за счет традиционных хирургических инструментов и сокращает затраты на дорогостоящие лапароскопические инструменты.

Ключевые слова: зонтичный лапаролифтинг, карбоксиперитонеум, холециститы.

Лечение холециститов продолжает оставаться дискуссионной и окончательно не решенной проблемой. Особенно это относится к категории страдающих метаболической болезнью (МБ), которая мало изучена в терапевтической практике и не разрабатывается на должном уровне в оперативном направлении, хотя в экономически развитых странах более 30% населения имеет это заболевание [6]. До сих пор отсутствует четкая граница между исчерпывающими терапевтическими возможностями лечения и началом хирургических вмешательств при различных формах течения воспалительных процессов в желчных путях. В тоже время по данным многих литературных источников [4, 6] по поводу калькулезного и острого бескаменного холецистита операции стали одним из наиболее частых лечебных вмешательств в плановой и неотложной хирургии брюшной полости. Повышенный интерес к данной патологии связан с ростом послеоперационной летальности, возрастающим числом повторных и реконструктивных операций на желчных протоках, предпринимаемых из-за неполноценности первичных хирургических вмешательств [9].

Целью работы было сравнение эффективности механического подъемника брюшной стенки и карбоксиперитонеума при эндовидеолaparоскопической холецистэктомии у пациентов МБ с холециститами.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 115 пациентов МБ с сопутствующим холециститом. Среди них были с острым калькулезным (27%) и бескаменным (19,1%) холециститом и хроническим калькулезным (45,2%) и бескаменным (8,7%) холециститом. Мужчин было 22, женщин - 93. Возраст их составлял: до 40 лет - 20, от 41 до 50 лет – 31, старше 51 года и более - 44. Длительность заболевания до 1 года была отмечена у 12% пациентов, от 1 до 4 лет – у 29%, от 5 до 9 лет – у 23%, от 10 до 14 -

у 14% , от 15 лет и более – у 22% пациентов. В подборе пациентов к оперативным вмешательствам при холециститах, придерживались общепринятого принципа, заключающегося в том, что показания к лапароскопической операции холецистэктомии такие же, как и для удаления желчного пузыря открытым способом. В то же время учитывали абсолютные и относительные ограничения использования карбоксиперитонеума при эндовидеолапароскопической холецистэктомии. Различие в технике холецистэктомии заключается в методе увеличения брюшной полости пневмоперитонеумом (карбоксиперитонеум) и механическим подъемником брюшной стенки (лапаролифт). О применении карбоксиперитонеума имеется достаточно обширная литература. Техника операции с использованием нашего лапаролифтинга (Патент № 26235 от 10.09.2007г.) заключается в том, что после введения лапаролифта в брюшную полость и подтягивания передней брюшной стенки с увеличением объемного пространства, через троакарный прокол вводили видеокамеру и два или три манипулятора, с помощью которых производили удаление желчного пузыря. Группа пациентов, которым применяли карбоксиперитонеум при эндовидеолапароскопической холецистэктомии была менее отягощена соматической патологией, отрицательно влияющей на общее состояние оперируемого организма.

Результаты исследования и их обсуждение. При анализе результатов лапароскопического хирургического лечения пациентов МБ с холециститами выяснилось, что у лиц с острым калькулезным и бескаменным холециститами каких-либо существенных различий не установлено, точно также это относится и к пациентам с хроническим калькулезным и бескаменным холециститом, поэтому для наглядности в характеристике эффективности эндовидеолапароскопической холецистэктомии, объединили четыре указанных группы и представляем только две объединенные группы лечившихся с острым и хроническим холециститами. К настоящему времени предложено большое количество клинико-анатомических классификаций воспаления желчного пузыря [10]. В наших наблюдениях у оперированных с острым холециститом установлены: катаральный (9%), деструктивный (16%), флегмонозный (24%), и гангренозный (11%) холециститы. Сопоставляя морфологические изменения с клинической картиной холецистита четко вырисовывается зависимость проявления течения болезни от выраженности воспалительного процесса в желчном пузыре, длительности заболевания, вовлечения в патологический процесс печени, желчных протоков и наличия конкрементов. У пациентов пожилого возраста часто наблюдалось несоответствие между клинической картиной и патологическими изменениями в желчном пузыре и чаще развивались жизненно опасные осложнения.

Результаты эндовидеолапароскопической холецистэктомии у пациентов МБ с сопутствующим холециститом свидетельствуют о том, что среди пациентов, как с калькулезным, так и с бескаменным холециститами при острой и хронической форме течения заболевания показатели (хорошие результаты - стабильное общее состояние и отсутствие осложнений; удовлетворительные – незначительное ухудшение общего состояния и проходящие осложнения) эффективности эндовидеолапароскопической холецистэктомии существенно отличаются в зависимости от наличия соматических синдромов и от методов фиксации брюшной стенки. Так, при применении зонтичного лифтинга хорошие результаты оперативного лечения получены у пациентов с острым и хроническим холециститом в пределах 96%, а удовлетворительные только соответственно: у 3,4% и 4,6%. При использовании карбоксиперитонеума хорошие показатели имели при остром холецистите 78,6%, при хроническом - 78,6% и удовлетворительные соответственно: у 21,4% пациентов, т.е. удовлетворительные результаты, обусловленные, главным образом, осложнениями со стороны сердечно-сосудистой системы, почти в 6 раз были больше при карбоксиперитонеуме в сравнении с механическим подъемником брюшной стенки.

При этом обращает на себя внимание тот факт, что среди оперированных по поводу острого холецистита с помощью зонтичного лифтинга преобладала более тяжелая группа пациентов: с ожирением почти в два раза, ишемической болезнью сердца или мозга почти в три раза и с сердечной недостаточностью – в 5 раз, что создавало больше сложностей в выполнении хирургических манипуляций и анестезиологической коррекции во время и после оперативных вмешательств. Следует подчеркнуть, что все осложнения (у 7,8%) в обоих случаях фиксаторов брюшной стенки происходили у лиц старшего и пожилого возрастов больше мужского пола. К ухудшениям состояния пациентов относились: субфебрилитет, сердечная недостаточность, динамический инсульт. Подтверждением связи тяжести течения острого холецистита с возрастом приводят и другие авторы: до 60 лет имели 8-15%, 60-70 лет – 23-48%, 70-80 лет – 48-54%, старше 80 лет – 71-82%.

Значительное различие по срокам пребывания в стационаре и общей потере трудоспособности получены после проведенной операции в зависимости от метода фиксации брюшной стенки. В группе, находившейся в стационаре после операции с зонтичным лифтингом, длительность пребывания на койке была в 4 раза меньше и длительность нетрудоспособности в два раза меньше, чем при использовании карбоксиперитонеума во время лапароскопической холецистэктомии. Продолжительность эндовидеолапароскопической холецистэктомии с зонтичным лифтингом была почти на 10 минут меньше по сравнению с применением карбоксиперитонеума в оперативных вмешательствах, что также имеет большое значение для пациентов, особенно МБ, сопровождавшейся тяжелой интоксикацией, воспалительным процессом абсцедирующего и гангренозного характера. Наши данные длительности лапароскопической холецистэктомии с применением карбоксиперитонеума соответствуют показателям, приведенным А.В. Малоштаным и соавт. (2005), о продолжительности операции в зависимости от их сложности выполнения, легкая – 35,7±1,6 минут, сложная – 48 ±4,8 минут, очень сложная – 64,7±11 минут. Следовательно, приведенные данные изучения возможности увеличения брюшного пространства, как важнейшего фактора в осуществлении

эндовидеолапароскопических операций на органах билиарной системы и другой абдоминальной патологии, убедительно доказывают значительное преимущество зонтичного лапаролифтинга над карбоксиперитонеумом.

Следует отметить некоторые особенности течения болезней у наших пациентов при выполнении эндовидеолапароскопической холецистэктомии. Прежде всего это касается сущности МБ, при которой, кроме характерных синдромов ожирения, гипертензии, ишемической болезни сердца и мозга, сахарного диабета и связанной с ними сердечной недостаточности, нарушения ритма и проводимости, имеются и другие изменения в организме, которые вместе взятые отрицательно влияют как на пребывающего на столе оперируемого, так и на хирурга, внедряющегося в неизвестность состояния органа и вокруг него тканях, подлежащих удалению из организма. Особенно это касается увеличенной абдоминальной жировой ткани, которая имела место по существу у всех оперируемых пациентов с той только разницей, что степень выраженности ожирения у каждого из них была разной. В нашем исследовании с ожирением III-IV степени оперировано 15% пациентов. Они составляли наибольшие трудности при лапароскопической холецистэктомии.

Абдоминальное ожирение значительно усложняет выполнение техники оперативных манипуляций за счет уменьшения в брюшной полости рабочего пространства. Особенности трудности возникали при выделении желчного протока из инфильтрата, выделения элементов треугольника Кало и т.д. Показатели продолжительности лапароскопической холецистэктомии с помощью карбоксиперитонеума по сложности соответствуют с нашими данными при тех же условиях выполнения операции другими авторами [4]: без сложных фрагментов – 30,9±4,5 минут, с трудностями выделения желчного пузыря из инфильтрата – 34,7±4,8 минуты, с трудностями выделения желчного пузыря от печени – 52,7±4,6 минут, с трудностью выделения треугольника Кало – 59±5,8 минут. В то же время при использовании зонтичного лапаролифтинга показатели длительности операции при эндовидеолапароскопической холецистэктомии меньше в среднем на 10 минут и значительно лучше чувствовали себя пациенты поскольку отсутствовали при этих операциях отягощающие условия карбоксиперитонеума. У оперированных нами эндовидеолапароскопическим методом по поводу острого и хронического холециститов заболевания сердечно-сосудистой системы выявлены у 62 пациентов. Среди них с гипертензией было 27 пациентов, с ишемической болезнью сердца и мозга – 20 пациентов, с сердечной недостаточностью I стадии – 6 пациентов, II стадии – 4 пациента. Операция осуществлена с помощью зонтичного лапаролифтинга 72 пациентам и с карбоксиперитонеумом – 43 пациентам. Удовлетворительные результаты в первом случае были у двух, во втором – у 5 пациентов, т.е. у пациентов, которым применяли карбоксиперитонеум удовлетворительные результаты были более чем в 4 раза больше в сравнении с использованием в операциях зонтичного лапаролифтинга. Остальные имели хорошие показатели оперативных вмешательств.

В период операции у всех пациентов обеих групп фиксации брюшной стенки, главным образом, при наложении карбоксиперитонеума, отмечены незначительные колебания в пределах 10-12% артериального давления, частоты пульса и дыхания. В группе пациентов, которые оперированы с зонтичным лифтингом, эти изменения были менее выражены и непостоянны. Изменения на ЭКГ также носили непостоянный характер, иногда исчезали или появлялись вновь во время операции. После ликвидации пневмокомпрессии возникавшие изменения возвращались к исходным параметрам. И только у двух (2,8%) пациентов с зонтичным лапаролифтингом и у 5 пациентов (11,6%) с наложением карбоксиперитонеума во время лапароскопической операции нарушения сердечно-сосудистой деятельности усугублялись. При этом у пациентов с использованием зонтичного лапаролифтинга возвращение нарушенных показателей к исходным значениям происходило в течение 10-20 минут, а при использовании газовой компрессии – в пределах 1,5-2 часов. Трех из пяти пациентов вынуждены были использовать лекарственные препараты для прекращения затянувшегося стенокардического приступа, одышки и возникшей желудочной экстрасистолии. Таким образом, приведенные данные динамики деятельности сердечно-сосудистой системы при эндовидеолапароскопической холецистэктомии свидетельствуют также о преимуществе механического подъемника – зонтичного лапаролифтинга над карбоксиперитонеумом у оперируемых пациентов МБ и имеющих сопутствующие заболевания органов кровообращения.

Выводы

1. Установка зонтичного лапаролифтинга и тракция им брюшной стенки сопровождается минимальной травмой тканей у оперируемых больных и позволяет сократить денежные расходы на приобретение дорогостоящих лапароскопических инструментов за счет использования традиционных хирургических наименований.
2. Зонтичный лапаролифт в сравнении с карбоксиперитонеумом является более эффективным приспособлением для выполнения лапароскопических вмешательств, особенно у пациентов с МБ.
3. Сложность выполнения холецистэктомии, особенно у больных метаболической болезнью, требует для этой цели дальнейшего совершенствования, как необходимого операционного оборудования, так и техники хирургических вмешательств.

Литература

1. Аваков В.Е. Мониторинг гемодинамики при эндоскопических холецистэктомиях в процессе различных вариантов мидазоламовой анестезии / В. Е. Аваков, Х. Т. Нишанов, А. А. Абдусаламов // Эндоскопическая хирургия. – 1997. - №1. – С. 13-14.

2. Даценко Б.М. Эндоскопическая диагностика и лечение непроходимости желчных путей доброкачественной этиологии в нестандартных ситуациях / Б.М. Даценко, К.А. Крамаренко // Вісник Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна. – 2004. – Вип. 7. - №614. –С. 41-44.
3. Коваль С.М. Антигіпертензивна терапія при метаболічному синдромі / С.М. Коваль, І.О. Снігурська // Нова медицина. – Вінниця. – 2004. – №3(14). – С.25-28.118.
- 4.Лапароскопические технологии и их интеграция в билиарную хирургию / А.В. Малоштан, В.В. Бойко, А.М. Тищенко, Криворучко И.А. // – Харьков. – 2005. – 356с.
5. Мирошников Б.И. Лечение острого холецистита у больных старше 80 лет / Б.И. Мирошников, В.В. Светловидов, И.А. Балабушкин // Хирургия. – 1994. -№1. – С.23-25
6. Методы лечения холелитиаза / М.Е. Ничитайло, А.Н. Литвиненко, В.В. Дьяченко [и др.] // Международный медицинский журнал. – 1999. – Т.5. -№1. – С.110-113
7. Скрипниченко Д.Ф. Калькулезный холецистит / Д.Ф. Скрипниченко, В.И. Мамич – Киев. «Здоров'я» - 1985. – 135с.

Реферат

**ОЦІНКА ЕНДОВІДЕОЛАПАРОСКОПІЧНОЇ
ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ У ПАЦІЄНТІВ
МЕТАБОЛІЧНОЮ ХВОРОБОЮ З
ХОЛЕЦИСТИТАМИ**

Дудченко М.О.

Порівнювальна оцінка ефективності зонтичного ліфтинга і карбоксиперитонеума при ендовідеолапароскопічній холецистектомії у пацієнтів МХ з холециститами виконано на 115 хворих. Результати дослідження показали, що зонтичний лапароліфт є більш ефективним пристроєм для виконання ендовідеолапароскопічних операцій, особливо у пацієнтів метаболічною хворобою, дозволяє поширити перелік використання за рахунок традиційних хірургічних інструментів і скорочує витрати на дорогі лапароскопічні інструменти.

Ключові слова: зонтичний лапароліфтинг, карбоксиперитонеум, холецистит

Стаття надійшла 24.-6.2010 р.

**ESTIMATION ENDOVIDEOLAPAROSCOPIC
CHOLECYSTECTOMIA AT PATIENTS WITH
METABOLIC ILLNESS AND CHOLECYSTITIS**

Dudchenko M.A.

The comparative estimation of efficiency of umbellate lifting and carboxyperitoneum at endovideolaparoscopic cholecystectomy is spent on 115 patients. Results of researches have shown, that umbellate laparolifting is more effective adaptation for performance endovideolaparoscopic operations, especially at patients with metabolic illness and allows to expand the list applied at the expense of traditional surgical tools and reduces expenses on expensive laparoscopic tools.

Keywords: umbellate laparolifting, carboxyperitoneum, cholecystitis.

УДК 616.12-005.4-008.331.1-053.9-08

О.В. Єрмієнко

ВДНЗ України "Українська медична стоматологічна академія" м. Івано-Франківськ

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ, ПОЄДНАНОЇ З АРТЕРІАЛЬНОЮ
ГІПЕРТЕНЗІЄЮ У ЖІНОК ТА ВПЛИВ КОМБІНОВАНОЇ ГІПОЛІПІДЕМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ**

Ішемічна хвороба серця та артеріальна гіпертензія залишаються основними причинами інвалідності та смертності в Україні. У статті наведено сучасні дані щодо особливостей клінічного перебігу ішемічної хвороби серця, поєднаної з артеріальною гіпертензією у жінок та вплив комбінованої гіполіпідемічної терапії.

Ключові слова: ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія, дисліпідемія, комбінована гіполіпідемічна терапія.

Робота є фрагментом НДР: "Значення протизапальних, проаритмічних, дисметаболических факторів для ускладненого перебігу гіпертонічної хвороби, ішемічної хвороби серця: діагностика, лікування", № 0106U003238, 2006р.

Незважаючи на певні досягнення в профілактиці і терапії ішемічна хвороба серця (ІХС) та артеріальна гіпертензія (АГ) залишаються на сьогодні основними причинами інвалідності та смертності в Україні. Тривалий час вважалось, що жінки значно менше хворіють на ішемічну хворобу серця ніж чоловіки, в останні роки були переглянуті застарілі догми. ІХС у жінок в середньому виникає на 10–15 років пізніше, ніж у чоловіків. У зв'язку зі збільшенням тривалості життя населення ІХС стає дедалі більш характерною і частою для жінок. Значимість для прогнозу і перебігу ІХС факторів ризику (ФР) цієї патології, ефективність їх контролю для первинної та вторинної профілактики також відрізняється у чоловіків і жінок. Крім того, існують ФР ІХС, які є унікальними для жінок - гіпоестрогенія, особливо у жінок похилого віку - в менопаузі [11].