

Висновки та перспективи подальших розробок

1. За допомогою рентгенологічного обстеження органів грудної клітки у новонароджених з перинатальним пошкодженням ЦНС виявлено 1 ступінь аспіраційного синдрому у 16 новонароджених (53,3%), 2 ступінь аспіраційного синдрому у 12 новонароджених (40%), 3 ступінь аспіраційного синдрому у 2 новонароджених (6,7%).

2. При більш ранній рентгенологічній діагностиці (до 3 діб) виявлявся легкий ступінь аспіраційного синдрому без ускладнень.

3. Визначення рентгенологічних критеріїв ступені важкості аспіраційного синдрому дають можливість

більш об'єктивно оцінювати стан новонародженого.

4. Рентгенологічні критерії ступенів важкості аспіраційного синдрому дозволяють не лише поставити правильний діагноз, а також контролювати ефективність своєчасно проведеного лікування та попереджати розвиток ускладнень.

5. Для правильної постановки діагнозу та адекватного лікування необхідно використовувати рентгенологічні критерії оцінки ступені важкості аспіраційного синдрому.

Враховувати перинатальні фактори ризику по розвитку аспіраційного синдрому та своєчасно направляти новонароджених на рентгенологічне обстеження для встановлення ступенів важкості аспіраційного синдрому.

Список літератури

- Дементьева Г.М. Актуальные проблемы пульмонологии новорожденных / Г.М. Дементьева, И.И. Рюмина, М.В. Кушнарева // Росс. вестник перинатол. и педиатр. - 2001. - № 5. - С. 14-19. Детская пульмонология / Под редакцией
- Н.Л. Аряева. - Київ : Здоров'я, 2005. - С. 155-159.
- Михельсон В.А. Интенсивная терапия аспирационного синдрома у новорожденных / В.А. Михельсон, В.А. Гребенников, И.С. Замлынская // Педиатрия. - 1998. - № 5. - С. 70-74. Рентгенодиагностика острых захворювань органів дихання у дітей. Навчальний посібник / За редакцією І.О.Крамного. - Харків : Крокус, 2006. - С. 120-122.

Изюмец О.И., Лайко Л.И., Добига М.В., Гомон Р.О., Недельская О.Н.

ДИАГНОСТИКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ АСПИРАЦИОННОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЦНС

Резюме. Аспирационный синдром и его последствия остаются очень актуальной темой. По официальным статистическим данным в структуре главных причин гибели плода аспирация околоплодных вод занимает 5-е место рядом с родильным травматизмом. Поэтому, очень важной задачей неонатологов является совершенствование и клинических, и рентгенологических методов диагностики как аспирационного синдрома, так и его степени тяжести у новорожденных в первые часы жизни.

Ключевые слова: новорожденные, аспирационный синдром, рентгенография органов грудной клетки, перинатальные поражения ЦНС.

Izumec O.I., Lajko L.I., Dobiga M.V., Gomon R.A., Nedelska O.M.

DIAGNOSIS OF SEVERITY RATE OF ASPIRATION SYNDROME THAT NEWBORNS HAVE WITH PERINATAL CENTRAL NERVOUS SYSTEM DAMAGE

Summary. Aspiration syndrome and its implications are very relevant topic. According to official statistics, the structure of the main causes of fetal death aspiration of amniotic fluid occupies the 5th place among maternity injuries, accounting for 0,6%. Therefore, an important task is to improve the neonatologists and clinical and radiological diagnostic methods like aspiration syndrome and its severity in infants during the first hours of life.

Key words: infants, aspiration syndrome diagnosis.

Стаття надійшла до редакції 11.02. 2014 р.

Изюмец Ольга Іванівна - к.мед.н., доцент кафедри дитячих хвороб №1 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, неонатолог, Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня; +38 067 509-47-14

Лайко Лілія Іванівна - к.мед.н., доцент кафедри пропедевтики дитячих хвороб з доглядом за хворими дітьми Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, педіатр, Вінницька міська дитяча клінічна лікарня; +38 067 775-12-82

Добіжа Марія Володимирівна - неонатолог Вінницької обласної дитячої лікарні; +38 067 205-14-45

Гомон Руслана Олександрівна - неонатолог Вінницької обласної дитячої лікарні; +38 063 125-12-32

Недельська О.М. - неонатолог Вінницької обласної дитячої лікарні

© Каніковський О. Є., Карий Я. В., Бондарчук О. І., Бабійчук Ю. В., Жупанов О. О., Каніковський Д. О.

УДК: 616.367-089.28-06:616.36-002.15

Каніковський О.Є., Карий Я.В., Бондарчук О.І., Бабійчук Ю.В., Жупанов О.О., Каніковський Д.О.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, кафедра хірургії медичного факультету №2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018)

ЕТАПНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ У ВІКОВОМУ АСПЕКТІ

Резюме. В статті представлені результати хірургічного лікування 350 хворих на ускладнені форми жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ). Ускладнений перебіг гострого калькульозного холецистити спостерігався у 137 (39,1%) хворих, хронічного

- у 121 (34,6%). Патологію жовчних проток діагностовано у 92 (26,3%) випадках. Двохетапні оперативні втручання на жовчних протоках проведено у 50 (14,3%) хворих, одноетапні - у 72 (20,6%). Ускладнення після двохетапних втручань спостерігались у 3 (6,0%) випадках, після одноетапних - у 6 (8,4%). Помер 1 хворий. За результатами проведеного дослідження показано, що двохетапна хірургічна тактика при ускладнених формах ЖКХ у хворих похилого і старечого віку є пріоритетною.

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, лапароскопічна і відкрита холецистектомія, ендоскопічна папілосфінктеротомія.

Вступ

Захворювання гепатобіліарної системи становлять майже 40 % хвороб органів травлення. Більшість сучасних дослідників відзначають зростання кількості ускладнених форм ЖКХ. Серед них механічна жовтяниця (МЖ) вважається однією з найбільш важких ускладнень [Гойда, 2011; Даценко, 2010]. На сьогодні поряд з традиційними операціями впроваджуються лапароскопічні та ендоскопічні втручання спрямовані на корекцію ускладненої біліарної патології [Кондратенко, Царульков, 2011; Erbella, Bunch, 2010]. Розвиток малоінвазивних технологій дозволив розширити показання і можливість виконання хірургічних втручань у хворих похилого і старечого віку з даною патологією [Ефименко, Кулиев, 2011; Leung, Kumar, 2010]. Однак, залишаються невизначеними критерії вибору одноетапних і етапних деконпресивних втручань при ускладнених формах ЖКХ [Ковальчук, Грубник, 2010].

Мета роботи - вивчити ефективність малоінвазивних і відкритих оперативних втручань при лікуванні ускладнених формах ЖКХ у хворих похилого та старечого віку.

Матеріали та методи

У період з 2002 до 2014 року в хірургічній клініці медичного факультету №2 ВНМУ ім. М. І. Пирогова проходило лікування 350 хворих на ускладнені форми ЖКХ. Вік хворих - від 60 до 90 років. Чоловіків було 107 (30,6%), жінок - 243 (69,4%). Тривалість захворювання від 1 міс до 25 років. Ускладнений перебіг гострого калькульозного холециститу діагностовано у 137 (39,1%) хворих: емпієма жовчного міхура - 53 (15,1%), паравезикальний інфільтрат - 62 (17,7%), паравезикальний абсцес - 17 (4,8%) і жовчний перитоніт - 5 (1,4%). Ускладнений перебіг хронічного холециститу константовано у 121 (34,6%) випадку: склеротичний жовчний міхур - 41 (11,7%), водянка жовчного міхура - 30 (8,6%), надмірний злуковий процес - 33 (9,4%), синдром Міриззі - 10 (2,8%) та біліодигестивні нориці - 7 (2,0%). Патологію жовчних проток діагностовано у 92 (26,3%) хворих: холедохолітиаз - 70 (20,0%), стриктура спільної жовчної протоки (СЖП) - 4 (1,1%) і стенозувальний папіліт - 18 (5,1%). МЖ доброякісного генезу спостерігалась у 85 (24,3%) хворих. Причиною якої були: холедохолітиаз - у 57 (16,3%), синдром Міриззі - у 5 (1,4%), стриктура СЖП - у 4 (1,1%), стенозувальний папіліт - у 15 (4,3%), хронічний індуративний панкреатит - у 3 (0,9%) і виразка дванадцятипалої кишки (ДПК) з пенетрацією в гепатодуоденальну зв'язку - у 1 (0,3%) випадку. Супутню патологію діагностовано у 256 (73,1%) хворих: іше-

мічна хвороба серця - у 49 (14,0%), гіпертонічна хвороба - у 42 (12,0%), хронічні обструктивні захворювання легень - у 34 (9,7%), дисциркуляторна атеросклеротична енцефалопатія - у 22 (6,3%), цукровий діабет - у 24 (6,9%), пептична виразка шлунка і ДПК у - 19 (5,4%), варикозна хвороба нижніх кінцівок - у 36 (10,3%), облітерувальний атеросклероз судин нижніх кінцівок - у 30 (8,6%). У 164 (46,8%) хворих спостерігали поєднання супутньої патології.

Основними методами діагностики ускладнених форм ЖКХ були інструментальні: ультразвукове дослідження (УЗД), ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія (ЕРПХГ), інтраопераційна холангіографія (ІОХГ), магнітно-резонансна томографія (МРТ), фіброгастроудоденоскопія (ФГДС). Скринінг-методом діагностики патології жовчних проток було трансабдомінальне УЗД, яке проводили в усіх хворих. Ехографічне дослідження виконували на діагностичному апараті Lodgiq-500 PRO Series GE. У всіх хворих на МЖ проводили ФГДС за допомогою фіброгастроудоденоскопа Pentax-290V. Для прямого контрастування жовчних проток застосовували ЕРПХГ з використанням 30% водорозчинного контрасту об'ємом 20-40 мл та 2-10 мл для контрастування головної протоки підшлункової залози. Для контрастування жовчних проток під час операції проводили ІОХГ шляхом введення 10-20 мл 30% водорозчинного контрасту через куксу міхурової протоки або холедохотомічний отвір. МРТ здійснювали на комп'ютерних томографах Somatom-CR.

Результати. Обговорення

За допомогою УЗД виявляли розширення жовчних проток (діаметр СЖП більше 10 мм свідчив про наявність біліарної гіпертензії) та наявність в них конкрементів (від 3 до 20 мм). Інформативність УЗД при ускладнених формах ЖКХ склала 235 (67,1%). У 85 (24,3%) хворих на МЖ ФГДС дала можливість оцінити форму, розміри великого сосочка (ВС) ДПК, характер і кількість жовчі, яка виділялась, а також визначитися з можливістю подальшого виконання ЕРПХГ. ФГДС також застосовували для проведення диференційної діагностики МЖ між вклининим конкрементом дистального відділу СЖП і патологією ВС ДПК. Для контрастування жовчних проток проведено ЕРПХГ у 56 (16,0%) випадках. Холедохолітиаз діагностовано у 36 (10,3%), стенозувальний папіліт - у 15 (4,3%) і резидуальний холедохолітиаз - у 5 (1,4%) хворих. Виконати ЕРПХГ було неможливо при наявності конкременту в ампулі ВС ДПК у 5 (1,4%) хворих, парафатеріального дивертикулу - в 3

(0,8%), раку ВС ДПК - у 2 (0,6%) і стану після резекції шлунка за Більрот II - у 2 (0,6%). Ускладнення після ЕРПХГ констатовано у 4 (1,1%) випадках: гострий панкреатит - у 3 (0,9%) і кровотеча з ВС ДПК - у 1 (0,3%) при поєднанні ЕРПХГ з ендоскопічною папілосфінктеротомією (ЕПСТ). ЮХГ проведено 36 (10,3%) хворим. Для цього вводили контраст у жовчні протоки через куксу міхурової протоки у 16 (4,6%) і через хоledохотомний отвір у 9 (2,6%) випадках при виконанні відкритої холецистектомії (ВХЕ). Під час лапароскопічної холецистектомії (ЛХЕ) ЮХГ провели шляхом катетеризації міхурової протоки у 11 (3,1%) хворих. За допомогою ЮХГ діагностовано хоledохолітиаз у 15 (4,3%) випадках, синдром Міриззі - у 10 (2,8%), стриктуру СЖП - у 4 (1,1%) і білідигестивні нориці - у 7 (2,0%). У 3 (0,9%) хворих спостерігались ускладнення після введення контрасту в жовчні протоки: гострий панкреатит у 2 (0,6%) і гострий холангіт у 1 (0,3%). МРТ для діагностики хоledохолітиазу проведено в 7 (2,0%) випадках у разі неможливості виконання ЕРПХГ (у 3 (0,9%) при наявності парафатеріального дивертикулу, в 2 (0,6%) - при раку ВСД та у 2 (0,6%) - після резекції шлунка за Більрот II), а також при хронічному індуративному панкреатиті у 3 (0,9%) хворих.

При ускладненому перебігу гострого калькульозного холециститу проведено малоінвазивні втручання у 125 (35,7%) випадках. Під час ЛХЕ у 50 (14,3%) хворих через наявність щільного паравезикального інфільтрату, який поширювався на гепатодуоденальну зв'язку, захопити кишеню Гартмана і провести латеральну тракцію було не можливо. У таких випадках розпочинали мобілізацію жовчного міхура з латеральної стінки на медіальну в проекції шийки жовчного міхура (патент України на корисну модель №77985). У 15 (4,3%) хворих при наявності хоledохолітиазу застосовано двохетапну тактику (ЛХЕ з подальшою ЕПСТ у ранньому післяопераційному періоді). У 6 (1,7%) випадках після ЕПСТ відбулось самостійне відходження конкрементів діаметром 8-10 мм. Літоекстракцію корзинкою Дорміа (Olympus FG-22Q, Boston scientific trapezoid RX) виконано у 4 (1,1%) хворих. У 5 (1,4%) випадках, при розмірах конкрементів (10-20 мм), проводили механічну літотрипсію за допомогою літотриптора Olympus BML-201Q. Після чого фрагментовані конкременти видалялись корзинкою Дорміа. Через наявність МЖ проводили повторні дозовані ЕПСТ. Оскільки, швидка ліквідація МЖ призвела до прогресування печінкової недостатності. У 6 (1,7%) хворих за наявності гнійного холангіту виконано ЕПСТ та назобіліарне дренивання, яке давало змогу проводити етапну декомпресію і санацію жовчних проток. Одноетапні операції (ЛХЕ з наступним втручанням на жовчних протоках) проводили при наявності нещільного паравезикального інфільтрату в 11 (3,1%) випадках, коли без технічних труднощів виділялась СЖП. У 4 (1,1%) хворих з конкрементами СЖП до 5 мм проведено ЛХЕ і літоекстракцію через куксу міхурової протоки за допомогою зонда Фогарті. При синдромі Міриззі

I типа у 7 (2,0%) хворих здійснено ЛХЕ та зовнішнє дренивання СЖП.

При ускладненому перебігу хронічного калькульозного холециститу виконано малоінвазивні операції у 170 (48,6%) хворих. У 41 (11,7%) хворого труднощі виконання ЛХЕ були обумовлені ущільненням і ригідністю стінок жовчного міхура, заповненням його просвіту конкрементами, укороченням та зморщенням трубчастих структур трикутника Кало. Через склеротичні зміни стінок жовчного міхура спостерігалось високе розташування міхурової протоки і артерії. У таких випадках мобілізували жовчний міхур з його латеральної стінки на медіальну в проекції кишені Гартмана (патент України на корисну модель №77985). Надмірний злуковий процес у над- і підпечінковому просторах у 33 (9,4%) випадках утруднював хід ЛХЕ. Розсічення злук проводили на відстань необхідну для мобілізації жовчного міхура і препаровки міхурової протоки і артерії. У 20 (5,7%) хворих з хоledохолітиазом та у 15 (4,3%) з стенозуючим папілітом, що були діагностовані до операції, застосовано двохетапну тактику (ЕПСТ з наступною ЛХЕ). Проміжок часу між ЕПСТ і ЛХЕ був мінімальним (2-3 доби), що зменшувало ризик міграції конкрементів з жовчного міхура у СЖП. При відсутності склеротичного жовчного міхура та надмірного злукового процесу в 6 (1,7%) хворих з хоledохолітиазом проводили одноетапні втручання (ЛХЕ з подальшою цистіколітотомією).

Одноетапні відкриті оперативні втручаннями на жовчних протоках проведено у 55 (15,7%) випадках. У 15 (4,3%) хворих з хоledохолітиазом виконано хоledохолітотомію при наявності конкрементів більше 20 мм, які не вдалось видалити через транспаплярний доступ. Для проведення літоекстракції з подальшою дозованою декомпресією жовчних проток у післяопераційному періоді застосовували зонд-обтуратор позапечінкових жовчних проток (патент на винахід №104826). При непрохідності термінального відділу СЖП у 10 (2,8%) хворих з хоledохолітиазом та у 3 (0,9%) з хронічним індуративним панкреатитом сформовано хоledоходуоденоанастомоз за розробленою антирефлюксною методикою. ВХЕ з гепатикоєюностомією на виключеній за Roux петлі порожньої кишки проведено в 7 (2,0%) випадках: у 4 (1,1%) з стриктурою СЖП і у 3 (0,8%) - з синдромом Міриззі II типа. У 7 (2,0%) хворих з білідигестивними норицями здійснено ВХЕ та ушивання дефекту кишки. Також відкриті оперативні втручання, які включали санацію і дренивання черевної порожнини, застосовано при наявності паравезикального абсцесу в 8 (2,3%) і жовчного перитоніту в 5 (1,4%) випадках.

При наявності МЖ оперативні втручання проведено у 85 (24,3%) випадках. У 50 (14,3%) хворих з гіпербілірубінемією більше 100 мкмоль/л, тривалістю МЖ понад 14 днів та декомпенсованою супутньою патологією застосовано двохетапну тактику. У 35 (10,0%) хворих з рівнем білірубину нижче за 100 мкмоль/л, тривалістю МЖ не більше 14 днів, компенсованою або субком-

пенсованою супутньою патологією, а також за відсутності гнійного холангіту виконували одноетапні оперативні втручання.

Ускладнення після 50 (14,3%) двохетапних оперативних втручань на жовчних протоках спостерігались в 3 (6,0%) випадках: у вигляді гострого панкреатиту - в 2 (4,0%) і кровотечі з ВС ДПК - у 1 (2,0%). Летальних випадків не було. Ускладнення після 72 (20,6%) одноетапних оперативних втручань на жовчних протоках діагностовано у 6 (8,4%) випадках: неспроможність кукси міхурової протоки у 1 (1,4%), жовчевиткання з СЖП у 2 (2,8%), неспроможність біліодигестивного анастомозу в 2 (2,8%) та нагноєння післяопераційної рани у 1 (1,4%) хворого. Помер 1 хворий після ВХЕ з холедоходуоденостомією, де причиною смерті став обширний інфаркт міокарду.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Двохетапна хірургічна тактика при ускладнених формах ЖКХ у хворих похилого і старечого віку є пріоритетною, оскільки дозволяє удвічі знизити частоту післяопераційних ускладнень.

2. Двохетапні оперативні втручання включають: виконання ЛХЕ з подальшою ЕПСТ у ранньому післяопераційному періоді при гострому перебігу калькульозного холециститу і ЕПСТ з наступною ЛХЕ при його хронічному перебігу. Двохетапної тактики у хворих на МЖ доцільно дотримуватись при гіпербілірубінемії більше 100 мкмоль/л, тривалістю МЖ понад 2 тижні і декомпенсованою супутньою патологією.

3. Одноетапні операції (ЛХЕ з наступним втручанням на жовчних протоках) доцільно виконувати у хворих на гострий холецистит, ускладнений нещільним паравезикальним інфільтратом та за відсутності склеротичного жовчного міхура і надмірного злукового процесу при хронічному перебігу холециститу. В хворих на МЖ одноетапні втручання доцільно застосовувати при рівні білірубіну нижче за 100 мкмоль/л, тривалістю МЖ не більше 2 тижнів, компенсованою або субкомпенсованою супутньою патологією, а також за відсутності гнійного холангіту.

желчнокаменной этиологии: индивидуализированный либо протокольный подход? // Український Журнал Хірургії. - 2011. - № 4(13). - С. 205-210.

Erbella J. Jr., Bunch G. M. Single-incision laparoscopic cholecystectomy: the first 100 outpatients // Surg. Endoscop. - 2010. - Vol. 24, № 5. - P. 1958-1961.

Список літератури

Гойда С. М. Тенденції поширеності жовчнокам'яної хвороби серед населення України // Український медичний часопис. - 2011. - № 4. - С. 112-113.

Даценко Б. М. Обтурационная желтуха - патогенетическая основа развития гнойного холангита и билиарного сепсиса // Вісник Вінницького національного медичного університету. - 2010. - № 14 (1). - С. 15-18.

Ефименко Н. А., Кулиев С. А. Хирургическая тактика лечения осложнен-

ных форм желчнокаменной болезни у лиц пожилого и старческого возраста // Клиническая медицина. - 2011. - Т. 89, № 2. - С. 48-52.

Ковальчук О. Л., Грубник В. В. Прогнозирование осложнений при выполнении лапароскопической холецистэктомии у больных на цирроз печени // Шпитальна хірургія. - 2010. - № 3. - С. 8-12.

Кондратенко П. Г., Царульков Ю. А. Лапароскопическая холецистэктомия после острого гнойного холангита

Каниковський О. Е., Карый Я. В., Бондарчук О. І., Бабийчук Ю. В., Жупанов О. О., Каниковський Д. О. ЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Резюме. В статье представлены результаты хирургического лечения 350 больных с осложненными формами желчнокаменной болезни (ЖКБ). Осложненное течение острого калькулезного холецистита наблюдалось в 137 (39,1%) больных, хронического - у 121 (34,6%). Патологию желчных протоков диагностировано в 92 (26,3%) случаях. Двухэтапные оперативные вмешательства на желчных протоках проведено у 50 (14,3%) больных, одноэтапные - в 72 (20,6%). Осложнения после двухэтапных вмешательств наблюдались в 3 (6,0%) случаях, после одноэтапных - у 6 (8,4%). Умер 1 больной. По результатам проведенного исследования показано, что двухэтапная хирургическая тактика при осложненных формах ЖКБ в больных пожилого и старческого возраста является приоритетной.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, лапароскопическая и открытая холецистэктомия, эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

Kanikovskiy O. Ye., Karyi Ya. V., Bondarchuk O. I., Babiychuk Yu. V., Zhupanov O. O., Kanikovskiy D. O. STAGING SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED FORMS OF THE GALLSTONE DISEASE IN AGE ASPECT

Summary. In article presentation the results of the surgical treatment 350 patients with complicated forms of the gallstone disease (GSD). The complicated course of acute calculous cholecystitis was observed in 137 (39,1%) patients, and that of the chronic one was in 121 (34,6%) patients. Bile duct pathology was diagnosed in 92 (26,3%) patients. Two-stage interventions on the bile ducts were performed in 50 (14,3%) patients, and one-stage operations were performed in 72 (20,6%) patients. Complications following two-stage surgical operations were observed in 3 (6,0%) cases, and those ones after single stage operations were in 6 (8,4%) cases. 1 patient died. The results of the study demonstrated two-stage surgical method in complicated forms of the GSD in elderly and senile patients is preferred.

Key words: gallstone disease, laparoscopic and open cholecystectomy, endoscopic papillosphincterotomy.

Стаття надійшла до редакції 7.05.2014 р.

Каниковський Олег Євгенійович - д. мед. н., професор завідувач кафедри хірургії медичного факультету №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 67-02-03

Карий Ярослав Володимирович - к. мед. н., асистент кафедри хірургії медичного факультету №2 ВНМУ Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 55-07-92, +38 067 74-29-457; karyi1976@mail.ru
Бондарчук Олег Іванович - к. мед. н., доцент кафедри хірургії медичного факультету №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 55-07-92, +38 067 490-55-53; boi1@inbox.ru
Бабійчук Юрій Валерійович - к. мед. н., в/о доцента кафедри хірургії медичного факультету №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 55-07-92, +38 067 96-116-68
Жуланов Олександр Онисимович - к. мед. н., доцент кафедри хірургії №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 57-03-60
Каніковський Дмитро Олегович - +38 0432 67-02-03.

© Хребтій Г.І.

УДК: 616.12-008.331.1-06

Хребтій Г.І.

Буковинський державний медичний університет (Театральна площа, 2, м. Чернівці, 58002)

НАДЛИШКОВА ТА НЕДОСТАТНЯ МАСА ТІЛА У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ. ЧИ ВСЕ ВІДОМО?

Резюме. Проведене дослідження дозволило встановити зміни структурно-морфологічних, систоло-діастолічних показників ремоделювання лівого шлуночка та параметрів ендотеліальної функції судин у пацієнтів з гіпертонічною хворобою та нормальною, підвищеною і недостатньою масою тіла.

Ключові слова: гіпертонічна хвороба, ожиріння, дефіцит маси тіла, структурно-геометричне ремоделювання лівого шлуночка, систоло-діастолічні показники, ендотеліальна дисфункція.

Вступ

Основна увага при профілактичних методах впливу на розвиток кардіоваскулярних ускладнень надається надлишковій масі тіла, що частіше оцінюється за величиною індексу Кетле, тобто відношенням маси тіла (кг) до зросту (м) [Рекомендації, 2008; Samson et al., 2014]. Серед механізмів, через які реалізовується патологічний вплив ожиріння, провідну роль відіграє артеріальна гіпертензія, гіперхолестеринемія, порушення толерантності до глюкози, поширеність яких збільшується серед осіб з надмірною масою тіла [Blacher et al., 2013]. Проте, як показали численні епідеміологічні дослідження, в тому числі і 32-річне спостереження у Фремінгемі, - серед осіб з недостатнім індексом маси тіла спостерігається підвищена смертність від ішемічної хвороби серця та інших неінфекційних захворювань порівняно з пацієнтами з середнім показником маси. Важливо, що ця залежність має самостійне значення, незалежне від звички палити та наявності прихованих захворювань [Tai-Sale et al., 2014]. У дослідженнях вітчизняних вчених діапазон мінімальної смертності спостерігається при індексі Кетле 24-27 кг/м².

Оскільки зменшення індексу Кетле супроводжується зниженням систолічного і діастолічного артеріального тиску, рівня загального холестерину і ліпопротеїнів низької щільності і підвищенням рівня холестерину ліпопротеїнів високої щільності, толерантності до глюкози, то особи з недостатньою масою тіла, можливо, повинні мати сприятливіший профіль ризику серцево-судинних захворювань. Тим парадоксальніше у них зростання смертності, зумовленої хворобами системи кровообігу, порівняно з особами із середніми значеннями індексу Кетле. Відомо, що при артеріальній гіпертензії та абдомінальному ожирінні (АО) відбувається специф-

ічне враження органів-мішеней, котрі потім здатні виступати незалежними факторами ризику виникнення серцево-судинних ускладнень [Egan et al., 2013; Chin et al., 2014; Samson et al., 2014]. Мало вивченими залишаються особливості міокардіальної та ендотеліальної дисфункції у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) та дефіцитом маси тіла. У вітчизняній літературі з цього питання переконливих даних ми не знайшли.

Мета дослідження - встановлення особливостей структурно-геометричного, систоло-діастолічного ремоделювання лівого шлуночка, та ендотеліальної дисфункції судин, як раннього маркера атеросклерозу, у пацієнтів з гіпертонічною хворобою та різною масою тіла.

Матеріали та методи

В дослідження було включено 99 хворих чоловіків на ГХ II стадії, у відповідності до рекомендацій Української асоціації кардіологів (2008), віком від 60 до 85 років, в середньому - 75±5,9 років. 35 хворих на ГХ мали супутнє АО, 25 - дефіцит маси тіла, 39 пацієнтів - нормальну масу тіла. Абдомінальний тип ожиріння встановлювали при співвідношенні окружності талії до окружності стегон ? 0,95 при індексі маси тіла (ІМТ)>25 кг/м², недостатню масу тіла - при ІМТ<18,5 кг/м².

При ехокардіографії використовували М - модальний, двохвимірний режим, режим імпульсного та постійного доплера за допомогою апарату "LOGIQ 500" (General Electric, США) датчиком 2,5-3,5 мГц з фазованою решіткою. Товщину стінок та розміри порожнини серця визначали по методу Penn convention по формулі L. Teichholtz. Масу міокарда лівого шлуночка (ММЛШ, г) розраховували за формулою Devereux R.B. з подаль-